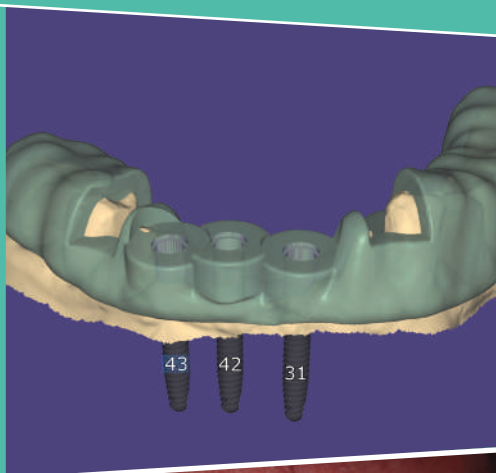
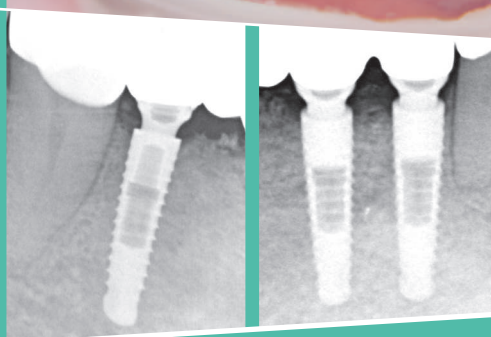
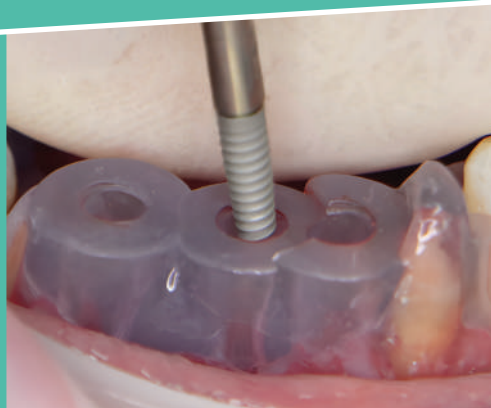


XCN[®] news



Riabilitazione
immediata
su impianti
Narrow 2.9



Si ringraziano per le immagini
il Dott. A. Ricci e l'Odont. M. Pisa

Leone[®]

Soluzioni digitali

Linea completa
di prodotti protesici
per un restauro moderno
ed efficiente

XCN[®]



LEONE S.p.a.

Via P. a Quaracchi 50
50019 Sesto Fiorentino
Firenze Italia

Ufficio Vendite Italia

tel. 055.3044600
italia@leone.it
leone.it

Leone[®]

XCN®: DIGITAL READY

Quando nel 2000 abbiamo iniziato a lavorare sulla nostra linea implantare, dedicandoci ad una approfondita attività di ricerca e studio prima, di progettazione e sperimentazione poi, abbiamo cercato di realizzare un sistema innovativo con caratteristiche peculiari che soddisfacesse i requisiti, per noi imprescindibili, dell'efficienza e della semplicità.

La scelta della connessione conica pura (senza vite), il platform switching e il design del nostro impianto sono nati essenzialmente per migliorare la connessione e di conseguenza la guarigione dei tessuti. Abbiamo oggi casi di oltre venti anni fa che dimostrano chiaramente che questi obiettivi sono stati perfettamente raggiunti.

Non avevamo però idea, o almeno non l'avevamo ancora chiara, di quanto le caratteristiche della nostra sistemica fossero ottimali per quella che è stata la successiva rivoluzione digitale, che si è manifestata in questi ultimi anni nel nostro settore.

Oggi ne siamo pienamente coscienti e cerchiamo di spiegare quanti vantaggi ci sono nell'avere una connessione con Morse fra impianto e moncone: l'assenza della vite di connessione elimina il foro per il suo accesso massimizzando le possibilità fornite dalle tecnologie digitali, sia additive che sottrattive. Inoltre, la nostra proposta di chirurgia guidata è anch'essa originale e consente di offrire un workflow "full digital" che ha evidenti vantaggi operativi per il clinico e il tecnico, con una conseguente piena soddisfazione del paziente.

Mi fa molto piacere dirvi che, proprio in questi giorni, abbiamo pubblicato un libro scritto dal Dott. Belcastro e dal Dott. Natali che illustra in maniera razionale e dettagliata come le tecnologie digitali possono esprimere la massima performance utilizzate con il sistema XCN® della Leone®.

Siamo grati agli autori per essere riusciti a realizzare e documentare tanti bellissimi casi in cui si mostra il flusso digitale ottimale per la loro realizzazione: dalla pianificazione, alla chirurgia, alla protesi.

Sono sicura che questo manuale fornirà a tutti voi che vorrete consultarlo un ausilio importante per la vostra pratica quotidiana e uno spunto per approfondire e conoscere al meglio le opzioni digitali che sempre più saranno indispensabili per un'implantologia di eccellenza.

Elena Pozzi

**FOLLOW-UP DECENNALE:
PUBBLICA IL TUO CASO CLINICO!** pag. 5

**FOLLOW-UP A 16 ANNI DI UNA RIABILITAZIONE PROTESICA
DA 14 A 24 SU 5 IMPIANTI POST-ESTRATTIVI IMMEDIATI**

■ **L. Lucchiari** pag. 6

PAROLE CHIAVE

follow up, edentulia multipla, post-estrattivo immediato, due fasi, protesi fissa, successo implantare, mantenimento osseo, stabilità tessuti gengivali

**FOLLOW-UP A 13 ANNI DI UN IMPIANTO POST-ESTRATTIVO
A CARICO IMMEDIATO IN ZONA ESTETICA 21**

■ **C. Negro** pag. 12

PAROLE CHIAVE

follow up, edentulia singola, post-estrattivo immediato, zona estetica, carico immediato, protesi fissa, successo implantare, mantenimento osseo

AGGIORNAMENTO PRODOTTI LEONE[®] pag. 16

**RIPRISTINO IMMEDIATO DI CRESTE INTERFORAMINALI ATROFICHE:
UN CASO DI SUCCESSO CON GLI IMPIANTI NARROW 2.9
IN CHIRURGIA PROTESICAMENTE GUIDATA**

■ **A. Ricci, M. Pisa** pag. 19

PAROLE CHIAVE

edentulia multipla, atrofia ossea, impianto Narrow 2.9, implantologia protesicamente guidata, chirurgia guidata, fresa Zero1, guida chirurgica, carico immediato, protesi avvitata, modello prototipato, moncone MUA, impronta ottica, CAD-CAM

XCN[®] TEAM: LA NOSTRA EQUIPE DI PROFESSIONISTI LEONE[®] pag. 29

PROTESI MULTI-UNIT AVVITATA A CARICO IMMEDIATO

■ **S. Belcastro, A. Natali** pag. 31

PAROLE CHIAVE

edentulia multipla, pianificazione 3D, implantologia protesicamente guidata, chirurgia guidata, tecnica flapless, fresa Zero1, post-estrattivo immediato, impianto Max Stability, carico immediato, protesi avvitata, moncone MUA, impronta ottica



CORSI DI IMPLANTOLOGIA 2025 pag. **43**

RIABILITAZIONE IMPLANTOPROTESICA IN PAZIENTE EDENTULO MEDIANTE PROTESI OVERDENTURE CONOMETRICHE

■ **D. Riccioni, P. Riccioni, M. Riccioni** pag. **45**

PAROLE CHIAVE

edentulia totale, Cone Beam, overdenture conometrica, moncone MUA-Conic, cappetta Mobile, cappetta Light

DOMANDE FREQUENTI: 3DLEONE RISPONDE pag. **54**

OFFERTA ALLEO® SIMPLY START pag. **56**

PROTESI FULL-ARCH CONOMETRICA CON CHIRURGIA GUIDATA ASSOCIATA ALLA TECNICA WELD

■ **G. Del Pidio** pag. **57**

PAROLE CHIAVE

edentulia totale superiore, pianificazione 3D, implantologia protesicamente guidata, modello prototipato, chirurgia guidata, tecnica flapless, fresa Zero1, impianto Max Stability, carico immediato, protesi conometrica, moncone MUA-Conic, cappetta Weld, sincristallizzatrice endorale

AGGIORNAMENTO PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE pag. **63**

TUTTI GLI ARTICOLI PUBBLICATI SUL BOLLETTINO DI INFORMAZIONI LEONE 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 ortodontico e implantologico, devono essere utilizzati unicamente da personale specializzato e legalmente abilitato che rimarrà unico responsabile della costruzione e dell'applicazione degli apparecchi ortodontici e delle protesi realizzati 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 riutilizzo dei suoi prodotti. Questa pubblicazione è inviata a seguito di vostra richiesta. Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 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 Spa** - Stampa: **ABC TIPOGRAFIA srl** Calenzano (FI)

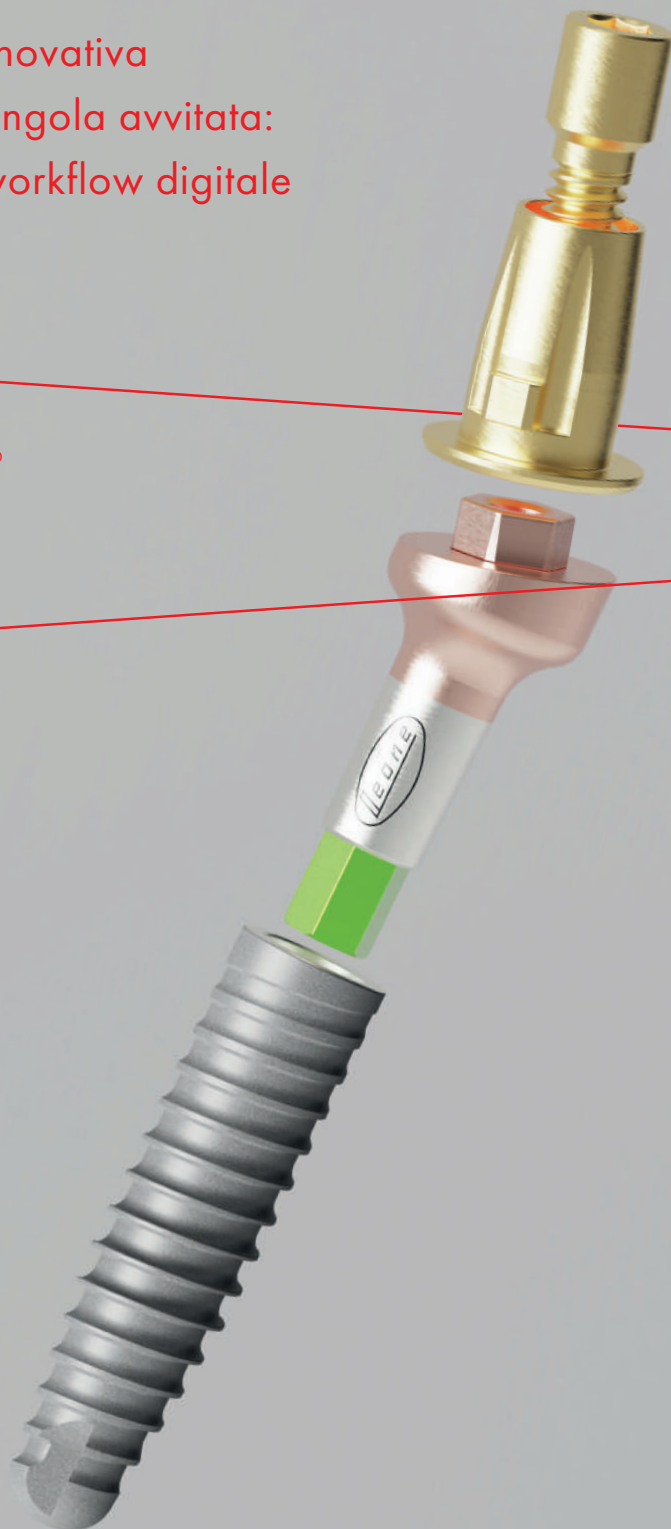
IT-01-22/39

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

ExaConnect

La soluzione innovativa
per la protesi singola avvitata:
ideale per un workflow digitale

XCN[®]



LEONE S.p.a.
Via P. a Quaracchi 50
50019 Sesto Fiorentino
Firenze Italia

Ufficio Vendite Italia
tel. 055.3044600
italia@leone.it
leone.it

Leone[®]

FOLLOW-UP DECENNALE: PUBBLICA IL TUO CASO CLINICO!

Incoraggiati dai feedback degli utilizzatori "storici" del nostro Sistema Implantare, che descrivono l'impianto Leone come quello con i "follow-up a lungo termine con risultati clinici più soddisfacenti", abbiamo deciso di offrire nel nostro bollettino XCN® News, uno spazio dedicato a case report con un follow-up di almeno 10 anni.

Tutti i nostri utilizzatori possono condividere la loro esperienza clinica: è sufficiente inviare le immagini delle radiografie iniziali e dei follow-up, oltre a immagini cliniche dell'ultimo controllo e una breve descrizione del caso per la pubblicazione sul nostro XCN® News.

Inoltre, a fine 2025, una commissione composta da membri del XCN® Team selezionerà il caso con follow-up più interessante dal punto di vista clinico e il migliore sarà premiato.

*Contattateci via e-mail all'indirizzo **implant@leone.it** oppure telefonicamente al numero **055 304451** e vi invieremo le istruzioni per aderire al nostro contest.*

IN QUESTA EDIZIONE PUBBLICHIAMO:



FOLLOW-UP A 16 ANNI

RIABILITAZIONE PROTESICA DA 14 A 24
SU 5 IMPIANTI POST-ESTRATTIVI IMMEDIATI XCN® LEONE



FOLLOW-UP A 13 ANNI

IMPIANTO LEONE® POST-ESTRATTIVO
A CARICO IMMEDIATO IN ZONA ESTETICA 21

FOLLOW-UP PUBBLICATI FINO AD ORA IN QUESTA RUBRICA (XCN® NEWS n° 36, 2023 - n° 37, 2024 - n° 38, 2024)



FOLLOW-UP A 19 ANNI. 2 CORONE UNITE IN POSIZIONE 46 E 47
di un caso pubblicato nell'edizione 2005 del nostro Bollettino Exacone News n. 2



FOLLOW-UP A 10 ANNI. 5 IMPIANTI MAX STABILITY A CARICO IMMEDIATO POSIZIONATI
CON IL NOSTRO SISTEMA DI CHIRURGIA GUIDATA
di un caso pubblicato nell'edizione 2014 del nostro Bollettino Exacone News n. 19



FOLLOW-UP A 10 ANNI. IMPIANTO POST-ESTRATTIVO IMMEDIATO IN ZONA ESTETICA
di un caso pubblicato nell'edizione 2014 del nostro Bollettino Exacone News n. 18



FOLLOW-UP A 14 ANNI. SPLIT CREST COMPLESSO NELL'ARCATA INFERIORE
di un caso pubblicato nel 2013 nel libro "Chirurgia rigenerativa" di L. Targetti



FOLLOW-UP A 20 ANNI. GBR IN TECNICA MONOFASICA
di un caso pubblicato nell'ed. 2005 del nostro Bollettino Exacone News n. 2



FOLLOW-UP A 20 ANNI. RIABILITAZIONE IMPIANTO-PROTESICA FULL-ARCH
SU GRANDE RIALZO DI SENO MASCELLARE BILATERALE

FOLLOW-UP A 16 ANNI DI UNA RIABILITAZIONE PROTESICA DA 14 A 24 SU 5 IMPIANTI POST-ESTRATTIVI IMMEDIATI

Luigi Lucchiari

Odontoiatra, Due Carrare (PD)

PAROLE CHIAVE

follow up, edentulia multipla, post-estrattivo immediato, due fasi, protesi fissa, successo implantare, mantenimento osseo, stabilità tessuti gengivali

Questo follow-up a distanza di più di 16 anni riguarda una paziente di 70 anni, sesso femminile, non fumatrice, senza patologie importanti da segnalare. Nel 2007 le ho posizionato nel mio studio 5 impianti post-estrattivi immediati XCN® Leone per riabilitare la zona da 14 a 24. La Signora non è mai stata molto ligia nella tempistica dei controlli, viene da me in media ogni 2 anni, ha sempre però mantenuta una perfetta e corretta igiene orale.

In data 28/11/2007 veniva rimossa la vecchia protesi fissa da 14 a 24 per lesioni cariose multiple sui pilastri di protesi, con infiltrazioni nelle corone, dolore ed infezioni (Fig. 1). In seduta unica, venivano estratti i denti pilastro e posizionati 5 impianti XCN® Leone con tecnica bifasica (Figg. 2-6). Durante il periodo di guarigione la paziente portava una protesi provvisoria mobile. Dopo 5 mesi si procedeva alla protesizzazione degli impianti, di cui sono stati documentati alcuni passaggi: l'inserimento dei monconi con posizionatore in resina (Fig. 7), comodissimo quando gli impianti sono paralleli, i tessuti molli non ancora maturi dopo aver attivato i monconi negli impianti (Fig. 8), il provvisorio fisso di resina per il condizionamento dei tessuti (Fig. 9), il netto miglioramento dei tessuti molli dopo 1 mese (Fig.10) e la consegna della protesi definitiva (Fig. 11).

Nove anni dopo, in data 8/05/2017, la protesi, cementata fin dall'inizio e tutt'ora con Temp-Bond, si è decementata; le immagini cliniche scattate in quell'occasione mostrano un perfetto stato di salute dei tessuti periimplantari e pericoronali (Figg. 12, 13).

Nel mese di febbraio 2023, per pianificare una riabilitazione protesica delle selle edentule inferiori, ho eseguito un'ortopantomografia (Fig. 14) che evidenzia un eccellente mantenimento dell'osso periimplantare, senza alcuna perdita ossea.

In data 09/04/2024, prendendo le impronte per i modelli di studio per il programmato intervento sulle selle edentule inferiori, ho decementato la protesi, verificando ancora una volta la perfetta salute dei tessuti (Figg. 15, 16).

Il confronto delle immagini cliniche del 2008 e del 2024 mostra il miglioramento nel tempo dei tessuti periimplantari e pericoronali attorno agli impianti XCN® a connessione conometrica (Figg. 17, 18).



