

11.2014-ANNO 11-N.19

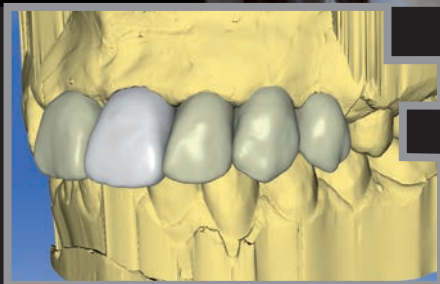
EXACONE News



IL BOLLETTINO DEL SISTEMA IMPLANTARE LEONE



Per gentile concessione del Dott.ri
M. Russo, R. Turri, M. Pisa



L'efficienza della semplicità

sistema implantare

EXACONE



L'IMPIANTO SENZA VITE



platform switching

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

connessione EXACONE

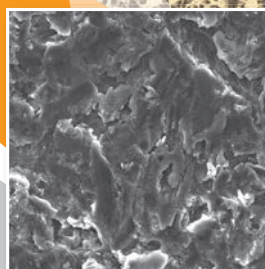
Il sistema di connessione EXACONE, grazie alla proprietà autobloccante del cono Morse e alla presenza dell'esagono interno, garantisce:

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



superficie HRS

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



Orgogliosi del nostro passato e ottimisti nel nostro futuro

Siamo quasi alla fine di questo 2014, anno che per noi ha voluto dire celebrare l'importante ricorrenza degli ottanta anni della Leone.

Vorrei iniziare quindi a ringraziare tutti voi che ci avete seguito in questo anno e avete festeggiato con noi questo traguardo.

Nel corso dei mesi abbiamo organizzato molti eventi sia di ortodonzia che di implantologia e per noi è stato di immensa soddisfazione il rilevare in quanti avete aderito alle nostre iniziative.

I corsi del mercoledì, "i Mercoledì da Leone", hanno portato qui da noi oltre 500 persone fra medici e tecnici tanto che abbiamo deciso di estendere questa iniziativa anche al prossimo anno con nuove date e nuovi argomenti.

In ortodonzia abbiamo ospitato in questo mese di ottobre un corso di rilevanza internazionale con i Dottori James A. McNamara e David M. Sarver che ha visto la partecipazione di oltre 250 corsisti e che ha anticipato il Congresso della Sido, tenutosi a Firenze, e che è culminato con la bella President's Reception durante la quale la Leone è stata ampiamente festeggiata.

In occasione del corso abbiamo ricevuto anche la visita del sindaco di Sesto Fiorentino, Sara Biagiotti, che ha accolto il nostro invito e alla quale abbiamo avuto l'opportunità di mostrare la nostra realtà: ne è rimasta entusiasta e speriamo che la collaborazione fra imprese e istituzioni in futuro possa essere sempre più stretta così da consentire una maggiore sinergia.

Questo numero dell'Exacone News esce proprio in occasione del nostro IX Congresso Exacone che ha visto una adesione eccezionalmente elevata! Oltre 250 iscrizioni ad una giornata i cui argomenti sono stati scelti da voi tramite il nostro sondaggio dei mesi scorsi.

Per noi è davvero una grande soddisfazione incontrare il vostro entusiasmo e siamo certi che anche nei prossimi anni riusciremo sempre a organizzare eventi che susciteranno l'interesse, la curiosità e il consenso di tutti voi.

Orgogliosi del nostro passato e ottimisti nel nostro futuro, ci accingiamo ad affrontare i prossimi 80 anni!



Elena Pozzi

Sig. Massimiliano Pisa, Dott. Nazario Russo, Dott. Giacomo Coppola,
Dott. Davide Montisci, Dott. Renato Turrini, Dott. Marco Sambiagio

Implantologia guidata dalla pianificazione protesica: predicibilità ed efficacia della chirurgia guidata in un caso di carico immediato in zona estetica

Parole chiave

pag. 5

Dott. Luigi Lucchiarì

Stabilizzazione di overdenture inferiore su due impianti: nuove possibilità di aggancio della protesi sui monconi a testa sferica

Parole chiave

pag. 15

Corsi di Implantologia 2014-2015 Giornate dimostrative di pratica implantologica su paziente

pag. 19

Dott. Riccardo Della Ciana

Impianti solidarizzati con sincristallizzatrice endorale: il carico immediato di Scuola italiana

Parole chiave

pag. 21

Dott. Alberto Frezzato, Dott.ssa Irene Frezzato

Considerazioni cliniche sull'utilizzo dell'impianto corto Leone 6.5

Parole chiave

pag. 31

Prodotti Leone

pag. 36

Ing. Giulia Veloce

Valutazione dei rischi per il Sistema Implantare Leone: oltre 10 anni di affidabilità e innovazione

Parole chiave

analisi dei rischi

pag. 40

Prodotti per la rigenerazione tissutale

pag. 43

Dott. Alberto Frezzato, Dott.ssa Irene Frezzato

L'impianto singolo. Dalle evidenze scientifiche ai risultati clinici

pag. 45

Dott. Francesco Cascella

Impianto post-estrattivo immediato a carico immediato in zona estetica

Parole chiave

post-estrattivo immediato, carico immediato, moncone temporaneo, CAD/CAM, zirconia, cementazione extra-orale

pag. 49

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

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

Spedizione gratuita

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

IT-30-12/19



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

SOLUZIONI DIGITALI IN IMPLANTOLOGIA

Digital Service[®]



- **Repliche anatomiche in resina bicolore**

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

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

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

- **Elaborazione di file 3D**

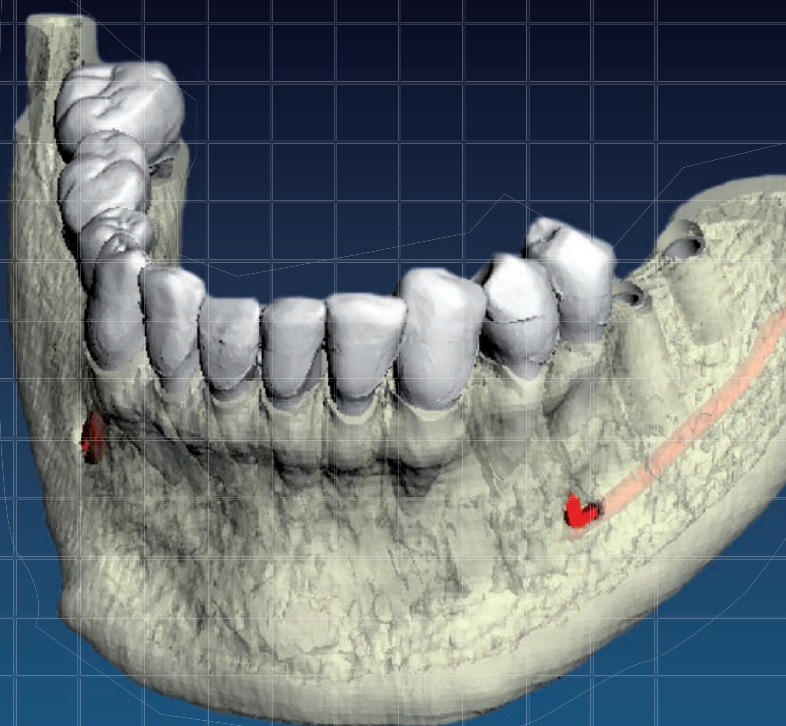
Servizio di "fusione digitale" dei dati radiologici 3D con scansione del modello per una rappresentazione virtuale dell'arcata con il massimo dettaglio anatomico.

- **Modelli con impianti da laboratorio**

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

- **Strumenti dedicati per chirurgia guidata***

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



*Domanda di brevetto depositata



Per informazioni:

Servizio Clienti **DIGITAL SERVICE LEONE**

tel. 055.304439

www.leonedigitalservice.it



ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA

Implantologia guidata dalla pianificazione protesica: predicibilità ed efficacia della chirurgia guidata in un caso di carico immediato in zona estetica

Sig. Massimiliano Pisa*, Dott. Nazario Russo**, Dott. Giacomo Coppola**, Dott. Davide Montisci**,
Dott. Renato Turrini***, Dott. Marco Sambiagio****

* Titolare del Laboratorio Dental Giglio di Firenze

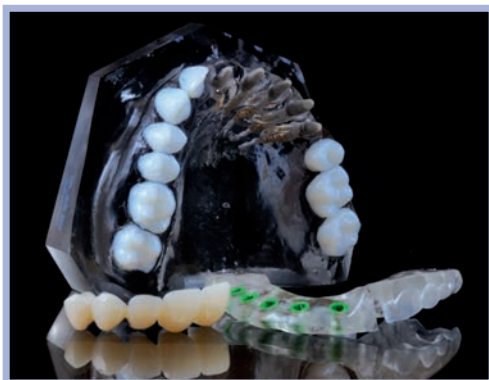
** Professore a Contratto Università degli Studi di Cagliari