FIG. 1 - Situazione clinica iniziale

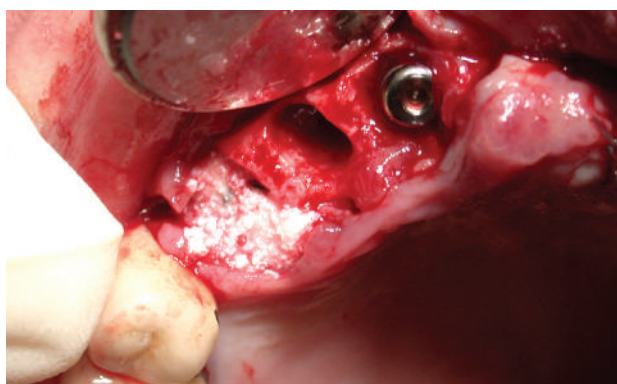


FIG. 2 - Due impianti Classix Ø4,1x12 inseriti con tecnica bifasica nel primo quadrante

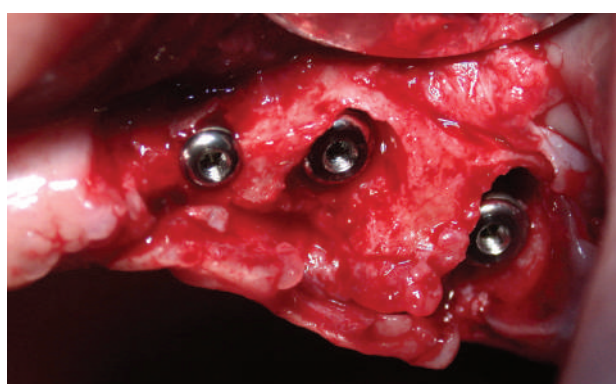


FIG. 3 - Due impianti Classix Ø4,1x12 e uno Ø3,3x12 inseriti con tecnica bifasica nel secondo quadrante

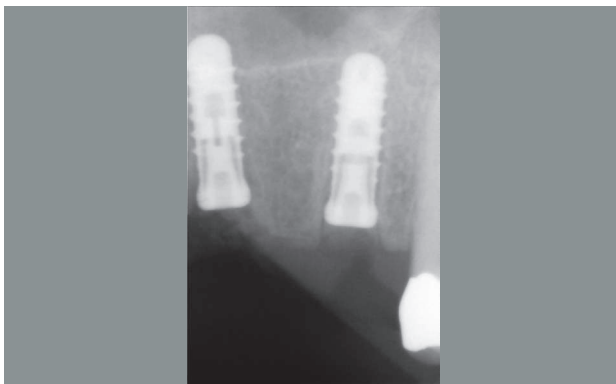
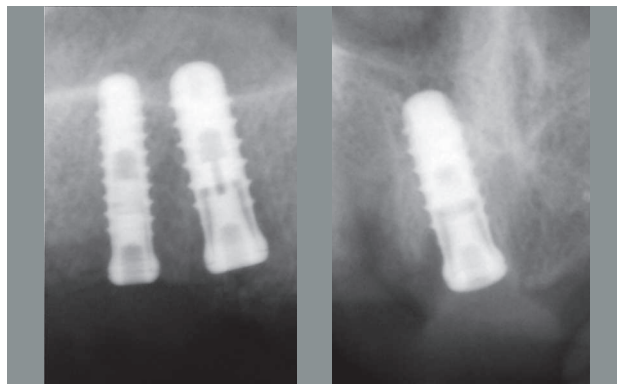


FIG. 4 - RX post-operatoria primo quadrante



FIGG. 5, 6 - RX post-operatoria secondo quadrante

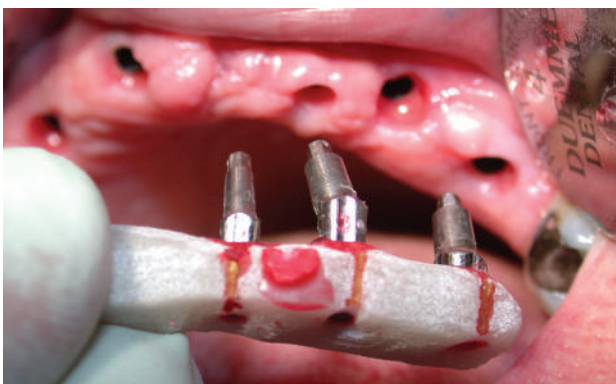


FIG. 7 - Inserimento dei monconi con posizionatore in resina

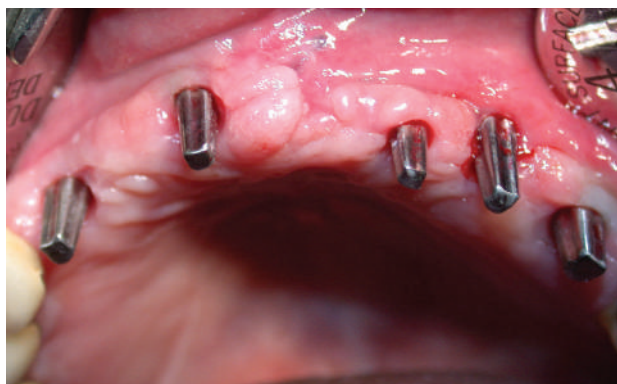


FIG. 8 - Monconi appena attivati negli impianti



FIG. 9 - Provvisorio fisso in resina



FIG. 10 - Stato di salute dei tessuti dopo 1 mese



FIG. 11 - Protesi definitiva cementata con Temp-Bond



FIG. 12 - A distanza di 9 anni: ottimo stato di salute dei tessuti



FIG. 13 - Protesi ri-cementata con Temp-Bond

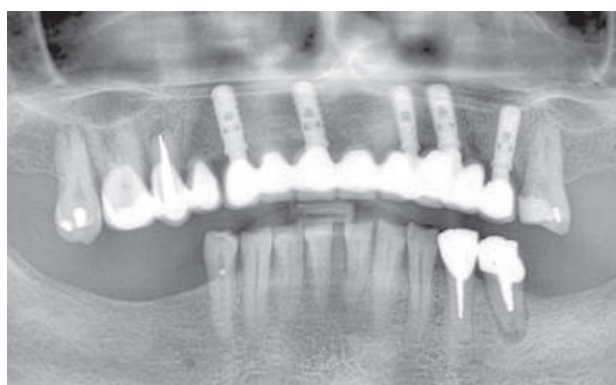


FIG. 14 - OPT a distanza di 15 anni: l'osso periimplantare è rimasto stabile



FIG. 15 - A distanza di 16 anni: perfetto stato di salute dei tessuti

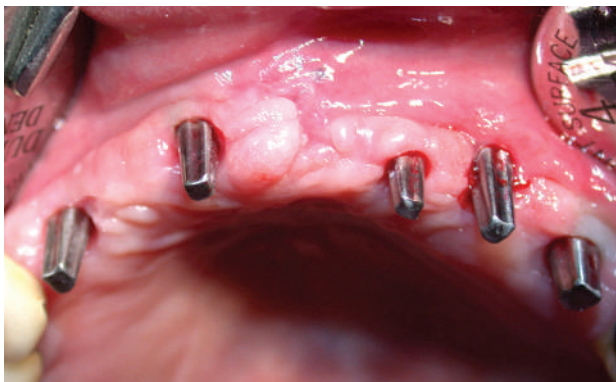


FIG. 16 - Protesi ri-cementata con Temp-Bond

CONFRONTO

2008

2024



FIGG. 17a, b - Confronto a distanza di 16 anni

FIG. 17b

2008

2024



FIGG. 18a, b - Confronto a distanza di 16 anni

FIG. 18b

REALIZZAZIONI PROTESICHE

Laboratorio odontotecnico L.O.R.I. - Noventa Padovana (PD)

ALLEO®

Complici del
tuo sorriso.



SCOPRI L' **ALLINEATORE LEONE**
SU **DSLEONE.IT/ALLEO**

Leone®

FOLLOW-UP A 13 ANNI DI UN IMPIANTO POST-ESTRATTIVO A CARICO IMMEDIATO IN ZONA ESTETICA 21

Cristian Negro

Odontoiatra, Lecce

PAROLE CHIAVE

follow up, edentulia singola, post-estrattivo immediato, zona estetica, carico immediato, protesi fissa, successo implantare, mantenimento osseo

Il caso clinico descritto in questo articolo riguarda un impianto Leone® post-estrattivo a carico immediato in zona estetica 21 con un follow-up a 13 anni. Nel Settembre 2011 la paziente, di anni 48, in buono stato di salute, si presenta alla mia osservazione per dolore e ascesso vestibolare localizzato in corrispondenza di 21 (Fig. 1). Si effettua nella stessa seduta una radiografia endorale di 11-21 che conferma quanto già rilevato in panoramica dentale ovvero il sospetto di una frattura radicolare vestibolo-mesiale del 21, verosimilmente causata dal perno moncone incongruo (Fig. 2). In accordo con la paziente si decide di programmare l'estrazione del 21 e contestualmente l'inserimento di un impianto post-estrattivo a carico immediato data l'elevata valenza estetica dell'elemento dentale.

A Ottobre 2011 si procede con estrazione del 21 (Fig. 3) e contestuale inserimento dell'impianto, che vengono condotti con tecnica flapless per preservare il più possibile la vascolarizzazione della sede interessata dall'intervento. L'alveolo post-estrattivo del 21 viene preparato con tecnica mista (frese e osteotomi) per inserire un impianto Leone® Classix diametro 4.8 lunghezza 14 mm. Una volta inserito l'impianto, si inconca al suo interno un moncone temporaneo in PEEK 4.8 standard rifinito in bocca e si ribasa e cementa un provvisorio in resina unito 11-21 (Fig. 4).

Si effettua un controllo clinico a distanza di 2 settimane dall'intervento (Fig. 5) e uno successivo a distanza di 4 mesi, rimuovendo il provvisorio 11-21 (Fig. 6).

A distanza di 6 mesi dall'inserimento dell'impianto, si rimuove il provvisorio 11-21 e il moncone temporaneo in PEEK all'interno dell'impianto 21 per la presa dell'impronta definitiva e l'inizio delle fasi protesiche (Fig. 7), che porteranno a Maggio 2012 alla consegna di due corone definitive singole in metallo ceramica sul moncone dentale 11 e sull'impianto post-estrattivo 21 (Fig. 8).

Nel Giugno 2015 è stato effettuato un controllo radiografico a distanza di 3 anni dalla consegna delle corone definitive (Fig. 9).

A Marzo 2024 è stata effettuata una panoramica dentale per altri motivi che evidenzia la perfetta integrazione ossea attorno all'impianto Leone in sede 21 (Fig. 10).

A Giugno 2024, a distanza di 13 anni dall'inserimento dell'impianto post-estrattivo 21, è stata effettuata una radiografia endorale di controllo su 11-21 (Fig. 11) che evidenzia, rispetto alla radiografia a tempo zero effettuata a Ottobre 2011, non solo un eccellente mantenimento dell'osso crestale e dei picchi ossei mesiale e distale ma addirittura una crescita dell'osso sul collo implantare; segno questo della qualità e delle grandi capacità osteointegrative dell'impianto Leone®.

Il controllo clinico (Fig. 12), effettuato sempre a Giugno 2024, evidenzia un buon mantenimento dei tessuti molli a distanza di 13 anni che risultano sani e ben integrati. Sicuramente, a onor del vero, si è verificata nel corso degli anni una leggera retrazione gengivale sulla corona 21. Questo particolare è sicuramente imputabile alla ridotta esperienza del sottoscritto, al momento dell'intervento, che per cercare una stabilità primaria ottimale ha utilizzato un impianto di grosso diametro. Con l'esperienza di oggi avrei sicuramente utilizzato un impianto di diametro inferiore (tipo Leone® Narrow 3.8 disponibile a breve) per lasciare più spazio ai tessuti molli. Ma certamente il riscontro clinico e radiografico a distanza di 13 anni mi confermano che l'impianto XCN® Leone è la scelta vincente nell'implantologia moderna.



FIG. 1 - Panoramica dentale pre-trattamento anno 2011

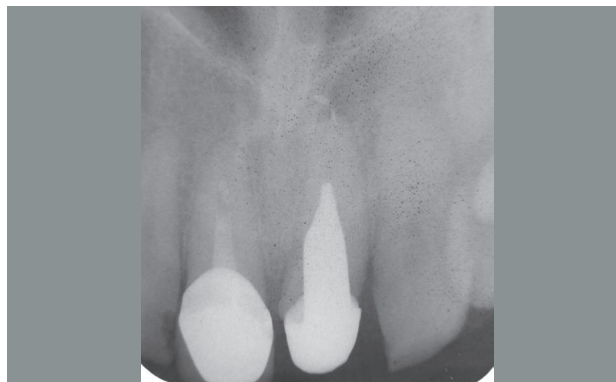


FIG. 2 - Rx endorale pre-trattamento 11-21. La rx endorale evidenzia lo strip vestibolo-mesiale della radice del 21 causata dal perno moncone incongruo. Inoltre si nota una rarefazione apicale sul 21 riconducibile a terapia canalare incongrua, riscontrabile anche su 11



FIG. 3 - Foto clinica dell'elemento dentale 21 una volta estratto che evidenzia la frattura radicolare dello stesso

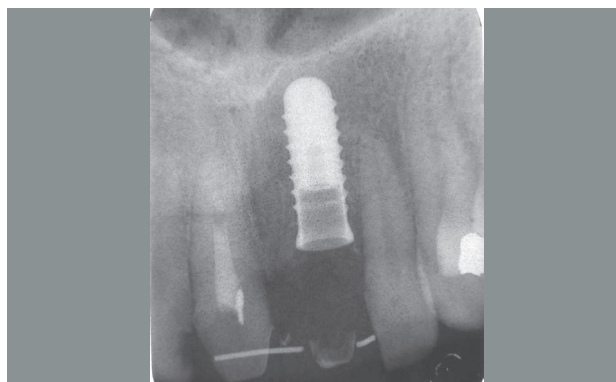


FIG. 4 - Rx endorale al termine dell'inserimento dell'impianto post-estrativo a carico immediato sul 21. Si noti radiograficamente il moncone temporaneo in PEEK inconato all'interno dell'impianto 21 e il provvisorio unito 11-21, rispettivamente su moncone dentale 11 e moncone implantare in PEEK 21



FIG. 5 - Foto intraorale del provvisorio 11-21 a distanza di 2 settimane dall'intervento



FIG. 6 - Foto clinica a distanza di 4 mesi dall'intervento dopo rimozione del provvisorio 11-21



FIG. 7 - Foto clinica al momento dell'impronta, a distanza di 6 mesi dall'inserimento dell'impianto, dopo la rimozione del provvisorio 11-21 e del moncone temporaneo in peek sull'impianto 21



FIG. 8 - Foto clinica delle corone definitive singole in metallo ceramica su 11 e 21 consegnate a Maggio 2012

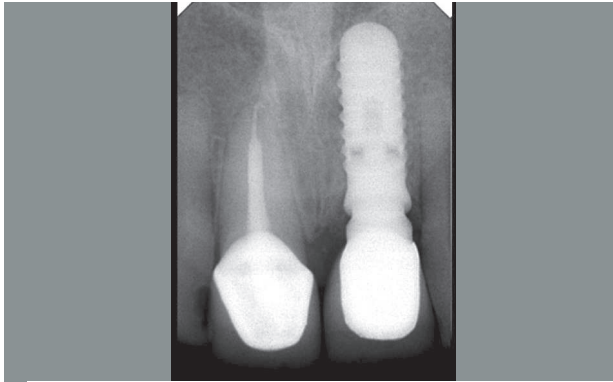


FIG. 9 - Rx endorale di controllo a distanza di 3 anni dalla consegna del lavoro definitivo

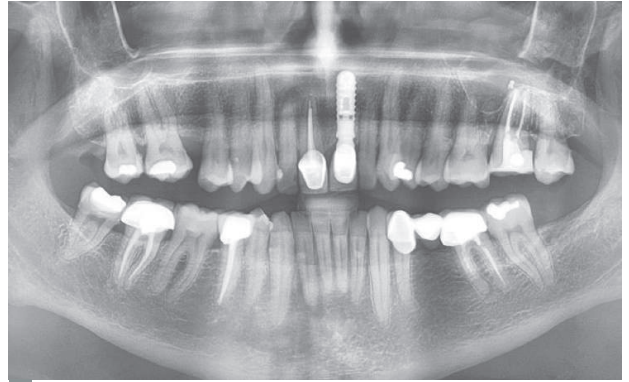


FIG. 10 - Panoramica dentale di controllo effettuata a Marzo 2024



FIG. 11 - Rx endorale di controllo su 21 a distanza di 13 anni dall'inserimento dell'impianto post-estrattivo a carico immediato su 21



FIG. 12 - Foto clinica delle corone definitive singole in metallo ceramica sull'elemento dentale 11 e sull'impianto 21 a distanza di 13 anni dalla consegna

REALIZZAZIONI PROTESICHE

Odt. Giovanni Gaetani, titolare Laboratorio odontotecnico Dental 2000 - Lecce

SCAN POST E SCAN BODY INCLINED PLANE E PYRAMID*

Sono state introdotte due piccole modifiche sugli attuali Scan Post per migliorarne la gestione con i vari sistemi ottici di acquisizione intraorale:

- l'affiancamento degli Scan Body Inclined Plane nella versione grigia a quelli bianchi (così come era già per i Pyramid) aumenta la compatibilità di scansione con gli scanner da studio presenti sul mercato;
- l'opacizzazione del tratto transmucoso tramite un processo di microsabbatura rende lo Scan Post rilevabile dagli scanner nella sua interezza senza possibili aree di discontinuità tra la gengiva e lo Scan Body.