*** Libero professionista a Massarosa (LU)

**** Medico specializzando interno Università degli Studi di Cagliari

Parole chiave

chirurgia guidata, carico immediato, CAD/CAM



Lo scopo di questo lavoro è dimostrare l'efficacia dell'utilizzo della chirurgia guidata in casi complessi che richiedano estrema precisione nell'inserimento degli impianti, un'estrema attenzione nella gestione dell'estetica dentale di gruppo e nella gestione dei tessuti molli. La paziente, di 19 anni di età, si è presentata presso il reparto di Implantologia dell'Università degli studi di Cagliari in quanto, a seguito di un incidente stradale, aveva perso cinque elementi dentari del gruppo frontale superiore, con conseguente riassorbimento del tessuto osseo. La pianificazione del caso ha come punto focale la preparazione di una dima radiologica costruita in laboratorio a seguito di una ceratura diagnostica che permettesse il massimo sfruttamento dei tessuti residui per un miglior risultato estetico. La paziente ha poi eseguito un esame radiografico CBCT con la mascherina radiologica posizionata in

bocca. Sulla base di tutte queste informazioni, è stato pianificato, grazie al software 3Diagnosys® Leone, l'inserimento di cinque impianti Max Stability da 3,75 per 12 mm. Il Digital Service Leone, sulla base della pianificazione implantare e dei dati digitalizzati provenienti dall'impronta del paziente, realizza con l'ausilio di sofisticatissime stampanti 3D (che garantiscono l'assoluta fedeltà alle dimensioni reali) un Modello Master 3D in resina trasparente bicolore con gli impianti softwaricamente in posizione. Su tale Modello il laboratorio costruisce una mascherina per la chirurgia guidata e contestualmente, realizza sulla base del progetto diagnostico cinque corone provvisorie in resina unite e solidarizzate agli impianti per mezzo di monconi provvisori in Peek. La guarigione a una settimana è evidente, così come l'assenza di gonfiore e la buona stabilità e rimodellamento dei tessuti. Dopo quattro mesi sono state prese le impronte per la realizzazione del manufatto definitivo, inviate al Laboratorio, dove sono stati realizzati i modelli master di lavoro e successivamente digitalizzati per eseguire la progettazione e la realizzazione cad cam della sottostruttura in Ossido di Zirconio seguendo le informazioni della ceratura diagnostica, in modo da sostenere e condizionare i tessuti gengivali. Eseguite le cappette in Zirconia adiamo a completare la parte estetica con ceramica stratificata. La finalizzazione ha richiesto una prova intermedia, necessaria per valutare la simmetria con l'emiarcata controlaterale, l'armonia di gruppo, il colore e l'integrazione con i tessuti molli; questi obiettivi sono stati ampiamente raggiunti in ultima fase di realizzazione e i controlli, a distanza di 6, 12 e 20 mesi (luglio 2014), confermano la loro stabilità nel tempo.

Progettazione Cad e realizzazioni protesiche

Odt. Massimiliano Pisa, Laboratorio Dental Giglio Firenze



Fig. 1 - Ceratura diagnostica che guiderà tutte le fasi successive

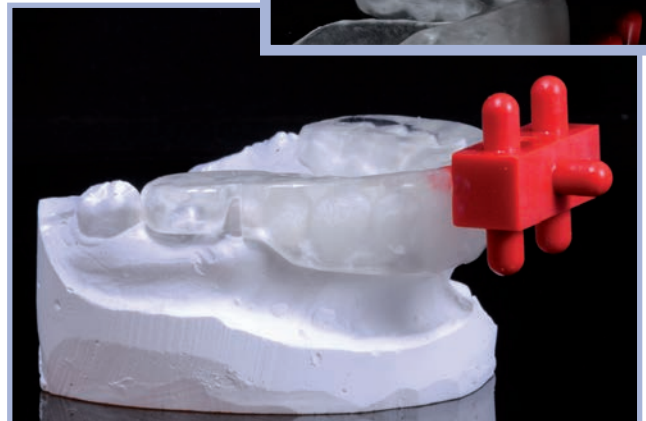


Fig. 2a, b - Dima Radiologica con denti in bario (al 6%) che riporta la forma e posizione ideale della protesi che dovrà essere realizzata dopo l'inserimento degli impianti