I PREZZI RIMANGONO INVARIATI

- **Scan Post:** fabbricati in acciaio inossidabile con tratto transmucoso satinato
- **Scan Body:** fabbricati in materiale plastico
- per rilevare la posizione dell'impianto attraverso presa di impronta ottica intraorale o la digitalizzazione del modello in laboratorio
- autoclavabili



Confezione:

Inclined Plane

- 1 Scan Post
- 3 Scan Body Inclined Plane bianchi
- 3 Scan Body Inclined Plane grigi

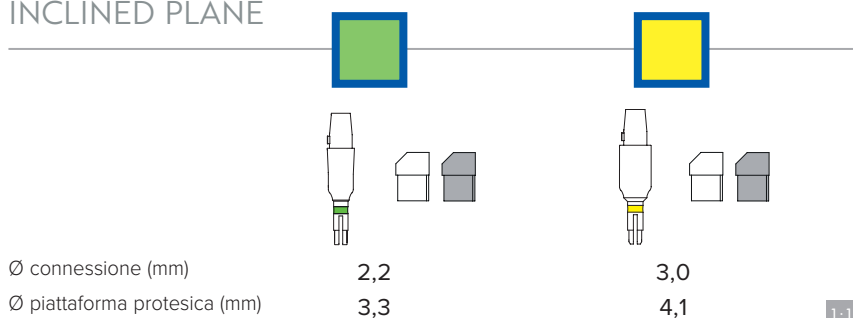
Pyramid

- 1 Scan Post
- 3 Scan Body Pyramid bianchi
- 3 Scan Body Pyramid grigi

*Sul sito Leone sono scaricabili le librerie dei software CAD-CAM in cui il sistema Leone è presente: www.leone.it/implantologia



INCLINED PLANE



Ø connessione (mm)

2,2

3,0

Ø piattaforma protesica (mm)

3,3

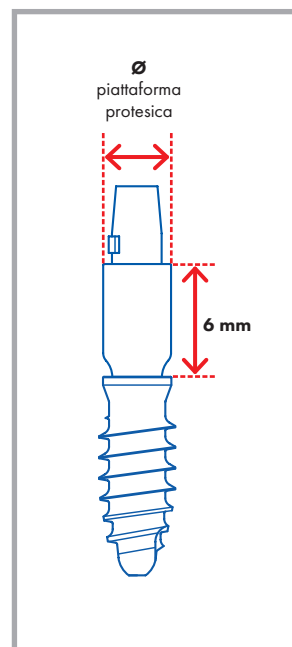
4,1

1:1

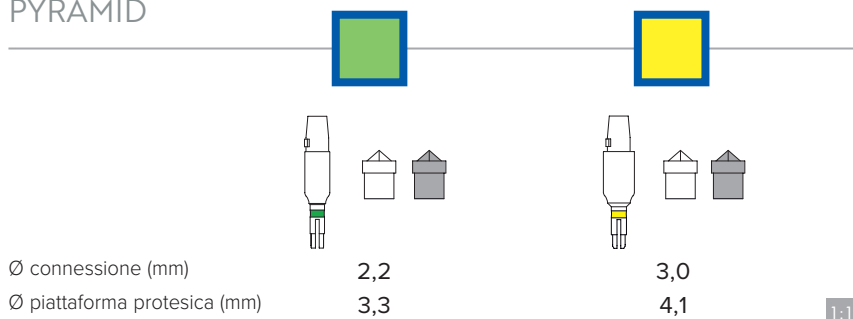
REF

141-3313-35

141-4113-35



PYRAMID



Ø connessione (mm)

2,2

3,0

Ø piattaforma protesica (mm)

3,3

4,1

1:1

REF

141-3313-51

141-4113-51

SCAN BODY INCLINED PLANE

- fabbricato in materiale plastico
- per Scan Post e Ti-Base
- autoclavabili

Confezione: 10 pezzi bianchi (5 bianchi e 5 grigi)



1:1

REF **141-0000-35**

SCAN BODY PYRAMID

- fabbricato in materiale plastico
- per Scan Post e Ti-Base
- autoclavabili

Confezione: 10 pezzi bianchi (5 bianchi e 5 grigi)



1:1

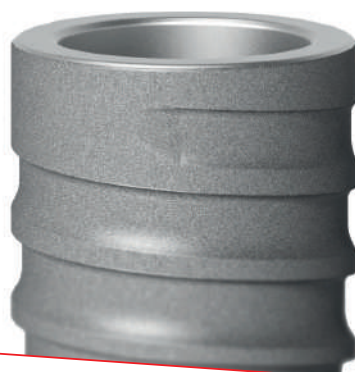
REF **141-0000-51**

XCN[®]

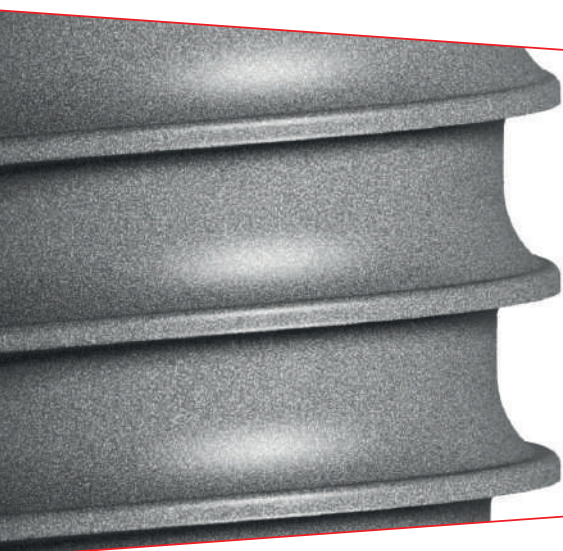
Impianto Narrow 2.9

Minima invasività, massima affidabilità

Colletto cilindrico



Innovativo macro-design



Apice conico



Scopri
l'impianto
Narrow

www.leone.it

Leone[®]

RIPRISTINO IMMEDIATO DI CRESTE INTERFORAMINALI ATROFICHE: UN CASO DI SUCCESSO CON GLI IMPIANTI NARROW 2.9 IN CHIRURGIA PROTESICAMENTE GUIDATA

Andrea Ricci

Odontoiatra

Firenze

Massimiliano Pisa

Odontotecnico

Firenze

PAROLE CHIAVE

edentulia multipla, atrofia ossea, impianto Narrow 2.9, implantologia protesicamente guidata, chirurgia guidata, fresa Zero1, guida chirurgica, carico immediato, protesi avvitata, modello prototipato, moncone MUA, impronta ottica, CAD-CAM

INTRODUZIONE

Nell'era della rivoluzione digitale, la Medicina e l'Odontoiatria stanno beneficiando di straordinari progressi tecnologici che migliorano la precisione, sia in fase di progettazione che di produzione, riducono i tempi operativi e garantiscono risultati ottimali per i pazienti. Un esempio emblematico di questa evoluzione è rappresentato dall'uso di protocolli digitali in chirurgia implantare computer assistita. In questo articolo, esploreremo un caso specifico in cui l'integrazione di tecnologie avanzate, come la pianificazione tridimensionale implantoprotesica e la chirurgia guidata computer assistita, unita all'impianto con il più piccolo diametro presente sul mercato, impianto XCN® Narrow 2.9, ha permesso di affrontare una complessa riabilitazione implantare con esiti eccellenti sia dal punto di vista funzionale che estetico. Un viaggio tra sinergia digitale e professionalità, dove l'uso sapiente della tecnologia ha reso possibile superare le sfide cliniche più impegnative.

DESCRIZIONE DEL CASO

Il paziente (75 anni) si presenta presso lo studio per sostituire un vecchio ponte in metallo-ceramica ormai obsoleto e non più congruo. Nel corso degli anni la radice in posizione 4.1 è stata estratta per motivi parodontali. Come molti pazienti, è orientato a limitare al massimo l'impegno emotivo, temporale ed economico. Il suo obiettivo di trattamento era esclusivamente funzionale per una migliore predicibilità a medio termine della stabilità protesica.

Come si può notare dalle immagini della Cone Beam il paziente presenta una cresta notevolmente sottile soprattutto in zona 4.3. Dal momento che la letteratura ci dice che un impianto necessita mediamente di almeno 2 mm di osso circonferenzialmente, non è possibile posizionare impianti di diametro "standard" senza aumentare lo spessore della cresta ossea.



FIG. 1 - Situazione iniziale

Venendo incontro alle precise richieste del paziente, di contenere la complessità chirurgica, abbiamo deciso di utilizzare degli impianti a diametro stretto da 2.9 mm, caratteristica peculiare della sistemica XCN® Leone. Questo ci ha permesso di escludere terapie rigenerative complesse che avrebbero aumentato la morbilità del caso, la durata e complessità, in generale, del trattamento.

È importante sottolineare fin da subito, la forte preferenza degli autori di utilizzare protesi e ritenzione avvitata per permettere la facile manutenzione ed eventuali adeguamenti post consegna.

INIZIO TRATTAMENTO

La fase clinica del trattamento è iniziata rimuovendo la vecchia protesi e preparando gli elementi 3.2 e 4.4 per ricevere un provvisorio in PMMA, fedele replica della progettazione eseguita sul software. Questo ha permesso di gestire la fase provvisoria, qualora la procedura chirurgica avesse presentato delle sorprese e non fosse stato possibile posizionare degli impianti. Inoltre, questo ha permesso di previsualizzare intraoralmente il progetto clinico computerizzato e di ottenere dal paziente l'approvazione della morfologia e della posizione dei denti in modo molto accurato.



FIG. 2 - Preparazione dei denti naturali a finire per ricevere un provvisorio fisso

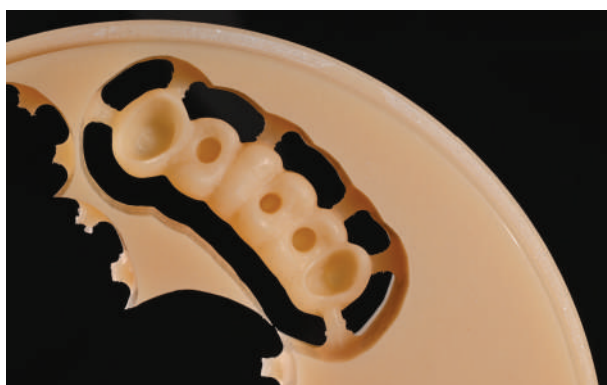


FIG. 3 - Fresatura del provvisorio in PMMA



FIG. 4 - Adattamento del provvisorio in PMMA sul modello stampato



FIG. 5 - Inserimento del provvisorio in bocca



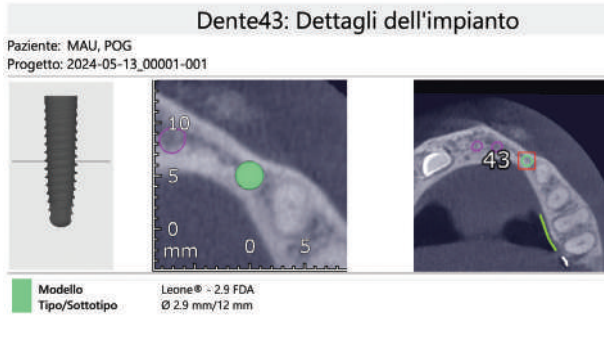
FIG. 6 - Visione frontale del provvisorio in posizione

PIANIFICAZIONE IMPLANTARE

La pianificazione chirurgica implantare computerizzata rappresenta una tecnica fondamentale, soprattutto nei casi con limitazioni anatomiche che rendono più complessa l'esecuzione della chirurgia. Grazie alla tecnologia 3D e all'uso di software avanzati, in questo caso Exocad® e ExoPlan®, è possibile analizzare in dettaglio la struttura ossea, identificare aree critiche come nervi, seni mascellari o spazi ridotti, e determinare con precisione la posizione, l'angolazione e la profondità ottimali per l'impianto. Questo approccio minimizza il margine di errore, aumenta la sicurezza e consente interventi più predicibili anche in situazioni anatomiche difficili, come questa dove la cresta risulta particolarmente sottile. Inoltre, la guida chirurgica ottenuta dalla pianificazione permette di eseguire procedure meno invasive, riducendo il trauma per il paziente e accelerando i tempi di guarigione. L'integrazione di tecnologia e pianificazione protesica garantisce un risultato finale più funzionale ed esteticamente armonioso.

Una volta ottenuta l'approvazione da parte del paziente e verificata la correttezza del nostro progetto abbiamo progettato la mascherina chirurgica tenendo in considerazione il design della protesi verificata in bocca. Abbiamo optato per una mascherina a supporto dentale e abbiamo eseguito delle finestre di ispezione per verificare la bontà della precisione e l'adattamento della mascherina chirurgica sugli elementi dentali.

Come si può notare dalle immagini c'è una grande corrispondenza tra progetto sullo schermo e modello stampato mediante tecnologia di stampa 3D.



FIGG. 7a-c - Pianificazione implantare

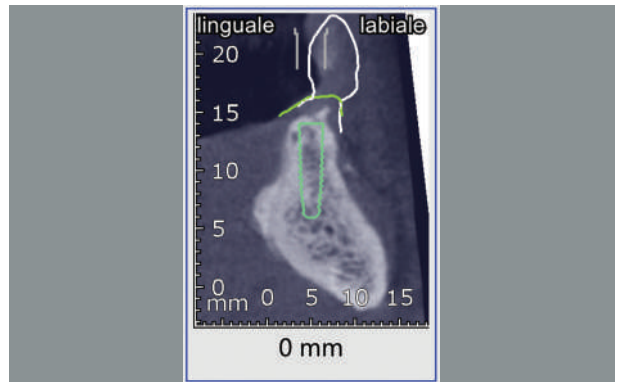


FIG. 7b

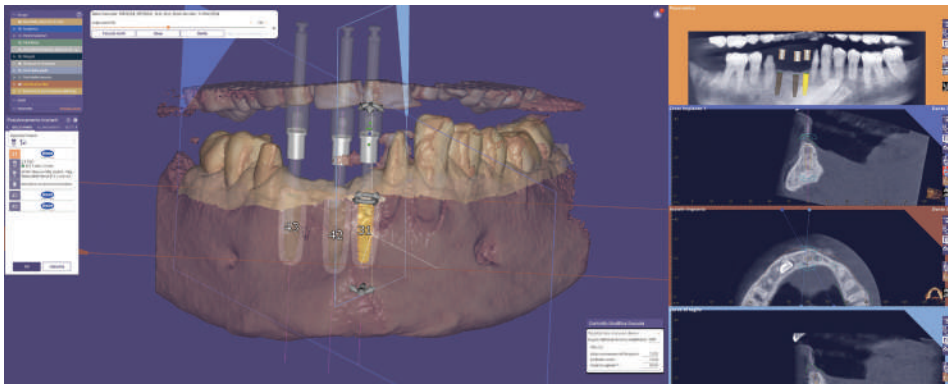


FIG. 7c

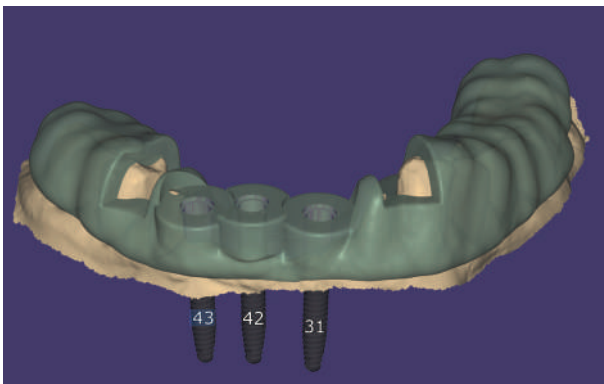


FIG. 8a - Progetto della mascherina chirurgica



FIG. 8b - Mascherina chirurgica stampata in laboratorio adattata sul modello stampato



FIG. 9 - Verifica della precisione della mascherina chirurgica sui denti mediante finestre di ispezione



FIG. 10 - Modello stampato, mascherina chirurgica e strumenti di inserimento/rimozione delle boccole

INTERVENTO CHIRURGICO

Per una fase chirurgica semplificata rispettosa di un protocollo molto attento, la preparazione in modo sequenziale del set di frese contraddistinte da un codice colore specifico permette di ridurre al minimo gli errori ed ottimizzare i tempi della fase chirurgica a vantaggio della ottimizzazione dei tempi per lo studio, per il medico e soprattutto per il paziente.

Come abbiamo detto durante l'introduzione preferiamo, quando possibile, un tipo di protesi a ritenzione avvitata per semplificare tutti i passaggi clinici di fabbricazione, in laboratorio ed in studio e soprattutto mantenere la possibilità di smontare la protesi e rimontarla comodamente qualora fosse necessario durante la fase post-consegna.



FIG. 11 - Preparazione del sito implantare

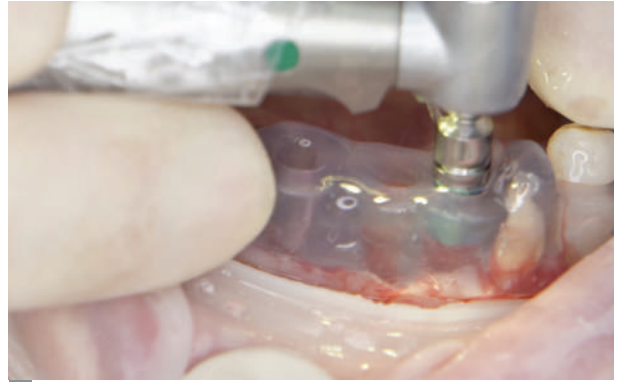
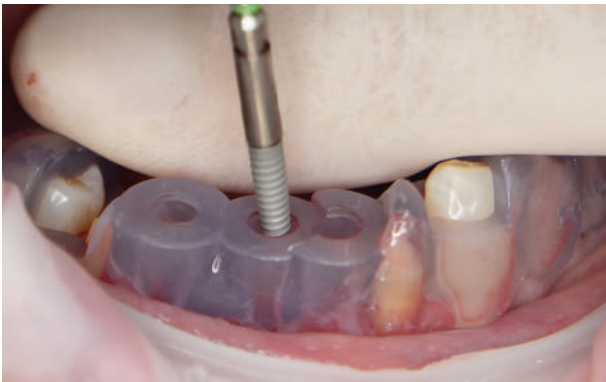


FIG. 12 - Passaggio della fresa 01 fino alla profondità stabilita



FIGG. 13, 14 - Inserimento dell'impianto da 2.9 mm

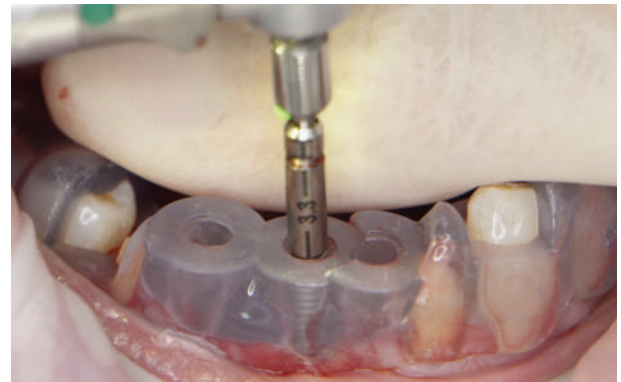


FIG. 14



FIG. 15 - Inserimento dell'impianto da 2.9 mm fino alla tacca di profondità definita durante la progettazione virtuale

Nel caso specifico abbiamo utilizzato dei monconi MUA della Leone® che permettono di parallelizzare l'asse inserzione ed avere il foro della vite in una posizione corretta e morfologicamente ideale per un risultato estetico naturale e per il mantenimento a lungo termine di una corretta igiene orale.



FIG. 16 - Bloccaggio dei MUA tramite percussore



FIG. 17 - Bloccaggio dei MUA tramite percussore

CARICO IMMEDIATO

Avendo ottenuto un notevole torque di inserimento, è stato deciso unitamente al paziente di caricare gli impianti immediatamente mediante protesi provvisoria in PMMA avvitata.