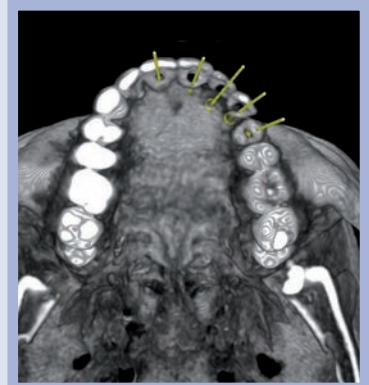
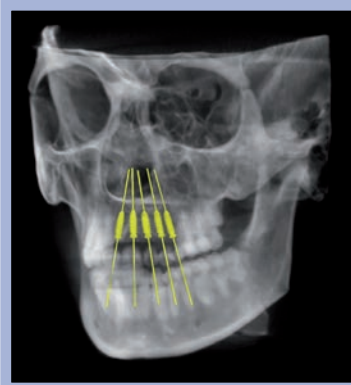
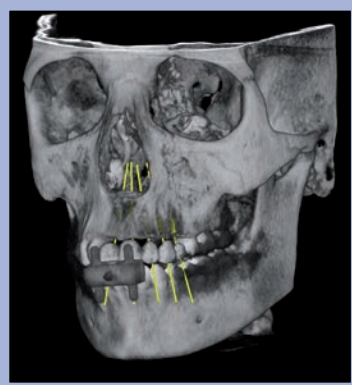


Fig. 3a, b, c - CBCT con le informazioni protesiche trasmesse dalla dima radiologica e con gli impianti pianificati

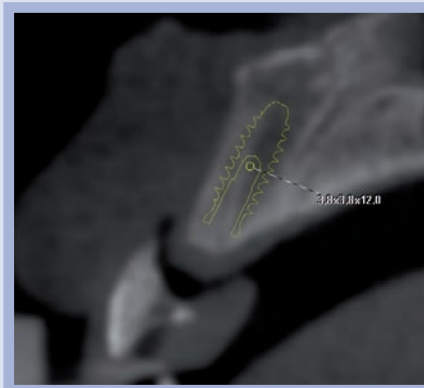
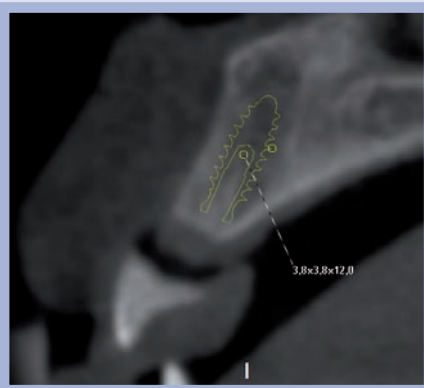


Fig. 4a, b - Progetto implantare guidato dalla protesi in funzione dell'osso residuo. Utilizziamo impianti da 3.75 a causa della limitata porzione ossea residua