FIG. 18 - Inserimento dei cilindri da incollaggio in titanio opportunamente customizzati



FIG. 19 - Cilindri da incollaggio posizionati



FIG. 20 - Ribasatura del provvisorio



FIG. 21 - Rimozione delle vite lunghe



FIG. 22 - Verifica dei contatti occlusali in massima intercuspazione, protrusiva e lateralità



FIG. 23 - Provisorio posizionato il giorno stesso dell'intervento chirurgico implantare



FIG. 24 - Provisorio a distanza di 14 giorni dall'intervento di posizionamento implantare

FABBRICAZIONE DEL RESTAURO FINALE

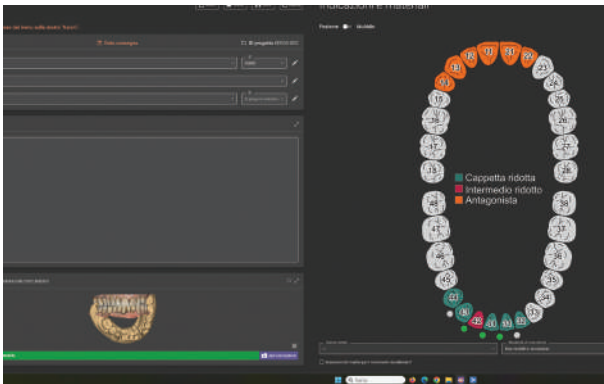
Da molti anni ormai per il trattamento di casi di questo tipo optiamo per restauri metal-free. Questo consente l'ottimizzazione del risultato estetico e di fabbricazione del manufatto senza sacrificare forza e resistenza della protesi. Si può notare come la componentistica Leone® sia molto efficace da un punto di vista di dimensioni grazie all'assenza della vite di ritenzione tra moncone protesico e impianto.

In un caso di incisivi inferiori come questo, la sistematica XCN® permette di avere morfologie e profili di emergenza adeguati da un punto di vista funzionale, igienico ed estetico.

A distanza di 4 mesi dall'intervento abbiamo provveduto alla realizzazione del definitivo partendo da una scansione intraorale diretta sui MUA con Scan Body lunghi. Questo ha permesso la progettazione CAD-CAM della protesi e la realizzazione del modello prototipato con lo spazio per gli analoghi digitali per MUA.



FIG. 25 - Modello con analoghi digitali per MUA ricavato dalla scansione digitale Intraorale



FIGG. 26a, b - Progetto digitale della protesi su impianti realizzato con Exocad®

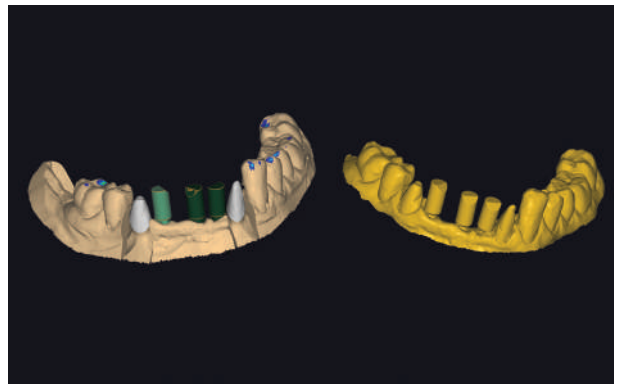


FIG. 26b

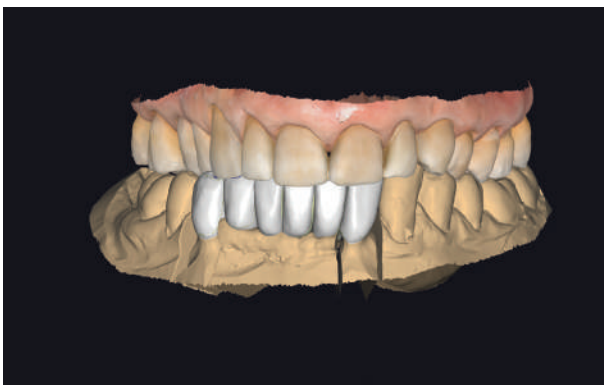


FIG. 27 - Progetto digitale finito

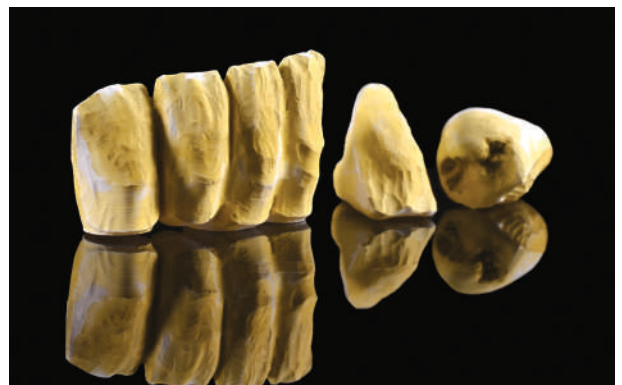


FIG. 28 - Realizzazione del progetto digitale con fresatura di ZrO2 prima della sinterizzazione



FIG. 29 - Struttura in ZrO2 sinterizzata



FIG. 30 - Corone finite con interfacce CAD-CAM per MUA cementate



FIG. 31 - Protesi finita su modello digitale

Il riscontro radiografico a distanza di 4 mesi è indispensabile per valutare la posizione degli impianti, i profili ossei ed il loro mantenimento a lungo termine.

Inoltre, dalle radiografie si può verificare l'adeguatezza dei profili protesici in modo che questi rispettino i tessuti di supporto profondi e superficiali.

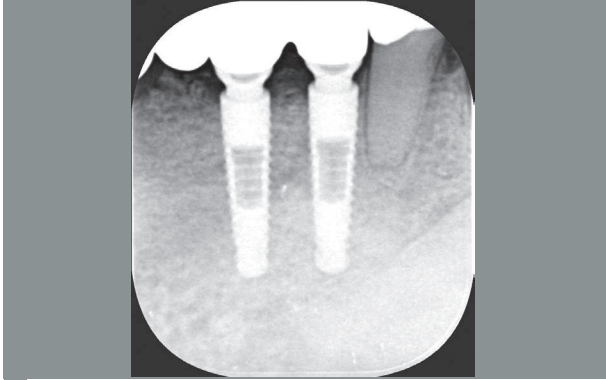


FIG. 32 - Radiografia periapicale degli impianti in posizione 4.1 e 3.1



FIG. 33 - Radiografia periapicale dell'impianto in posizione 4.3

Riteniamo che per ottimizzare l'estetica finale, una personalizzazione da parte dell'Odontotecnico direttamente in bocca del paziente, quando è possibile, offra risultati indubbiamente superiori permettendo infatti di vedere il proprio manufatto inserito nel contesto dei tessuti e di potersi relazionare direttamente con il paziente, per comprendere direttamente le sue preferenze estetiche.



FIG. 34 - Prova estetica e funzionale



FIG. 35 - Personalizzazione del manufatto finale da parte dell'Odontotecnico in studio



FIG. 36 - Restauro finale

CONCLUSIONI

La sistematica XCN® a connessione conica pura senza vite di serraggio consente l'utilizzo di monconi MUA senza compromettere la biomeccanica protesica e presenta il vantaggio di una notevole facilità di installazione degli stessi in soluzione cement-free.

La stessa mancanza della vite di serraggio tra impianto e moncone permette l'utilizzo di componentistiche protesiche molto ridotte nelle dimensioni basali e un miglior risultato protesico estetico e funzionale a livello dei tessuti; così facendo, anche dove abbiamo da replicare degli incisivi inferiori di piccole dimensioni, riusciamo a garantire un buono spazio per le papille interdentali e spazio per una buona igiene.

Nonostante le limitazioni anatomiche, e le esigenze da parte del paziente di contenere la complessità del trattamento, una corretta diagnosi e un'attenta pianificazione utilizzando strumenti digitali ha consentito di pianificare questo caso con predicibilità e un numero di appuntamenti molto limitato. La sistematica XCN® ha permesso di utilizzare impianti a diametro molto contenuto senza alcuna perdita di resistenza biomeccanica, grazie alla tipica connessione a cono Morse senza vite. Questo ha consentito una corretta posizione e morfologia protesica nonostante l'utilizzo di monconi MUA. Tutto questo, a beneficio di un workflow semplificato e di un risultato estetico soddisfacente e la semplificazione di eventuali interventi di manutenzione post consegna.

Implantologia Digitale XCN®: dalla chirurgia protesicamente ed esteticamente guidata alla protesi CAD-CAM

Modulo 1 corso base

Firenze

Venerdì 6 giugno
Sabato 7 giugno
2025



Dott.
Andrea Ricci

Odt.
Massimiliano Pisa

Questo workshop fa parte di un trittico di corsi incentrati sui **flussi chirurgici e protesici digitali** con la sistematica XCN® Leone. I tre moduli sono strutturati su tre livelli di difficoltà crescenti - base, medio e avanzato - e guideranno i clinici ad affrontare casi implantoprotetici con l'ausilio delle tecnologie digitali nella loro pratica quotidiana. Ogni singolo modulo è articolato in due giorni in cui si svolgeranno **parti pratiche** e sessioni di **chirurgia live** con carico immediato.



I corsi sono rivolti a medici chirurghi odontoiatri eventualmente accompagnati dai propri odontotecnici.

Per maggiori dettagli sul programma del corso base e sulla modalità di iscrizione inquadrare il codice QR a fianco

Segreteria ISO
Tel. 055 304458 iso@leone.it

Centro Formazione
Leone®

Dott. Andrea Ricci

Libero professionista a Firenze, si dedica in modo specifico alla protesi fissa e rimovibile su denti naturali e impianti, alla parodontologia e all'implantologia nel settore estetico. È Socio Attivo e Vice Presidente della European Academy of Esthetic Dentistry (EAED), Associate Member dell'American Academy of Restorative Dentistry (AARD), Socio Attivo dell'Accademia Italiana di Odontoiatria Estetica (IAED). È Fondatore e Direttore Scientifico di IDEAT (Institute of Dental Education And Therapy).

Dal 2018 è Coach presso una delle più importanti aziende europee di formazione e crescita personale, la Roberto Re Leadership School. È autore di articoli pubblicati su riviste internazionali. Dal 1999 ha tenuto numerose conferenze in Europa, Stati Uniti, Cina, Singapore, Brasile, Arabia Saudita, negli Emirati Arabi Uniti e in Giappone.

Odt. Massimiliano Pisa

Titolare del Laboratorio Dental Giglio di Firenze.

È tra i primi in Italia a occuparsi di ceramica integrale realizzata con nuove tecnologie CAD-CAM. Dal 2001, si dedica prevalentemente al settore della protesi fissa eseguita per mezzo delle nuove tecnologie e dal 2004 collabora con aziende leader nel settore CAD-CAM come Beta Tester e altre aziende internazionali. Docente all'Università di Cagliari, Malta e Lugano nei Corsi Master Avanzati di Implantologia. Autore di numerosi articoli su riviste specializzate.

Tiene corsi e conferenze sulle nuove tecnologie, su implanto-protesi e sull'utilizzo dei nuovi materiali.

XCN[®]

TEAM

Un'équipe di professionisti
a **tua** disposizione per
affrontare le nuove esigenze
professionali

scopri il XCN[®] Team



***Leone*[®]**

XCN®

TEAM



DR. LEONARDO
TARGETTI



DR. MARIO
GUERRA



DR. SALVATORE
BELCASTRO



DR. ROBERTO
MELI



ODT. MASSIMILIANO
PISA



DR. LUIGI
LUCCHIARI



DR. LEONARDO
PALAZZO



DR. RENATO
TURRINI



DR. FABRIZIO
DELL'INNOCENTI



DR. NAZARIO
RUSSO



DR. GIACOMO
COPPOLA



DR. DAVIDE
MONTISCI



DR. GIUSEPPE
MUSIELLO



DR. NICOLA
LUCCHIARI



DR. GIUSEPPE
SUERI



DR. DOMENICO
GUERRA



DR. UMBERTO
STELLA



DR. CRISTIAN
NEGRO



DR. ALESSIO
NATALI



DR. LUCA
DALLA LIBERA



DR. ALBERTO
FIORETTI



DR. ALESSANDRO
DI NARDO



DR. RICCARDO
CAPPONI



DR. GUGLIELMO
ZANOTTI

Medici qualificati ed esperti professionisti ti introdurranno nel mondo dell'implantologia in **modo semplice, sicuro ed efficace**, aiutandoti a **sfruttare al massimo** le potenzialità offerte dalla sistemica implantare XCN®.

XCN® Team, inoltre, in coordinamento con l'azienda Leone e i suoi partner commerciali, si fa portavoce di un'intensa **attività di aggiornamento didattico e scientifico-culturale** su tutto il territorio nazionale.

PROTESI MULTI-UNIT AVVITATA A CARICO IMMEDIATO

Salvatore Belcastro

Odontoiatra
Perugia

Alessio Natali

Odontoiatra
Perugia

PAROLE CHIAVE

edentulia multipla, pianificazione 3D, implantologia protesicamente guidata, chirurgia guidata, tecnica flapless, fresa Zero1, post-estrattivo immediato, impianto Max Stability, carico immediato, protesi avvitata, moncone MUA, impronta ottica

Il caso clinico che segue è tratto dal capitolo 4 del testo "*Flussi digitali protesici per impianti a cono Morse*", in cui illustriamo la riabilitazione protesica multi-unit avvitata su impianti della sistemica XCN®. Descriveremo la sostituzione implanto-protesica multipla nell'arcata superiore di una paziente di 60 anni di sesso femminile, gestita con carico immediato seguendo percorsi digitali.

Le peculiarità di tale approccio, rispetto al classico approccio differito, sono rappresentate dalla fattibilità e dai tempi di esecuzione. Possiamo affermare che, nei casi selezionati per il carico immediato, i benefici che ne derivano sono innumerevoli e vanno dall'unico approccio chirurgico, sempre molto gradito al paziente, al mantenimento dei volumi dei tessuti molli, in particolare nei casi di posizionamento implantare post-estrattivo immediato; da non trascurare inoltre il mancato utilizzo di protesi rimovibili provvisorie, sempre fonte di disagio per il paziente e di disturbo per i processi di guarigione.

Tratteremo in successione la fase diagnostica e di pianificazione del trattamento, la fase chirurgica di posizionamento implantare e la successiva fase protesica fino alla consegna della protesi definitiva.

FASE DIAGNOSTICA E DI PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO

La paziente è giunta alla nostra osservazione con una situazione dento-parodontale molto compromessa, in particolare nell'arcata superiore (Figg. 1a-c). La mobilità diffusa, le migrazioni dentali progressive e la ricorrenza di ascessi parodontali hanno indirizzato la nostra scelta, in accordo con le aspettative della paziente, verso un piano di trattamento implanto-protesico che avrebbe previsto l'estrazione di 9 elementi dentali (da 1.6 a 2.3) ed il posizionamento di 5 impianti come supporto di una protesi fissa avvitata di 10 elementi.

Nel passaggio successivo abbiamo eseguito una CBCT sulla quale è stata fatta una pianificazione implantare di massima, che ha consentito inoltre di rilevare le potenziali condizioni per un carico immediato (Fig. 2).



FIGG. 1a-c - Situazione clinica e radiologica all'inizio del trattamento



FIG. 1b

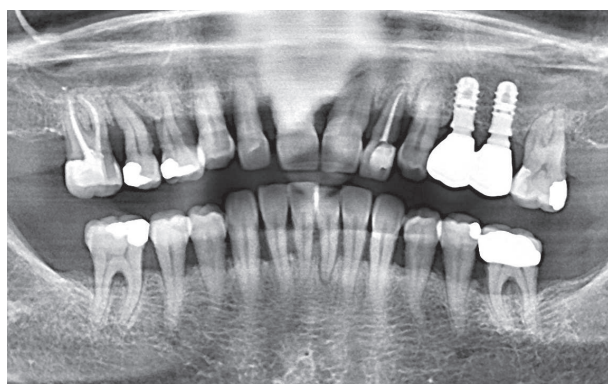


FIG. 1c

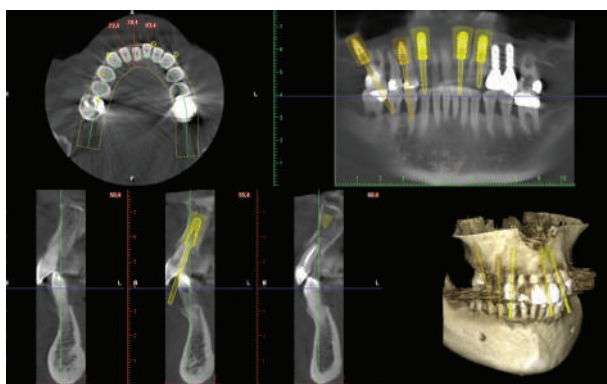


FIG. 2 - Esame CBCT con prima pianificazione implantare

Veniva successivamente proposta ed accettata dalla paziente la possibilità di eseguire una chirurgia computer-guidata. A tale scopo veniva effettuata una scansione intraorale, da utilizzare sia per la progettazione della chirurgia guidata che per fornire utili informazioni in fase di realizzazione del provvisorio immediato (Figg. 3a, b).



FIGG. 3a, b - Scansioni intraorali di inizio trattamento

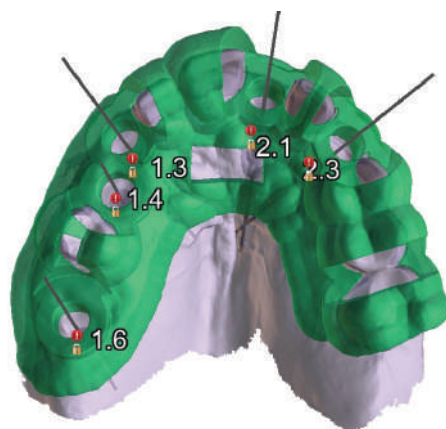
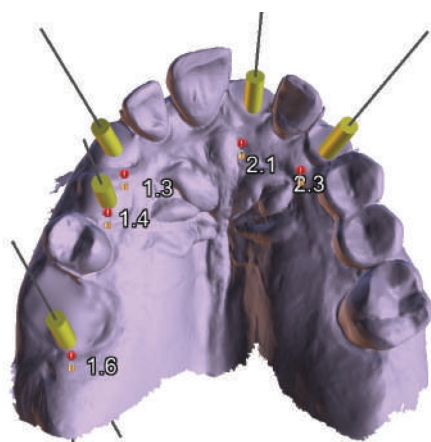


FIG. 3b

PIANIFICAZIONE DELLA CHIRURGIA GUIDATA ED ESECUZIONE DELLA DIMA CHIRURGICA

Il progetto prevedeva l'estrazione di 9 elementi dentali ed il posizionamento di 5 impianti; si optava in tutti i siti per la scelta dei Max Stability dal momento che i volumi ossei lo consentivano e consapevoli di poter raggiungere, grazie alla morfologia di questo impianto, una stabilità primaria adeguata alle esigenze del carico immediato.