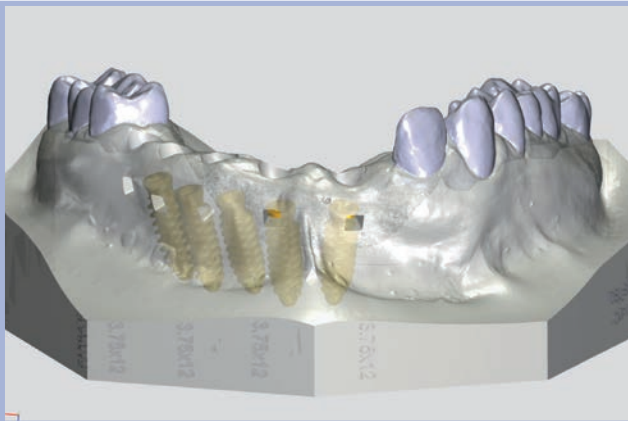


Fig. 5 - Realizzazione del modello virtuale da parte del Digital Service Leone

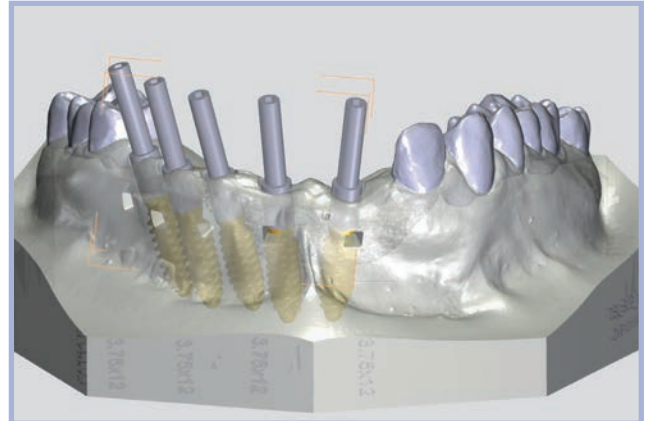


Fig. 6 - Simulazione virtuale ad opera del Digital Service Leone (DSL) del posizionamento delle boccole sopra il modello per verificare la fattibilità della dima chirurgica



Fig. 7 - Verifica virtuale dell'ingombro delle boccole



Fig. 8 - Modello Master 3D prototipato dal DSL con inseriti gli impianti derivanti dal progetto digitale che guideranno il clinico durante l'intero intervento

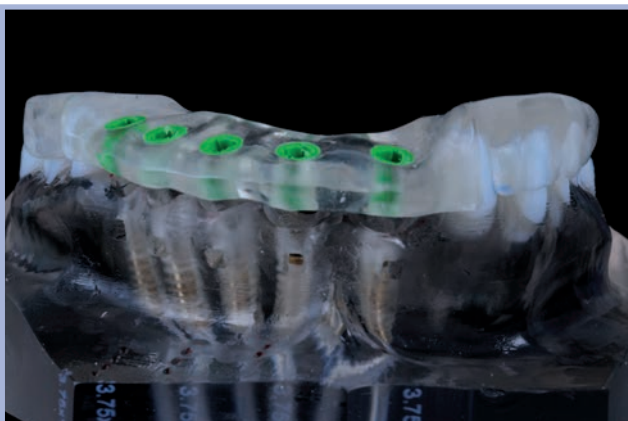


Fig. 9 - Trasformazione e adattamento, da parte del laboratorio odontotecnico, della dima radiologica in dima chirurgica per una migliore predicibilità della sua posizione nel cavo orale e un risparmio economico per la costruzione della stessa



Fig. 10 - La dima chirurgica dovrà rispettare regole di stabilità, robustezza e rigidità tali da non permettere flessioni o spostamenti che vanificherebbero il lavoro di pianificazione



Fig. 11 - Il modello Master 3D, grazie alla presenza degli impianti, consente la selezione e l'adattamento degli abutment e la realizzazione di un provvisorio che consentirà al clinico di eseguire il carico immediato

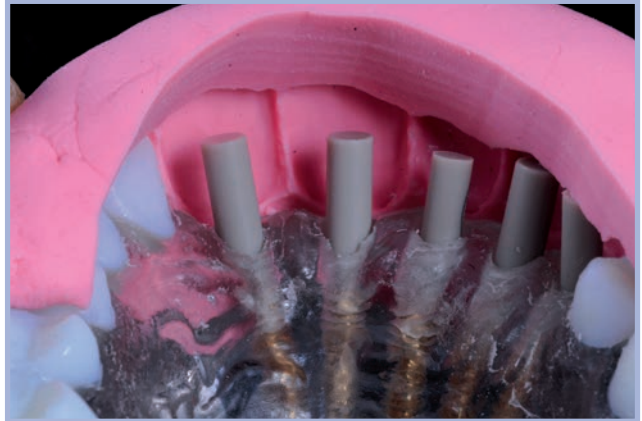


Fig. 12 - Controllo dei volumi e della ceratura grazie alla mascherina che replica la ceratura diagnostica, utile anche per la realizzazione dei provvisori pre-implantari



Fig. 13 - Condizionamento della mucosa sulla base dei denti progettati



Fig. 14 - Rettifica dei monconi provvisori in Peek



Fig. 15a, b - Provvisorio pre-implantare ultimato in resina



Fig. 15b



Fig. 16 - Modello Master 3D, dima chirurgica, monconi provvisori, e provvisori pre-implantari