La progettazione della chirurgia guidata è stata effettuata con il software Blue Sky Plan, dopo aver ottenuto il matching tra i file .DCM della CBCT ed i file .STL della scansione intraorale (Figg. 4a-c). Nell'ottica di ottenere la massima stabilità possibile veniva progettata una dima ad appoggio dentale, procedendo alla rimozione virtuale degli elementi dentali nelle sedi dei posizionamenti implantari (1.7-1.4-1.3-2.1-2.3) lasciando tutti gli altri.



FIGG. 4a-c - Progettazione della chirurgia guidata con software Blue Sky Plan

FIG. 4b

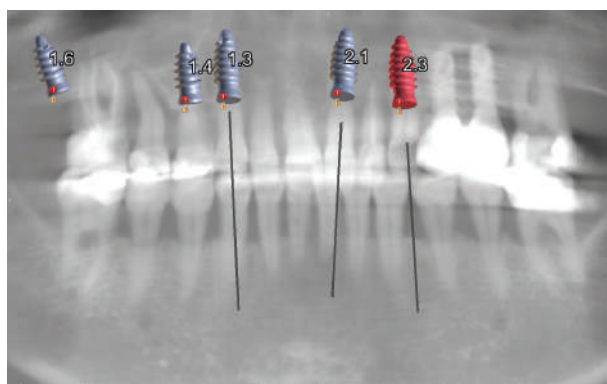


FIG. 4c

Terminata ed approvata la pianificazione chirurgica guidata si procedeva, in laboratorio, alla stampa del modello in resina e della dima chirurgica fornita di boccole in titanio dedicate agli impianti Max Stability 4.5 (Figg. 5a-c).



FIGG. 5a-c - Modello in resina con estrazioni parziali e dima chirurgica per guidata con boccole in titanio



FIG. 5b



FIG. 5c

Veniva dunque realizzato il progetto esecutivo ed allestiti gli organizer dedicati alla chirurgia programmata (Figg. 6a, b).

Posizione	Impianto	Mucotomo	Quota Boccola	Pilota	Zero1	Svasatrice	Carrier
23	4,5x12	4,5 cod.154-4515-20	+2MM	2,35x14 cod.154-2314-12	3,5x14 cod.154-3514-01 Per osso denso 3,8x14 cod.154-3814-01	4,1 +2 cod. 154-4102-24	4,5 2° tacca cod.156-4510-54
21	4,5x12	4,5 cod.154-4515-20	+2MM	2,35x14 cod.154-2314-12	3,5x14 cod.154-3514-01 Per osso denso 3,8x14 cod.154-3814-01	4,1 +2 cod. 154-4102-24	4,5 2° tacca cod.156-4510-54
13	4,5x12	4,5 cod.154-4515-20	+2MM	2,35x14 cod.154-2314-12	3,5x14 cod.154-3514-01 Per osso denso 3,8x14 cod.154-3814-01	4,1 +2 cod. 154-4102-24	4,5 2° tacca cod.156-4510-54
14	4,5x10	4,5 cod.154-4515-20	+2MM	2,35x12 cod.154-2312-12	3,5x12 cod.154-3512-01 Per osso denso 3,8x12 cod.154-3812-01	4,1 +2 cod. 154-4102-24	4,5 2° tacca cod.156-4510-54
16	4,5x10	4,5 cod.154-4515-20	+2MM	2,35x12 cod.154-2312-12	3,5x12 cod.154-3512-01 Per osso denso 3,8x12 cod.154-3812-01	4,1 +2 cod. 154-4102-24	4,5 2° tacca cod.156-4510-54

FIGG. 6a, b - Progetto esecutivo e strumentario per la chirurgia guidata (dima chirurgica ed organizer per chirurgia guidata)

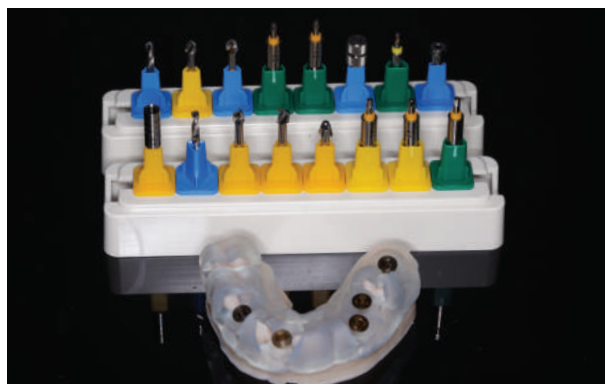


FIG. 6b

POSIZIONAMENTO IMPLANTARE

Al momento della chirurgia si procedeva alle estrazioni parziali ed al posizionamento della dima che appariva stabile (Fig. 7); seguiva la preparazione dei siti implantari e l'inserimento degli impianti programmati: tutti manifestavano un torque di inserimento superiore ai 40 Ncm, tranne quello in posizione 1.7 per cui si decideva di non caricarlo.

Seguiva la scelta, il posizionamento e l'attivazione dei MUA (Fig. 8).

Per motivi personali la paziente ha preferito rimandare di due giorni la scansione per l'esecuzione del provvisorio. Si posizionavano dunque le viti di guarigione per MUA, mentre per l'impianto in zona 1.7 si rimuoveva il MUA che non era stato attivato e si posizionava un tappo di guarigione.



FIG. 7

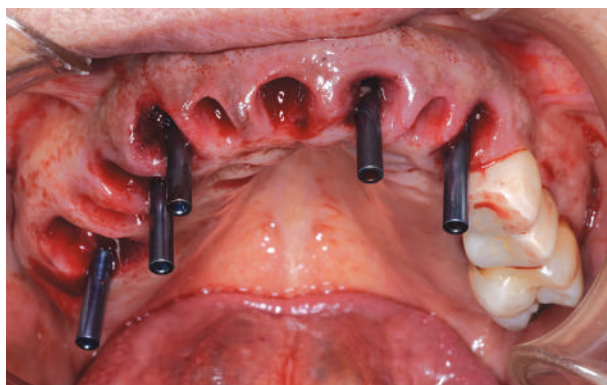


FIG. 8

FASE PROTESICA

A distanza di due giorni si procedeva alla rimozione delle viti di guarigione (Fig. 9) ed al posizionamento degli Scan Body da MUA sulle unità implantari nelle posizioni 1.4-1.3-2.1-2.3 (Figg. 10a, b). È importante sottolineare come sia indispensabile disporre in quel momento di un ampio magazzino di MUA per scegliere quelli adeguati (piattaforma protesica, tratto transmucoso, angolazione). Abbiamo rilevato una guarigione dei tessuti molli sorprendente: l'approccio flapless, utilizzato in chirurgia guidata, associato alle caratteristiche tipiche della connessione conometrica ed il biotipo parodontale spesso della paziente, sono stati tutti fattori che hanno concorso ad una guarigione molto rapida in quasi completa assenza di sintomatologia.

Veniva dunque rilevata una nuova scansione delle arcate e delle posizioni degli abutment implantari (Figg. 11a, b).



FIG. 9 - Situazione tissutale a 2 giorni dalla chirurgia implantare



FIGG. 10a, b - Posizionamento degli Scan Body lunghi per MUA



FIG. 10b

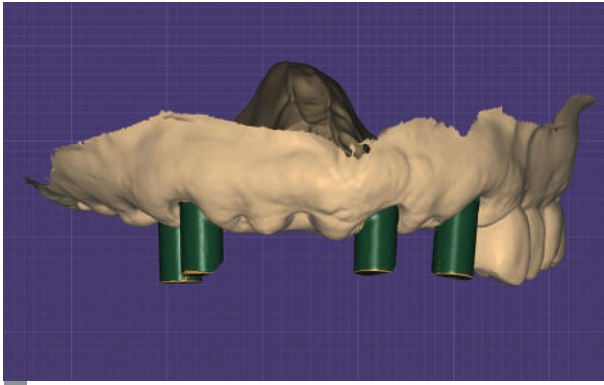


FIGG. 11a, b - Scansione delle arcate con posizioni degli abutment implantari



FIG. 11b

La fase successiva, di laboratorio, ha portato all'esecuzione della protesi fissa provvisoria. Sono stati effettuati i consueti passaggi di creazione del modello virtuale e modellazione della protesi su interfacce CAD-CAM (Figg. 12a-d).



FIGG. 12a-d - Fase CAD di progettazione del provvisorio.

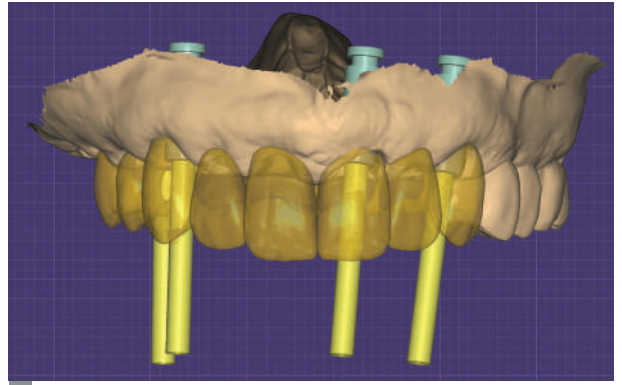
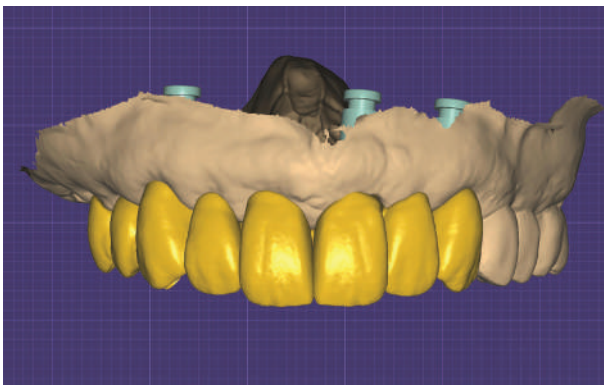


FIG. 12b



FIGG. 12c

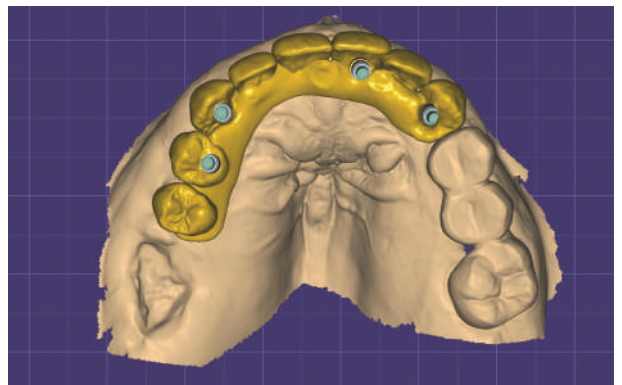


FIG. 12d

La realizzazione del provvisorio ha previsto il fresaggio di un blocco di PMMA, l'inserimento di un rinforzo metallico, l'incollaggio delle interfacce CAD-CAM e la lucidatura manuale a specchio (Figg. 13a-c).



FIGG. 13a-c - Protesi provvisoria pronta per la consegna

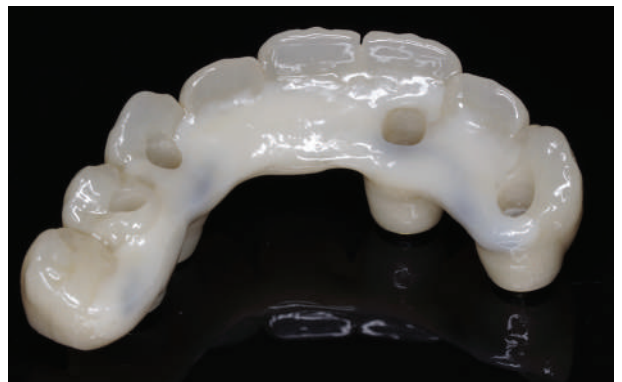


FIG. 13b



FIG. 13c

La consegna, effettuata il giorno dopo, a 3 giorni dalla chirurgia implantare, ha previsto l'inserimento della protesi provvisoria e, dopo una leggera passivazione mucosa, il serraggio delle viti protesiche con cricchetto dinamometrico a 20 Ncm (Figg. 14a, b). I canali delle viti, dopo isolamento con nastro sintetico, sono stati chiusi con composito fluido (Fig. 14c).



FIGG. 14a-c - Consegna della protesi provvisoria e serraggio delle viti con cricchetto dinamometrico. Si noti l'eccellente qualità dei tessuti a soli 3 giorni dalla chirurgia implantare



FIG. 14b



FIG. 14c

Nella stessa seduta è stata infine effettuata la radiografia di controllo (Fig. 15).

A distanza di 3 mesi dal posizionamento implantare, e dopo controllo clinico e radiologico, si dava avvio alle procedure per l'esecuzione della protesi definitiva. L'immagine clinica (Fig. 16) dell'arcata superiore mette in evidenza un ottimo grado di salute dei tessuti molli, una netta festonatura gengivale ed il mantenimento delle papille interdentali.



FIG. 15 - Radiografia di controllo alla consegna del provvisorio. Si noti il perfetto fitting nell'accoppiamento delle interfacce CAD-CAM con i MUA



FIG. 16 - Salute dei tessuti molli a 3 mesi dal carico immediato. Si noti il mantenimento dell'architettura gengivale.

La rimozione del provvisorio (Fig. 17) metteva in risalto un eccellente stato di salute dei tessuti molli perimplantari, espressione del sigillo protesico e a livello della connessione conometrica.

Si procedeva dunque alla rilevazione della nuova scansione utilizzando gli Scan Body da MUA nella versione lunga (Fig. 18).



FIG. 17 - Tessuti molli al momento della rimozione del provvisorio

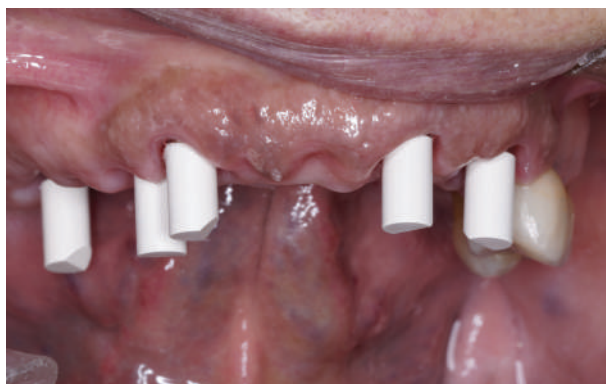


FIG. 18 - Scansione con Scan Body da MUA per la protesi definitiva

La fase successiva, di laboratorio, prevedeva la progettazione di un prototipo che veniva fornito segmentato per ciascuna unità implantare (Figg. 19a, b).



FIGG. 19a, b - Prototipo segmentato pronto per la prova e la passivazione intraorale



FIG. 19b

Il progetto CAD per l'esecuzione del prototipo teneva conto delle forme e dei volumi della protesi provvisoria, di cui la paziente era ampiamente soddisfatta, e delle minime variazioni volumetriche dei tessuti molli intercorse durante la fase di guarigione.

Il prototipo segmentato, saldato e passivato in bocca, veniva inviato al laboratorio che ci forniva, per la seduta successiva, un nuovo prototipo unito (Figg. 20a, b).



FIGG. 20a, b - Prototipo finale pronto per la prova



FIG. 20b

Con la prova del prototipo venivano valutati il fitting (clinico e radiologico), la forma, i volumi, l'estetica, la fonetica, l'occlusione (Figg. 21a, b); infine venivano registrati nuovamente i rapporti occlusali con silicone (Fig. 22).



FIGG. 21a, b - Prova del prototipo per la valutazione dei vari parametri



FIG. 21b



FIG. 22 - Registrazione oclusale sul prototipo

Il passaggio finale, di laboratorio, ha portato alla costruzione di una travata in monoliti di zirconia su interfacce CAD-CAM; vista la buona rappresentazione dei tessuti molli si optava per una riabilitazione senza gengiva protesica (FP1) (Figg. 23a, b).



FIGG. 23a, b - Ponte definitivo monolitico su interfacce CAD-CAM



FIG. 23b

Al momento della consegna la protesi veniva avvitata manualmente e successivamente con cricchetto dinamometrico tarato a 20 Ncm; tutte le unità implantari manifestavano un ottimo fitting e la completa assenza di tensioni (Figg. 24a, b).



FIGG. 24a, b - Consegna della protesi definitiva e serraggio delle viti con cricchetto dinamometrico



FIG. 24b

La visione clinica (Fig. 25a, b) ed il successivo controllo radiologico (Fig. 26) mostravano risultati più che soddisfacenti sotto ogni profilo.



FIGG. 25a, b - Visione clinica dopo la consegna



FIG. 25b

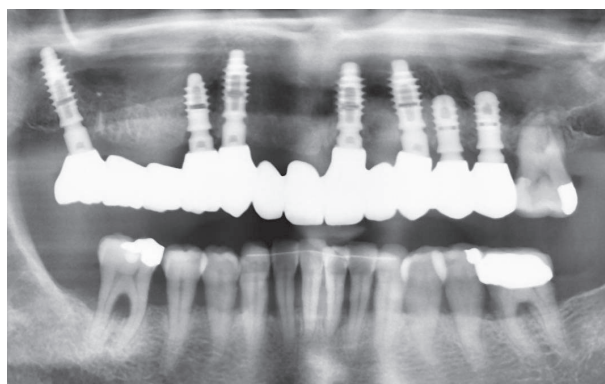


FIG. 26 - Controllo radiologico dopo la consegna. Si noti il perfetto fitting protesico e l'altissimo grado di mantenimento dei livelli ossei peri-implantari a 4 mesi dalla chirurgia e dal carico immediato

CONCLUSIONI

Il carico immediato multi-unit avvitato, seguendo percorsi digitali, appare una opzione terapeutica predicibile nei casi selezionati, relativamente alla qualità ed al volume osseo disponibile. I percorsi protesici ricalcano in parte i passaggi utilizzati nelle protesi avvitate multi-unit definitive, risultando complessivamente più semplici. Nei casi di posizionamento implantare post-estrattivo immediato è molto importante effettuare le scansioni di inizio trattamento da cui trarre, al momento della realizzazione della protesi provvisoria, preziosissime informazioni.

La chirurgia computer-guidata può essere un valido ausilio per un corretto posizionamento implantare protesicamente ed esteticamente guidato; garantisce inoltre, grazie all'approccio flapless, ove possibile, una guarigione molto più rapida con grande comfort per il paziente.