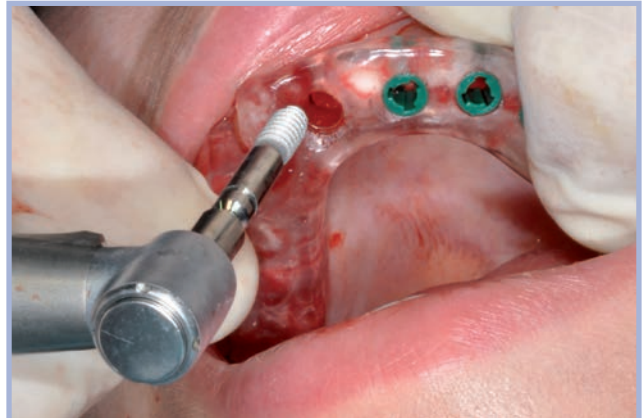


Fig. 17 - Fase clinica della chirurgia guidata



Fig. 18 - Impianti e provvisori inseriti da una settimana



Fig. 19 - Da notare la buona risposta dei tessuti



Fig. 20 - Dopo il rilevamento della posizione implantare, a 4 mesi dall'intervento, il tecnico utilizza del silicone rosa attorno agli impianti per meglio gestire il tunnel gengivale



Fig. 21 - Condizionamento ulteriore delle mucose per una emergenza protesica più naturale



Fig. 22 - Scelta e posizionamento dei monconi permanenti Leone



Fig. 23 - Monconi rettificati e segnati in modo univoco per evitare scambi di posizione

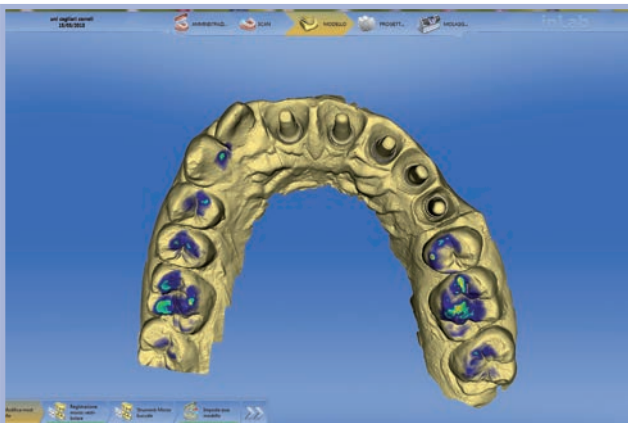


Fig. 24 - Digitalizzazione del modello master con i monconi inseriti



Fig. 25 - Rilevamento del suo antagonista e dei dati dell'occlusione

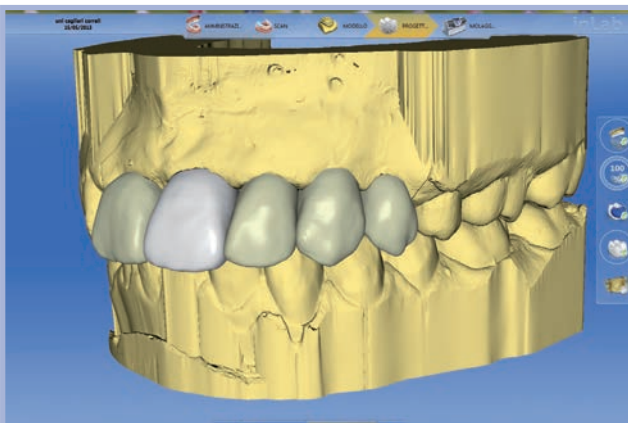


Fig. 26a, b - Realizzazione a cad del progetto protesico sulla base della ceratura diagnostica

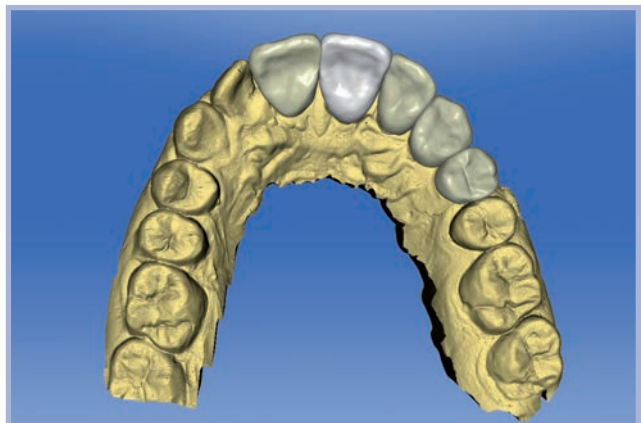


Fig. 26b

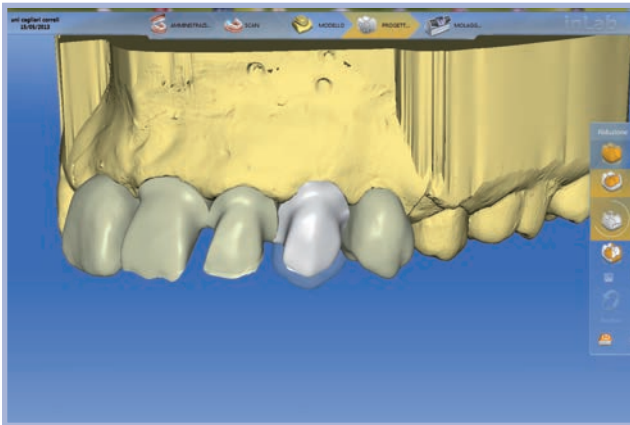


Fig. 27 - Riduzione della forma anatomica in funzione della ceramica estetica e del tunnel gengivale che realizzeremo in Zirconia per la sua particolare biocompatibilità

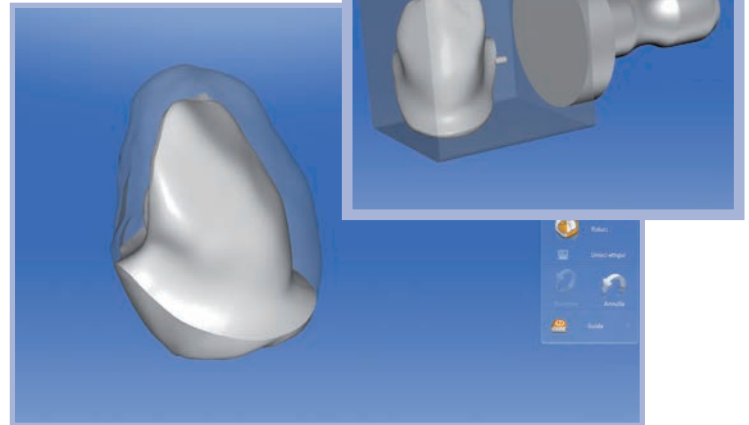


Fig. 28a, b - Progetto pronto per andare al fresaggio



Fig. 29 - Sottostrutture in Zirconia pronte per la ceramizzazione dopo l'adattamento sui monconi in Ti



Fig. 30 - Ceramizzazione ultimata



Fig. 31a, b, c - Dopo la prova estetica eseguiamo la cementazione delle corone in zirconia-ceramica sui monconi in titanio con cemento adesivo, fuori dal cavo orale in modo da non rischiare che residui di cemento rimangano imprigionati in zone delicate attorno all'impianto che provocherebbero un sicuro riassorbimento



Fig. 32 - In questo caso specifico, la mancanza di una vite di serraggio ci permetterà, oltretutto, di cementare in tutta sicurezza e con facilità le corone fuori dal cavo orale



Fig. 33 - Tolti i provvisori, si notino i tessuti molli adeguatamente condizionati



Fig. 34 - L'esagono ci aiuterà nel posizionare la corona in modo sicuro e veloce



Fig. 35 - Posizioniamo uno per volta i monconi, ribadendo la loro posizione



Fig. 36a, b - Corone appena inserite, con evidente ischemia provocata da un ulteriore condizionamento dei tessuti rispetto al provvisorio



Fig. 36b



Fig. 37a, b - Il controllo a 6 mesi evidenzia la buona risposta dei tessuti e il conseguente risultato estetico



Fig. 37b



Fig. 38a, b - Il controllo a 20 mesi ribadisce la buona stabilità dei tessuti circostanti agli impianti inseriti

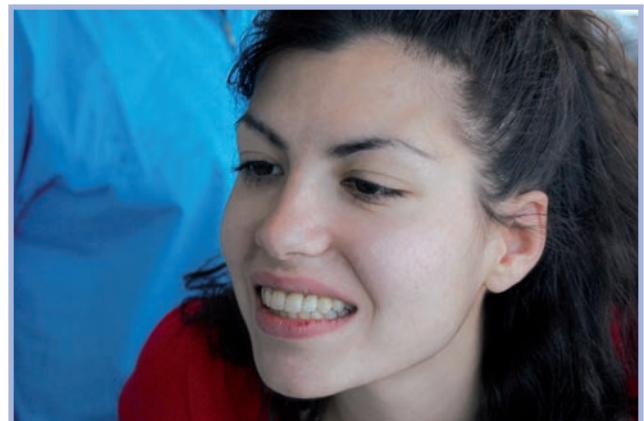
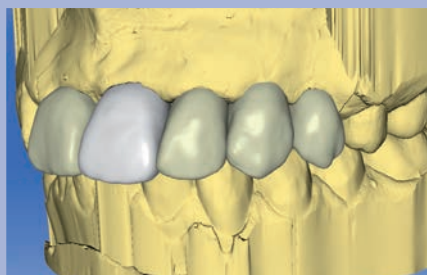