Una corretta pianificazione, associata ad una interfaccia efficace col laboratorio protesico digitale, consente la realizzazione della protesi provvisoria nell'arco di poche ore o di pochissimi giorni rispettando le regole biologiche che impongono la protesizzazione prima della fase critica, legata al calo della stabilità primaria nelle settimane seguenti al posizionamento implantare.

REALIZZAZIONI PROTESICHE

Laboratorio Microdental di Galli e Casavecchia - Perugia

CORSI DI IMPLANTO-PROTESI 2025

PER MEDICI, ODONTOIATRI E TECNICI

GIORNATA DI CHIRURGIA LIVE, APPLICAZIONI DIGITALI E PROTESI SU IMPIANTI

Relatori: Dott. L. Targetti, Dott. R. Meli, Odt. M. Pisa

17 MARZO 2025

FIRENZE

ISO Istituto Studi Odontoiatrici

PER ODONTOIATRI
E ODONTOTECNICI

CHIRURGIA GUIDATA NEL SISTEMA XCN®

Relatore: Dott. S. Belcastro

22 MARZO 2025

LANCIANO (CH)

Studio Odontoiatrico

Dott. Alessandro Di Nardo

PER ODONTOIATRI

GLI INSUCCESSI IMPLANTARI: CAUSE, PREVENZIONE E GESTIONE

Relatore: Dott. M. Guerra

22 MARZO 2025

CAMPOSANO (NA)

Odontomedica Center

PER ODONTOIATRI

CORSO DI APPROFONDIMENTO CLINICO-PRATICO CON IMPIANTI A CONNESSIONE CONOMETRICA

Relatore: Dott. M. Guerra

9-10 MAGGIO 2025

ROMA

Studio Odontoiatrico

Dott. Mario Guerra

PER ODONTOIATRI

GIORNATA DI CHIRURGIA LIVE, APPLICAZIONI DIGITALI E PROTESI SU IMPIANTI

Relatori: Dott. L. Targetti, Dott. R. Meli, Odt. M. Pisa

26 MAGGIO 2025

FIRENZE

ISO Istituto Studi Odontoiatrici

PER ODONTOIATRI
E ODONTOTECNICI

CORSO DI APPROFONDIMENTO CLINICO-PRATICO CON IMPIANTI A CONNESSIONE CONOMETRICA

Relatore: Dott. L. Targetti

16-17 GIUGNO 2025

FIRENZE

ISO Istituto Studi Odontoiatrici

PER ODONTOIATRI
E ODONTOTECNICI

SEGRETERIA ISO
leone.it/iso
iso@leone.it 055 304458

SEGUICI SU

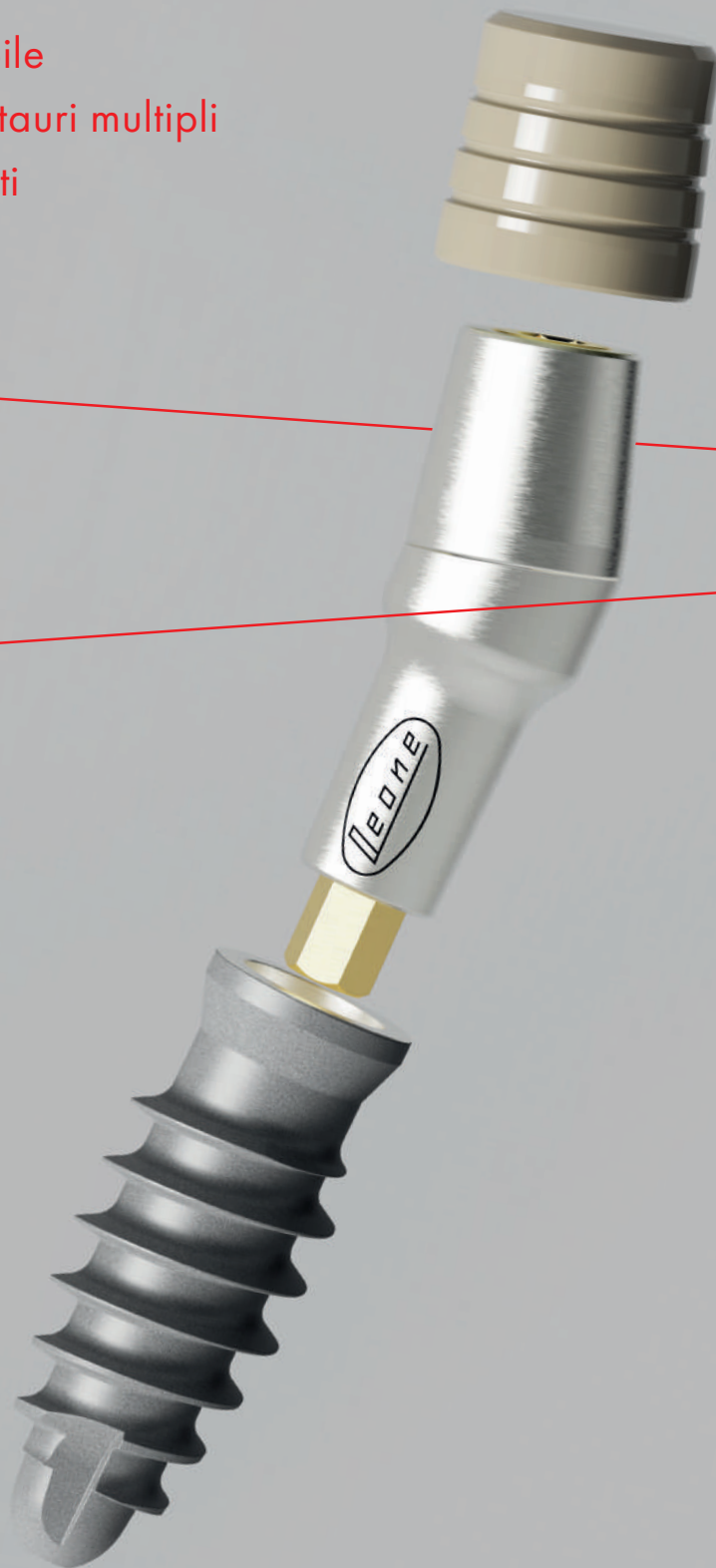


VISITA LA PAGINA
SUL NOSTRO SITO

Protesi conometrica

La soluzione flessibile
e affidabile per restauri multipli
senza cemento e viti

XCN[®]



LEONE S.p.a.
Via P. a Quaracchi 50
50019 Sesto Fiorentino
Firenze Italia

Ufficio Vendite Italia
tel. 055.3044600
italia@leone.it
leone.it

Leone[®]

RIABILITAZIONE IMPLANTOPROTESICA IN PAZIENTE EDENTULO MEDIANTE PROTESI OVERDENTURE CONOMETRICHE

Daniele Riccioni

Odontoiatra
Roma

Paolo Riccioni

Master odontotecnico
Roma

Marco Riccioni

Odontotecnico
Roma

PAROLE CHIAVE

edentulia totale, Cone Beam, overdenture conometrica, moncone MUA-Conic, cappetta Mobile, cappetta Light

INTRODUZIONE

L'allungamento della previsione di vita della popolazione attuale ha notevolmente condizionato le esigenze e le aspettative dei pazienti nei confronti delle protesi mobili convenzionali.

Grazie alla moderna implantologia è oggi possibile riabilitare i pazienti edentuli con protesi altamente stabili e performanti, con livelli estetici molto elevati; le soluzioni riabilitative in quest'ottica si dividono in due gruppi:

- 1) protesi fisse su impianti, removibili dal clinico (Toronto Bridge e circolare su impianti);
- 2) protesi removibili su impianti (overdenture), che il paziente può rimuovere autonomamente.

Prendendo in esame le protesi overdenture, le metodiche di ritenzione protesica agli impianti possono essere di vario tipo:

- attacchi di varie forme e dimensioni;
- barre di tipo "Dolder";
- barre fresate;
- metodiche con chiavistelli;
- ritenzione conometrica.

Il caso da noi illustrato in questo articolo presenta la riabilitazione totale superiore e inferiore di un paziente edentulo, con tre soli elementi residui, mediante due protesi overdenture conometriche, utilizzando impianti XCN® Leone in combinazione con cappette Mobile e cappette Light.

Inoltre presenta un metodo di cementazione extra-orale delle cappette conometriche nella protesi, da noi adottato e in fase di sperimentazione; la metodica consigliata dalla casa madre Leone per la realizzazione di protesi conometriche prevede invece il fissaggio delle cappette conometriche nel cavo orale per facilitare l'ottenimento della massima passività.

CASO CLINICO

Paziente maschio di anni 74, portatore di due protesi totali superiore e inferiore con ganci sugli elementi dentari residui 2.7, 3.3 e 3.4 (Fig. 1). Anamnesi: niente di rilevante, buona salute generale, non fumatore. Previa TC Cone Beam di entrambe le arcate si pianifica l'inserimento di quattro impianti inferiori e quattro superiori a supporto di due protesi overdenture conometriche e l'estrazione dei due elementi inferiori. L'elemento 2.7 verrà invece mantenuto dato che il paziente non vuole estrarlo e verrà quindi successivamente tagliato fino al livello della gengiva per permettere il corretto alloggiamento della protesi.

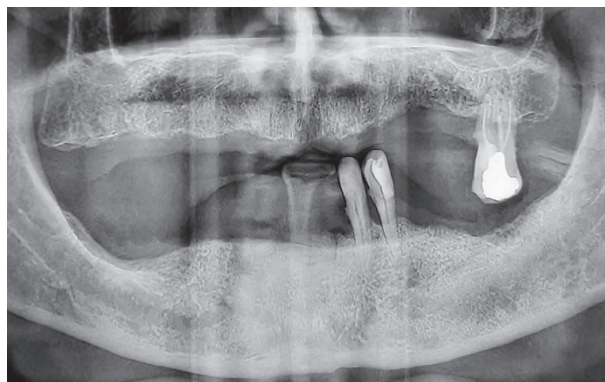
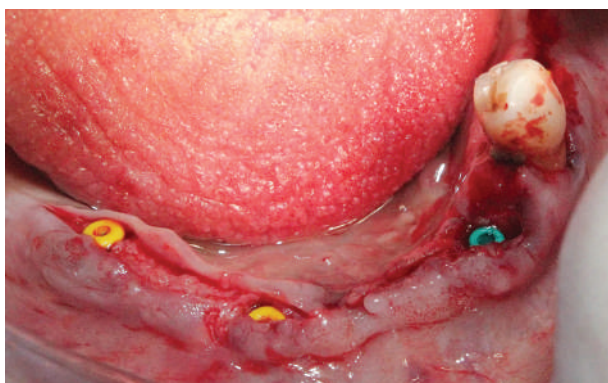


FIG. 1 - OPT iniziale

Nel mese di gennaio 2023 si inseriscono nell'arcata inferiore un impianto XCN® Classix 4.1x8mm, due impianti XCN® Classix 4.1x10mm e in zona 3.3 un impianto XCN® MaxStability 3.75x10mm come post-estrattivo immediato (Figg. 2, 3). Si opta per una guarigione sommersa delle fixtures (Fig. 4). L'elemento 3.4 viene inizialmente mantenuto per supportare la protesi preesistente con funzione di provvisorio. L'intervento viene eseguito in collaborazione con il Dott. Sergio Di Massimo.



FIGG. 2, 3 - Impianti inferiori posizionati pari cresta ossea con tappi di chiusura

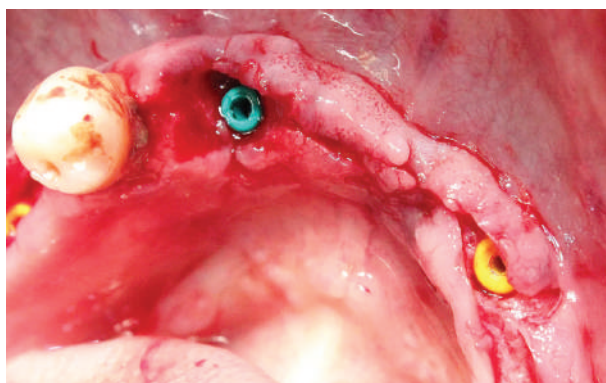


FIG. 3

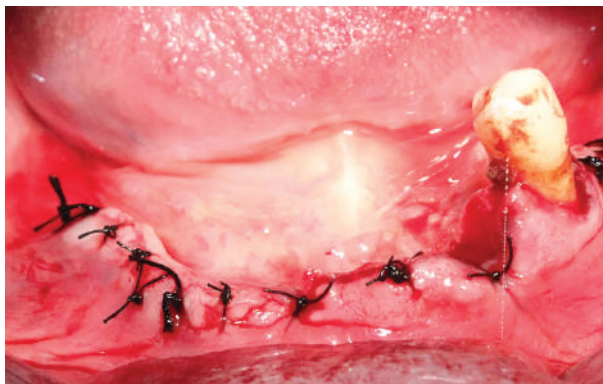


FIG. 4 - Sutura a punti staccati

Dopo due mesi si inseriscono gli impianti nell'arcata superiore (Fig. 5): un impianto XCN® Classix 4.1x10mm e tre impianti XCN® Classix 3.3x10mm. Si decide per una guarigione sommersa delle fixtures per permettere al paziente di portare la protesi preesistente come provvisorio (Fig. 6).



FIG. 5 - Situazione clinica iniziale arcata superiore



FIG. 6 - Sutura a punti staccati dopo inserimento di quattro impianti pari cresta ossea con tappi di chiusura

Dopo quattro mesi si rilevano le impronte preliminari in silicone; i modelli sviluppati servono per la scelta dei MUA più indicati, l'orientamento e il fissaggio degli esagoni 360° dei MUA angolati (Figg. 7-9).



FIG. 7 - Modelli dopo impronte preliminari

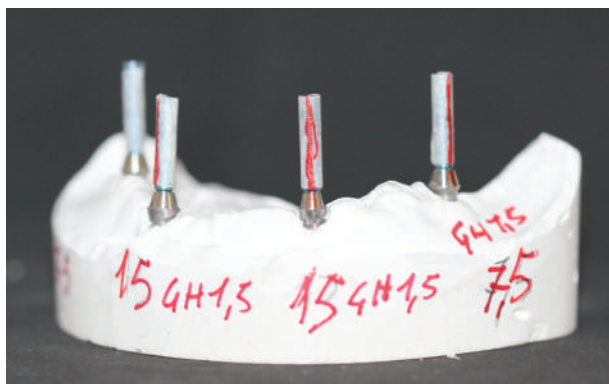


FIG. 8 - Modello inferiore e MUA parallelizzati

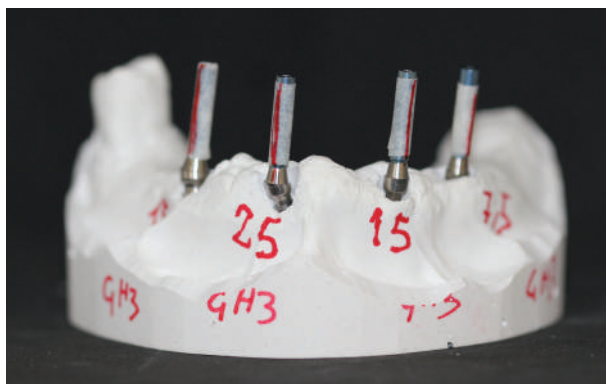


FIG. 9 - Modello superiore e MUA parallelizzati

Posizionati i MUA sui modelli, si confezionano due chiavi in resina con l'ausilio di transfer e viti Pick-Up (Figg. 10, 11) e due cucchiaini individuali (Figg. 12, 13) per rilevare delle impronte di precisione senza distorsioni dopo l'attivazione definitiva dei MUA negli impianti (Figg. 14-17).

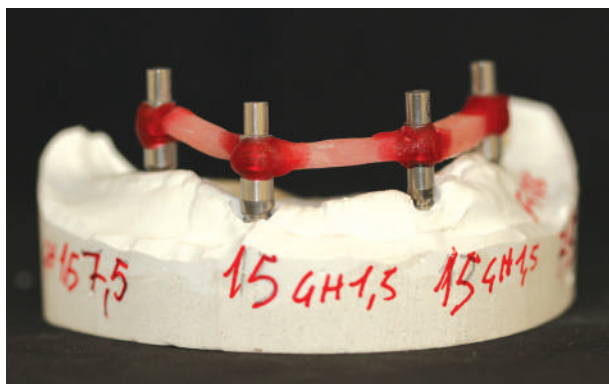


FIG. 10 - Modello inferiore con chiave in resina, transfer e vite Pick-Up

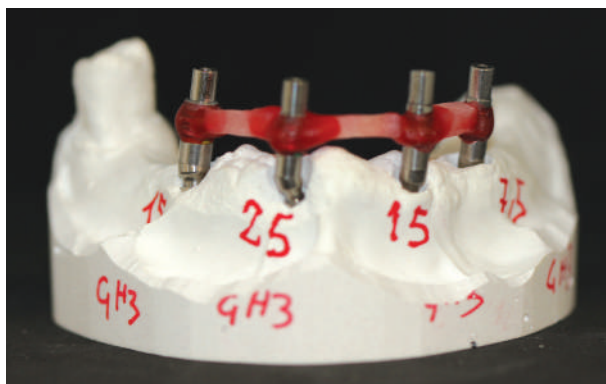


FIG. 11 - Modello superiore con chiave in resina, transfer e vite Pick-Up



FIG. 12 - Cucchiaino individuale per l'arcata inferiore



FIG. 13 - Cucchiaino individuale per l'arcata superiore



FIG. 14 - MUA posizionati negli impianti nell'arcata inferiore



FIG. 15 - MUA posizionati negli impianti nell'arcata superiore



FIG. 16 - Chiave in resina, transfer e viti Pick-Up fissati sui MUA per il rilevamento di un'impronta di precisione con il cucchiaio individuale

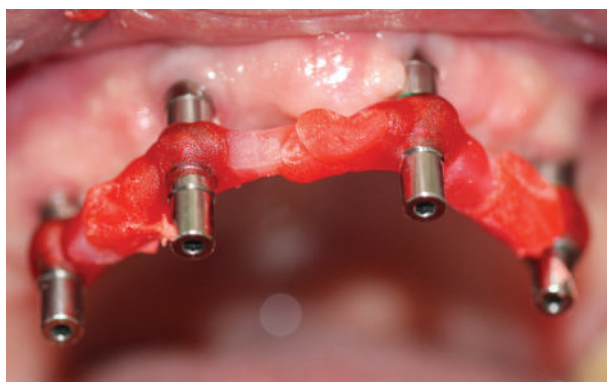


FIG. 17

Per eseguire il lavoro protesico si realizzano due modelli master con gli analoghi-moncone MUA su cui si avviano gli adattatori Conic. Per gli impianti con connessione protesica 3.0 si prevedono cappette Light, mentre per quelli con connessione protesica 2.2 si utilizzano cappette Mobile (Figg. 18, 19).

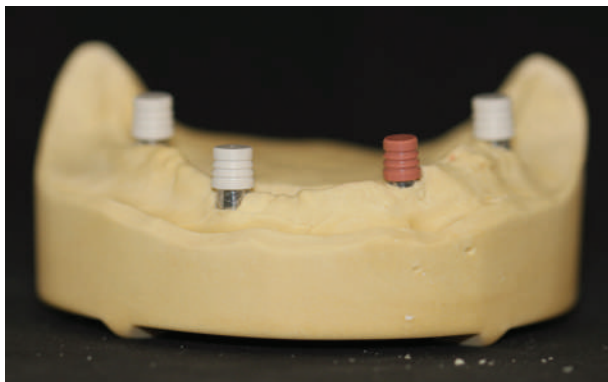


FIG. 18 - Modello master inferiore con analoghi-moncone MUA, adattatori Conic e cappette conometriche in PEEK

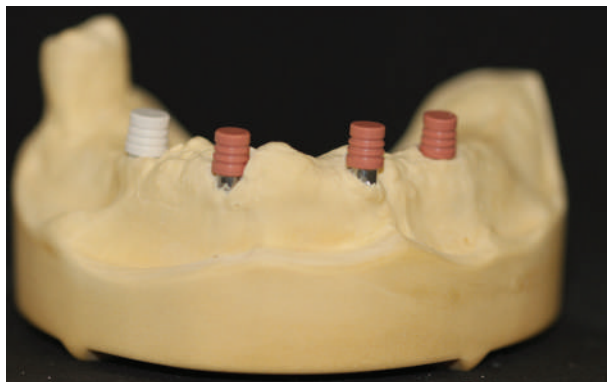


FIG. 19 - Modello master superiore con analoghi-moncone MUA, adattatori Conic e cappette conometriche in PEEK

Si provvede allo scarico e alla duplicazione del modello master in rivestimento refrattario (Figg. 20, 21) per realizzare due barre scheletriche di rinforzo con alloggiamenti per le cappette (Figg. 22, 23).



FIG. 20 - Scarico e duplicazione del modello master inferiore in rivestimento refrattario



FIG. 21 - Scarico e duplicazione del modello master superiore in rivestimento refrattario



FIG. 22 - Barra scheletrica di rinforzo



FIG. 23 - Barra scheletrica di rinforzo con le cappette conometriche negli alloggiamenti

Le due barre servono anche come base per la rilevazione della dimensione verticale di occlusione (DVO). Rilevata la DVO, si procede al montaggio dei denti e alle varie prove. Giunti a una condizione soddisfacente, si finalizza il lavoro (Figg. 24-28). Si fissano le cappette conometriche in PEEK negli alloggiamenti specifici in laboratorio, prima della finalizzazione del caso.



FIGG. 24-27 - Overdentine conometrica inferiore e superiore



FIG. 25



FIG. 26



FIG. 27



FIG. 28 - Overdentine conometriche montate nell'articolatore

Il lavoro viene consegnato in studio: si procede all'avvitamento degli adattatori Conic sui monconi MUA e all'inserimento delle due protesi overdenture (Figg. 29-34). Nella seduta di consegna del lavoro si rileva un forte riassorbimento osseo a carico dell'impianto più distale del quarto quadrante, causato verosimilmente da un sovraccarico eccessivo da parte delle vecchie protesi removibili ribasate che il paziente ha indossato durante tutto il periodo di guarigione e di realizzazione del lavoro definitivo. Dal momento che la stabilità e la tenuta della protesi inferiore è ottima anche sui tre impianti rimasti, d'accordo con il paziente, si decide di non reinserire l'impianto che è andato perso.

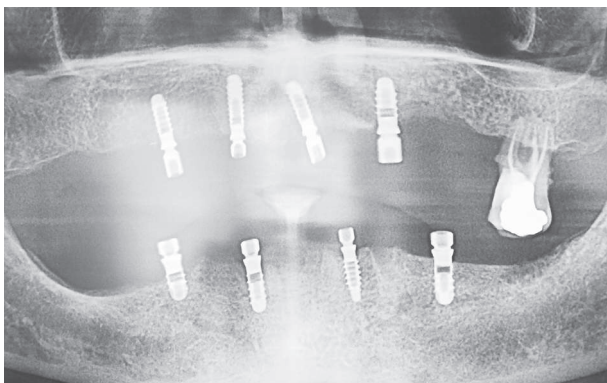


FIG. 29 - OPT prima della consegna delle protesi overdenture



FIGG. 30-32 - Overdenture in situ



FIG. 31



FIG. 32



FIGG. 33, 34 - Sorriso del paziente



FIG. 34

In data novembre 2024, a più di un anno di distanza, la situazione si dimostra stabile, le mucose intorno agli impianti risultano in buone condizioni, non si rilevano sondaggi anomali né zone di sanguinamento (Figg. 35-38). Le due protesi godono di ottima stabilità ed equilibrio occlusale con grande soddisfazione da parte del paziente.



FIGG. 35-38 - Controllo clinico a distanza di un anno



FIG. 36



FIG. 37



FIG. 38

CONCLUSIONI

Il metodo adottato di cementazione extra-orale delle cappette, alla luce del caso clinico illustrato, si è rivelato efficace e sembra dare buoni risultati. La tecnica è sicuramente migliorabile, ma può essere considerata una valida alternativa alla tecnica consigliata dalla casa madre Leone, dove si prevede il fissaggio delle cappette alla protesi nel cavo orale del paziente.

La perdita di un impianto ha rappresentato una complicanza certamente non voluta, che si sarebbe potuta evitare con una maggiore esperienza a livello implantare: il clinico aveva effettuato in precedenza solamente impianti per edentulie singole. Gli impianti Leone si dimostrano efficaci anche in mani meno esperte, dando ottimi risultati in ambito di integrazione, rispetto e guarigione dei tessuti perimplantari. La componentistica protesica assai diversificata permette un'ampia libertà di scelta di soluzioni protesiche.

DOMANDE FREQUENTI: 3DLEONE RISPONDE

PAROLE CHIAVE:

3DLeone Risponde, impianto 4.8 (connessione rossa), impronta ottica, CAD-CAM, Scan Post, moncone Ti-Base

Cliente - clinico

Salve,

un mio paziente ha in bocca un impianto 4.8 codice 110-4810-02 con connessione rossa che attualmente non vedo più a catalogo. Come posso protesizzarlo seguendo un flusso di lavoro digitale partendo da un'impronta con scanner intraorale?

Reparto **3dLeone**

Buongiorno,

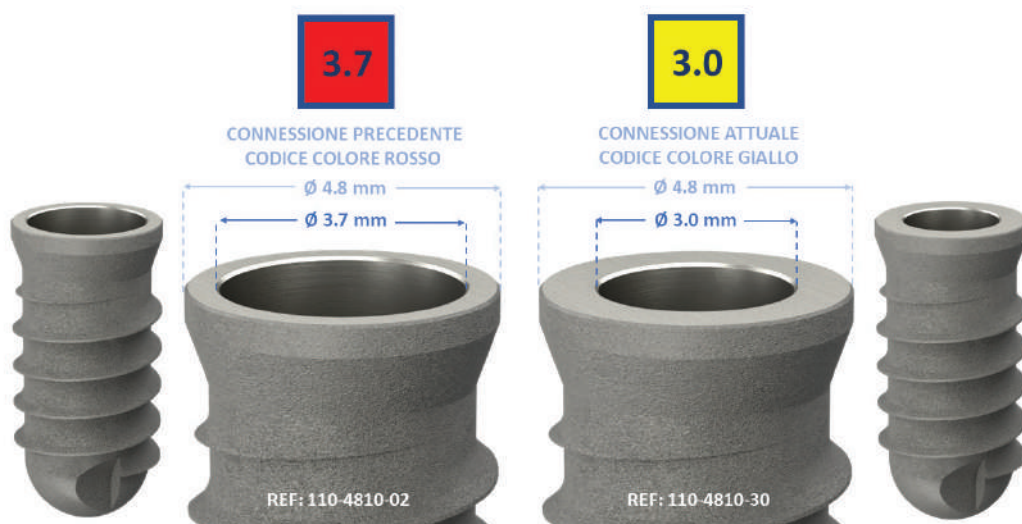
la informo che il codice che lei ha riportato **REF. 110-4810-02** fa riferimento all'impianto Ø 4,8 con connessione rossa che non è più in produzione dal 2019.

La connessione con Morse femmina degli impianti Leone® prima del 2019 presentava tre diametri differenti:

- la connessione di diametro **2.2 mm** (codice colore verde),
- la connessione di diametro **3.0 mm** (codice colore giallo),
- la connessione di diametro **3.7 mm** (codice colore rosso).

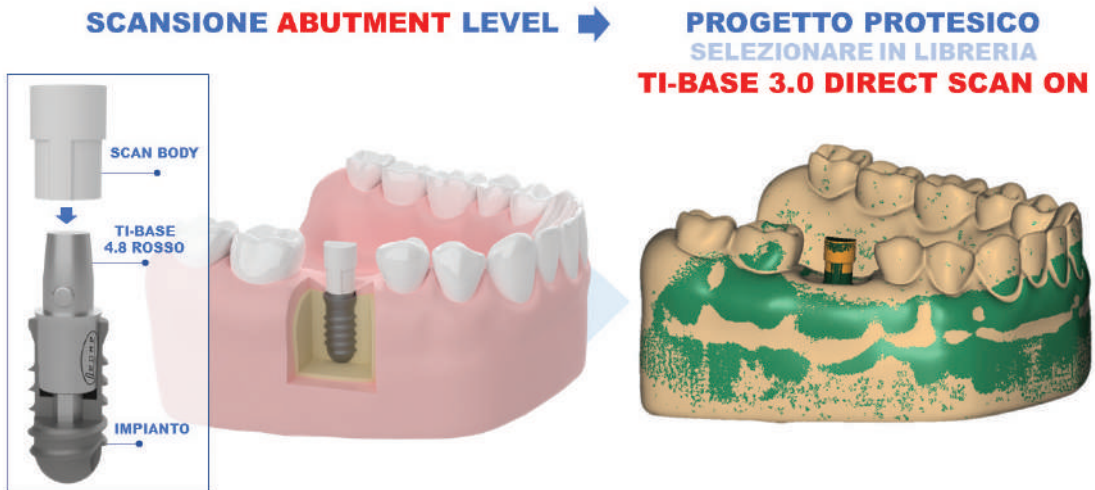
In seguito, per semplicità operativa sia clinica che protesica, la linea implantare Leone® si è evoluta in un sistema a **due connessioni** con Morse interne, quella di diametro 2.2 mm (codice colore verde) e quella di diametro 3.0 mm (codice colore giallo).

Oggi, l'impianto Ø 4.8 (che prima aveva una connessione interna di diametro 3.7 mm) presenta una connessione di diametro 3.0 mm e di conseguenza la componentistica protesica da utilizzare è quella con connessione Ø 3.0 (codice colore giallo).



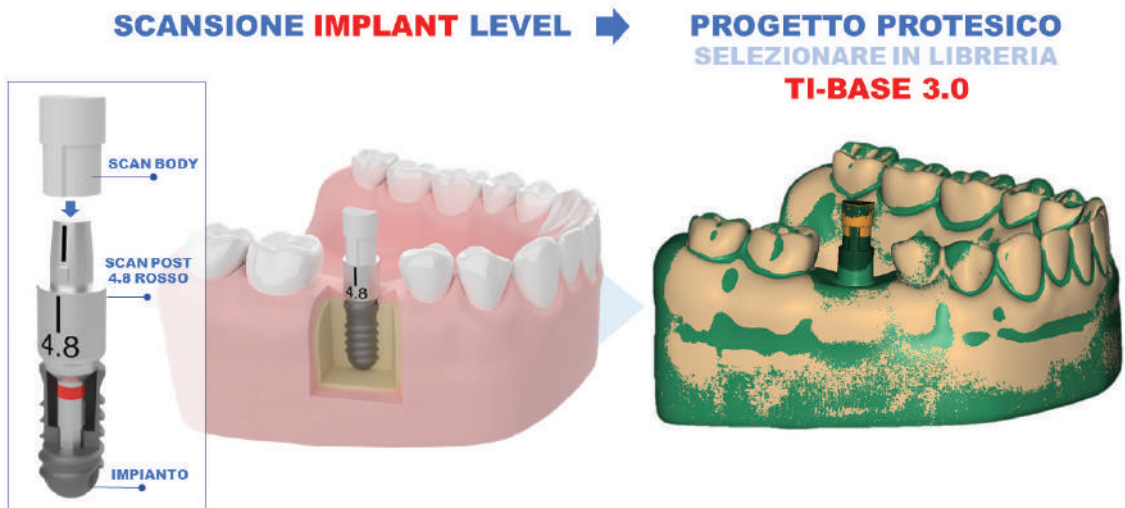
La Leone® conserva in magazzino, per la gestione di questi casi, tutta la componentistica protesica sia digitale che analogica per impianti Ø 4.8 con connessione rossa ed è disponibile per la vendita ai nostri clienti.

Quindi, in presenza di un impianto Ø 4.8 con connessione rossa **REF. 110-4810-02** per realizzare una corona singola è possibile seguire due strade: scansione intraorale **Abutment o Implant level**.



Per la scansione Abutment level si dovrà richiedere direttamente alla Leone® un moncone Ti-Base Ø 4.8 con connessione rossa **REF. 121-4805-51**. Una volta attivato il Ti-Base nell'impianto e posizionato lo ScanBody (Inclined Plane o Pyramid) sulla testa del moncone effettuare una scansione abutment level.

Nelle **attuali librerie CAD Leone** per disegnare la parte personalizzata e/o la corona selezionare **"Ti-Base 3.0 Direct ScanOn"** e la tipologia di ScanBody (Inclined Plane o Pyramid).



Per la scansione Implant level si dovrà richiedere direttamente alla Leone® uno ScanPost 4.8 per connessione rossa **REF. 141-4813-35** Inclined Plane oppure **REF. 141-4813-51** Pyramid. Una volta inserito lo ScanPost nell'impianto effettuare la scansione implant level. Nelle **attuali librerie CAD Leone®** per disegnare la parte personalizzata e/o la corona selezionare **"Ti-Base 3.0"** e la tipologia di ScanBody (Inclined Plane o Pyramid). Una volta realizzata la protesi, utilizzare nell'impianto il Ti-Base Ø 4.8 con connessione rossa **REF. 121-4805-51**.

ALLEO®

SIMPLY START!

Fai crescere il tuo studio e completa il ventaglio di soluzioni a tua disposizione per migliorare il sorriso dei pazienti introducendo gli **allineatori ortodontici ALLEO** nella tua pratica quotidiana.

Semplice, chiaro ed efficace: SIMPLY START! è il **pacchetto completo** che ti prepara e ti supporta nella selezione dei casi idonei e nella gestione dei tuoi trattamenti ALLEO.

Pacchetto SIMPLY START!

1.880€



PER MAGGIORI
INFORMAZIONI



Formazione

Una giornata di formazione full immersion con il Dr. Massimiliano Ciaravolo sulla tecnica con allineatori. Pernottamento e cena la notte precedente al corso inclusi.



Consulenza one-to-one

Due sessioni private da remoto di 20 minuti con il Dott. Ciaravolo per un supporto pratico e un confronto sui trattamenti.



Assistenza

Assistenza digitale del Customer Care per il supporto in piattaforma. Linea diretta con gli odontotecnici che hanno progettato i piani di trattamento.



Prezzi riservati

I° caso ALLEO	Gratuito
II° caso ALLEO	- 50%
Per tutto il 2025	- 20%

Manipolo stripping Intensiv	- 30%
-----------------------------	--------------



Welcome Kit

- Tre Impression Box ALLEO per creare le impronte
- Brochure, poster e video per la sala d'aspetto
- Inserimento dei tuoi contatti sul sito ALLEO per i pazienti



ALLEO Open Day

Supporto organizzativo per una giornata nel tuo studio dedicata allo screening ortodontico dei tuoi pazienti per trattamenti con gli allineatori ALLEO.

PROTESI FULL-ARCH CONOMETRICA CON CHIRURGIA GUIDATA ASSOCIATA ALLA TECNICA WELD

Giordano Del Pidio

Odontoiatra
Genzano di Roma (RM)

PAROLE CHIAVE

edentulia totale superiore, pianificazione 3D, implantologia protesicamente guidata, modello prototipato, chirurgia guidata, tecnica flapless, fresa Zero1, impianto Max Stability, carico immediato, protesi conometrica, moncone MUA-Conic, cappetta Weld, sincristallizzatrice endorale

INTRODUZIONE

Nel panorama in continua evoluzione dell'odontoiatria moderna, l'adozione della chirurgia guidata e delle tecnologie avanzate sta rivoluzionando il trattamento delle edentulie. Uno degli sviluppi più interessanti in questo settore è l'uso delle protesi a connessione conometrica su impianti inseriti tramite chirurgia guidata. Se a questo aggiungiamo la realizzazione di una struttura in titanio mediante tecnica di saldatura intraorale, otteniamo un manufatto estremamente stabile che solidarizzerà saldamente gli impianti durante le prime fasi dell'osteointegrazione.

Queste tecniche, che combinano precisione chirurgica e soluzioni protesiche innovative, sono in grado di garantire risultati clinici eccellenti, riducendo i tempi di trattamento e la morbilità, aumentando notevolmente la soddisfazione del paziente.

CASO CLINICO

Anamnesi

Paziente donna di 74 anni, portatrice di protesi totale mobile realizzata in seguito all'estrazione di un bloccaggio storico oro-resina. Trascorsi 4 mesi dalle estrazioni, nella CBCT si evidenziano quote ossee non uniformi e soprattutto assenza di altezza adeguata in sede 1.6 e 2.6 (Fig. 1), mentre clinicamente si apprezzano abbondanti quantità di mucosa cheratinizzata.

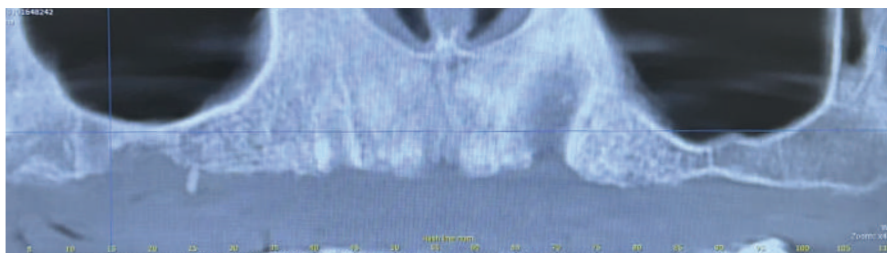


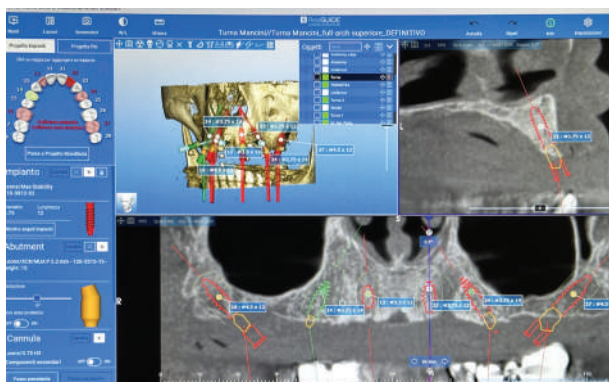
FIG. 1 - Panorex preoperatoria

Piano di trattamento

La necessità di inserire impianti evitando interventi chirurgici invasivi, come potrebbe essere il grande rialzo di seno mascellare, ci fa optare per una chirurgia guidata per l'inserimento di impianti Leone Max Stability, andando a sfruttare nel miglior modo possibile l'osso che abbiamo a disposizione; su questi verrà poi realizzato un carico immediato mediante un provvisorio in PMMA su struttura in titanio.

Pianificazione

La prima fase operativa prevede un'accurata pianificazione del caso. La protesi mobile viene ribasata con tecnica diretta e dopo l'applicazione di reperi radiopachi la paziente effettua un esame Cone Beam indossando la protesi. Si esegue anche la scansione della protesi per ottenere un file STL. Si caricano i file Dicom e STL sul software dove vengono uniti in modo da poter pianificare la posizione degli impianti in maniera protesicamente guidata. In questo caso ho utilizzato RealGuide® 3Diemme (Figg. 2, 3), affidandomi alla ventennale esperienza dell'Odt. Bruno Scarfò per la realizzazione della guida chirurgica.



FIGG. 2, 3 - Pianificazione con il software RealGuide®

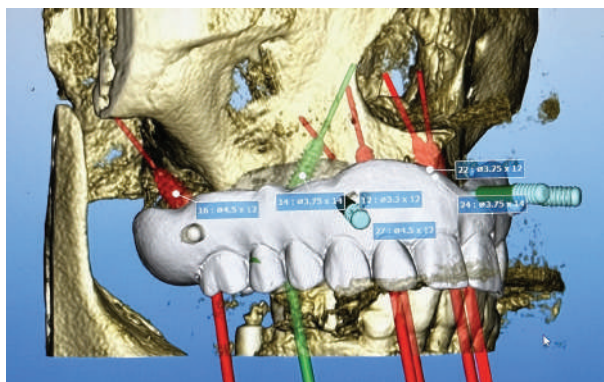


FIG. 3

Finita la fase di pianificazione, il laboratorio ci fornisce anche un modello digitale che permette di scegliere i monconi MUA più idonei prima della chirurgia e di sagomare la barra che verrà utilizzata per il carico immediato, risparmiando così molto tempo durante la fase chirurgica (Figg. 4, 5).

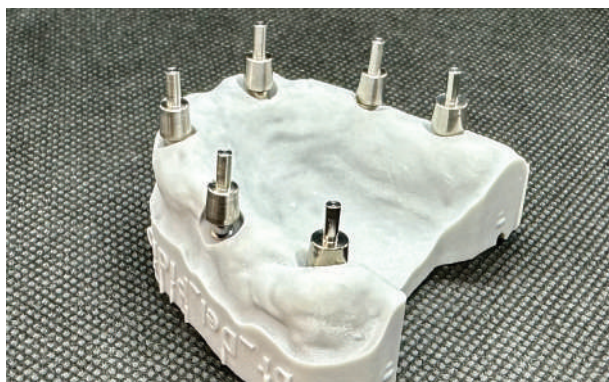


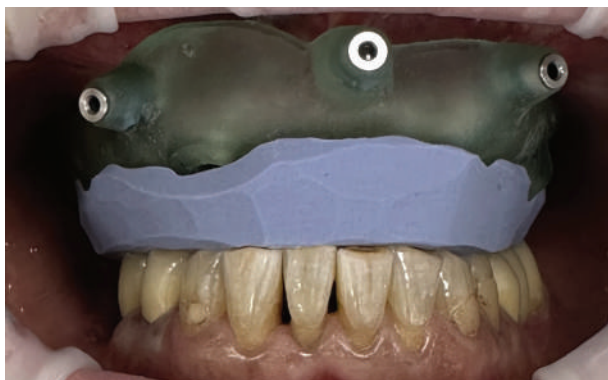
FIG. 4 - Monconi MUA-Conic e cappette Weld posizionati sul modello digitale



FIG. 5 - Modellazione extraorale del filo in titanio sul modello digitale prima dell'intervento chirurgico

Intervento chirurgico

La prima fase con il paziente in poltrona consiste nel verificare il perfetto adattamento della guida chirurgica sulle mucose e con l'arcata antagonista mediante l'utilizzo di un check occlusale (Figg. 6, 7); solo dopo questo passaggio si anestetizza l'area da trattare, avendo cura di non imbibire i tessuti molli nell'area dove poggia la guida.



FIGG. 6, 7 - Prova del fitting della guida chirurgica

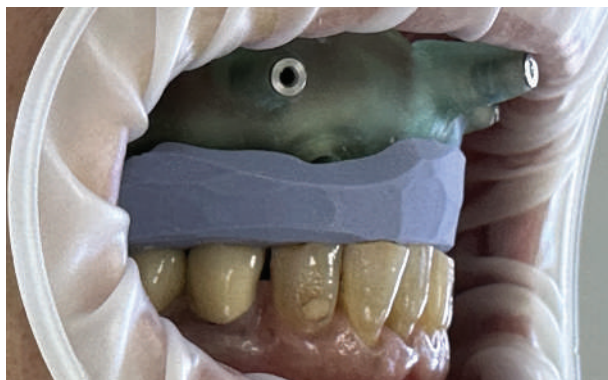


FIG. 7

Tenendo appoggiata la guida chirurgica si eseguono le mucotomie (Fig. 8) e dopo aver rimosso i tasselli di gengiva (Fig. 9) si fissa la guida con gli ancor pin con l'ausilio del check occlusale (Fig. 10).



FIG. 8 - Mucotomie effettuate tramite la guida chirurgica



FIG. 9 - Mucotomie ultimate



FIG. 10 - Guida chirurgica fissata con gli ancor pin

A questo punto inizia la procedura di preparazione dei siti implantari in chirurgia guidata, seguendo scrupolosamente il report di fresaggio che ci è stato consegnato dal tecnico che ha realizzato la guida chirurgica (Fig. 11-13).



FIG. 11 - Siti implantari preparati in chirurgia guidata



FIG. 12 - Cambio del carrier su apposito blocchetto

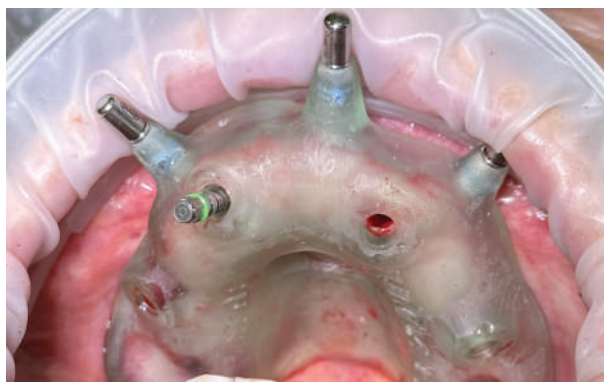


FIG. 13 - Impianti posizionati

Carico immediato conometrico con tecnica weld

Terminato l'inserimento degli impianti, vengono posizionati i monconi MUA scelti in fase di pianificazione (Fig. 14) e su questi si avvitano gli adattatori Conic, avendo cura di serrare a 20 Ncm mediante il cricchetto dedicato (Fig. 15).

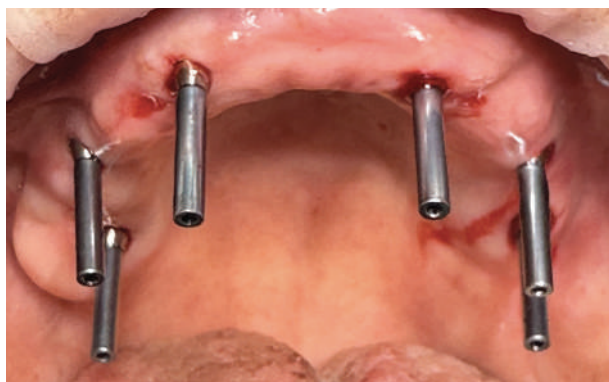


FIG. 14 - Posizionamento monconi MUA scelti in fasi di pianificazione



FIG. 15 - Adattatori Conic fissati sui MUA

Completato il serraggio di tutti gli adattatori Conic, si attivano le cappette da saldatura sui monconi con un colpo di percussione e si accoppia la barra in titanio che è già stata sagomata in fase di pianificazione. Terminata la procedura di saldatura intraorale (Figg. 16, 17), la struttura viene rimossa per essere rifinita in laboratorio.



FIG. 16 - Cappette Weld attivate sui monconi MUA-Conic



FIG. 17 - Struttura grezza appena saldata

Dopo aver posizionato e attivato in bocca la struttura rifinita (Fig. 18), inizia l'ultima fase della procedura che consiste nella ribasatura del provvisorio. Il provvisorio in PMMA ha dimensioni adatte per accogliere agevolmente la struttura appena realizzata al suo interno (Fig. 19). Dopo la ribasatura (Fig. 20) il provvisorio viene modificato e rastremato per avere una migliore resa estetica (Fig. 21).



FIG. 18 - Struttura rifinita



FIG. 19 - Provvisorio in PMMA prima della ribasatura



FIG. 20 - Ribasatura del provvisorio



FIG. 21 - Provvisorio in PMMA ultimato

Infine si posiziona il provvisorio rifinito e lucidato nel cavo orale e si attiva la connessione conometrica mediante l'utilizzo del percussore Leone con punta in PEEK; dopo un ultimo controllo dell'occlusione la paziente viene congedata (Figg. 22-24).



FIG. 22 - Provvvisorio in PMMA attivato sui monconi MUA-Conic



FIG. 23 - Il sorriso della paziente

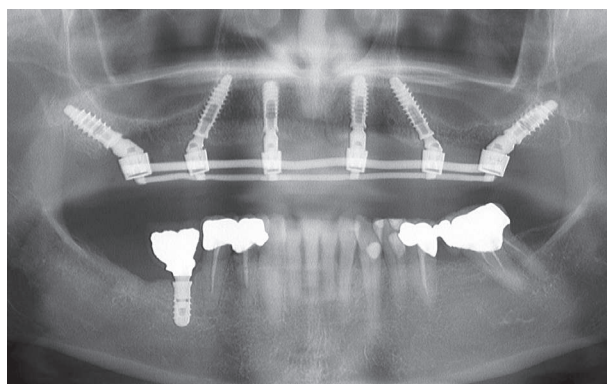


FIG. 24 - Ortopanoramica a 3 mesi dal carico

CONCLUSIONI

La chirurgia guidata, com'è noto ormai da tempo, migliora notevolmente l'atto chirurgico, consentendo al clinico una precisione non raggiungibile a mano libera e una maggior tranquillità durante l'intervento; al tempo stesso riduce pressoché a zero il disagio post-operatorio del paziente grazie all'approccio flapless.

La scelta di ricorrere alla saldatura intraorale è dettata dalla volontà di ottenere una struttura metallica estremamente stabile che colleghi gli impianti facilitandone l'osteointegrazione. Inoltre il provvisorio così ottenuto può essere mantenuto per molti mesi senza avere il rischio di fratture.

GUIDA CHIRURGICA

Laboratorio odontotecnico Bruno Scarfò - Roma

REALIZZAZIONI PROTESICHE

Laboratorio odontotecnico Davide Brillante - Villanova (RM)

DISPONIBILI ON LINE I COLLEGAMENTI CON GLI ABSTRACT DELLE PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE

**FOLLOW-UP A 10 ANNI DI CINQUE IMPIANTI A CARICO IMMEDIATO POSIZIONATI
CON CHIRURGIA PROTESICAMENTE GUIDATA**

Russo N, Coppola G, Montisci D, Turrini R

[Italian Dental Journal 2024; XIX\(8\):31](#)

FOLLOW-UP A 14 ANNI DI UNO SPLIT CREST COMPLESSO NELL'ARCATA INFERIORE

Targetti L

[Italian Dental Journal 2024; XIX\(5\):24](#)

RIABILITAZIONE IMPLANTOPROTESICA CONOMETRICA FISSA E RIMOVIBILE NELLO STESSO PAZIENTE

Orsini F, Esquiaga H

[Italian Dental Journal 2024; XIX\(1\):23](#)

**MECHANICAL RESISTANCE OF A 2.9-MM-DIAMETER DENTAL IMPLANT WITH A MORSE-TAPER
IMPLANT-ABUTMENT CONNECTION**

Alberti A, Corbella S, Francetti L

[J Oral Implantol 2023; 49\(3\):323-329](#)

**SURGICAL AND PROSTHETIC MANAGEMENT OF AN INVASIVE RADICULAR CYST.
TEN YEAR FOLLOW-UP CLINICAL CASE**

Guerra D, D'Amario M, Lupi E, Todero MA, Capogreco M

[Dental Cadmos 2023; 91\(4\):328-339](#)

REALIZZAZIONE DI UNA CORONA SINGOLA CON FLUSSO DI LAVORO INTERAMENTE DIGITALE

Natali A, Belcastro S

[Italian Dental Journal 2023; XVIII\(8\):33](#)

RIABILITAZIONE DI MASCELLARE ATROFICO CON BARRA SU IMPIANTI NARROW

Azzola F, Barbaro BF, Corbella S

[Italian Dental Journal 2023; XVIII\(5\):26](#)

REVERSIBILITÀ DI UNA PROTESI ELETTRISALDATA AVVITATA A UNA PROTESI CONOMETRICA

Stella U

[Italian Dental Journal 2023; XVIII\(1\):31](#)

**LA STAMPA 3D NELLA PREPARAZIONE CHIRURGICA DEI CASI COMPLESSI:
RISOLUZIONE DI LESIONI PERIAPICALI GRANULOMATOSE E CISTICHE**

Palazzo L, Guerra D, Frezzato I, Frezzato A, Russo N, Rossi C

[Dental Cadmos 2022; 90\(8\):612-632](#)

RIABILITAZIONE ALL-ON-FOUR CON IMPIANTI A CONNESSIONE CONOMETRICA: CASO CLINICO

Turrini R

[Italian Dental Journal 2022; XVII\(5\):28](#)

RIABILITAZIONE DI ARCATA SUPERIORE CON TORONTO A CARICO IMMEDIATO

Dell'Innocenti F

[Italian Dental Journal 2022; XVII\(1\):26](#)

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

Dell'Innocenti F

[Implant Tribune Italian Edition 2022; XI\(1\):1,6-7](#)

L'ELENCO COMPLETO È CONSULTABILE SUL NOSTRO SITO
LEONE.IT/SERVIZI/PUBBLICAZIONI-SCIENTIFICHE-IMPLANTOLOGIA.PHP



PROGETTO SENZARUSSARE

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

Tutta la comunicazione è incentrata sui **benefici del dormire "SENZA RUSSARE"** ed è trasmessa attraverso il sito www.senzarussare.it.

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

SENZA RUSSARE

PERCHÉ DIVENTARE MEDICO ACCREDITATO SENZARUSSARE?

PROMOZIONE E DIVULGAZIONE



SENZARUSSARE.IT

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



FACEBOOK ED INSTAGRAM

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



DEPLIANT DEDICATO AL PAZIENTE

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



TOTEM PER STUDIO

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

SUPPORTO TECNICO e DIAGNOSTICO



STRUMENTI E SERVIZI DIAGNOSTICI

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



MAD LAB

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

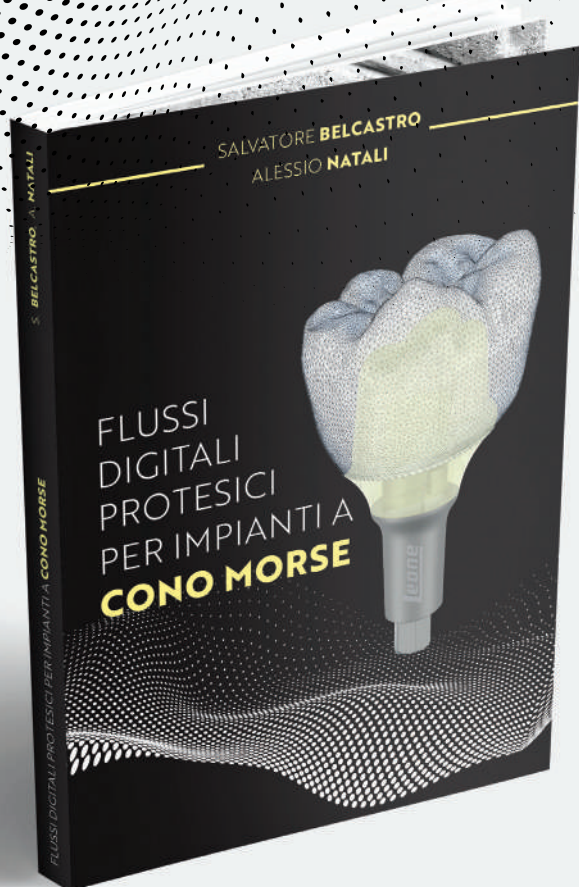
VUOI DIVENTARE UN MEDICO ACCREDITATO SENZARUSSARE?

Partecipa al Corso di Approfondimento diretto dal Dott. Daniel Celli oppure per ulteriori informazioni contatta il nostro Ufficio Marketing: clienti@leone.it

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

DISPONIBILE IL NUOVO MANUALE

FLUSSI DIGITALI PROTESICI PER IMPIANTI A CONO MORSE



SALVATORE
BELCASTRO
Odontoiatra
Titolare Studio
Dentistico Belcastro
Perugia



ALESSIO
NATALI
Odontoiatra
Perugia

Richiedi la tua copia
gratuita: inquadra il
codice QR a fianco
o chiama il **055 304458**



Seguici su   

www.leone.it

LEONE s.p.a. Ortodonzia e Implantologia

Via P. a Quaracchi 50 | 50019 Sesto Fiorentino | Firenze | Italia | tel. 055.304401 | fax 055.374808 | info@leone.it