Fig. 38b

Conclusioni

Questo case report dimostra che le nuove tecnologie, quali la radiologia 3D, i software di pianificazione implantare, la chirurgia guidata, il CAD/CAM protesico se utilizzate con i corretti protocolli e materiali possono tradursi in predicibilità dei risultati sia chirurgici che protesici contribuendo alla diminuzione dell'invasività dell'intervento, a una migliore prognosi e soddisfazione del paziente.



EXACONE MAX STABILITY

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



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

quando serve un impianto

EXACONE MAX
STABILITY

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



ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA

Stabilizzazione di overdenture inferiore su due impianti: nuove possibilità di aggancio della protesi sui monconi a testa sferica

Dott. Luigi Lucchiarì
Libero professionista a Due Carrare (PD)

Parole chiave

edentulia totale inferiore, tecnica flapless, overdenture, moncone a testa sferica, O-ring

La stabilizzazione di una protesi inferiore completa è sicuramente il miglior servizio che si possa offrire ad un paziente completamente edentulo.

Il posizionamento di 2 impianti con 2 monconi a testa sferica rappresenta la soluzione più semplice e più economica da realizzare ed è praticamente sempre fattibile perché l'osso in posizione interforaminale è quasi sempre presente e di buona qualità.

Il caso clinico riportato riguarda un paziente di sesso maschile di anni 74 senza patologia rilevante.

Verificata la quantità di osso disponibile con esame TC (Fig. 1) vengono posizionati con tecnica flapless minimamente invasiva 2 impianti di diametro 4,1 mm, lunghezza 10 mm (Figg. 2-4).

Dopo 3 mesi (durante i quali il paziente ha sempre portato la sua vecchia protesi ribasata in resina morbida) vengono scoperti gli impianti e messi i tappi di guarigione (Fig. 5).

Si usano i nuovi monconi a testa sferica, uno diritto e uno angolato a 15°, e dato che si fissano direttamente in bocca, senza passare dal laboratorio odontotecnico, si rimuove l'esagono Exacone 360° dal moncone angolato prima di fissarlo (Figg. 6,7).

I nuovi monconi a testa sferica vengono forniti con 3 diverse femmine (cuffia con o-ring, microcuffia con O-ring e cuffia con cappetta media arancione) e 3 diversi anelli distanziali, uno basso per le due cuffie O-ring e due più alti per la cuffia con cappetta, di cui uno angolato (Fig. 8).

Si provano le cuffie direttamente in bocca e si scelgono quelle che sono più adatte al caso clinico (Figg. 9-12). Per questo caso clinico le cuffie grandi con O-ring non possono essere utilizzate per motivi di spazio poiché avrebbero forato la protesi completa in zona vestibolare. Avendo raggiunto un buon parallelismo tra i due monconi si scelgono le micro cuffie con O-ring. In mancanza di un buon parallelismo si sarebbero scelte le cuffie con cappetta media arancione che prevedono anche la possibilità di fissare la cuffia nella protesi con un'angolazione di 10° rispetto alla testa sferica del moncone.

Per il fissaggio delle micro cuffie nella protesi si posizionano gli anelli distanziali bassi sulle teste dei monconi, in modo da dare uno stabile piano di appoggio alle cuffie, e si inserisce una diga a protezione dei tessuti molli (Fig. 13). Diga e anelli distanziali vengono rimossi dopo aver fissato le cuffie nella protesi (Fig. 14).

La ritenzione fornita dai due monconi a testa sferica determina un netto cambio di qualità per il paziente, abituato alla instabilità della protesi inferiore convenzionale (Figg. 15, 16).

Realizzazioni protesiche

Laboratorio LORI di Padova – Odt. Sig. Savio Franco



Fig. 1 - Esame TC pre-intervento



Fig. 2 - Preparazione dei siti con tecnica flapless

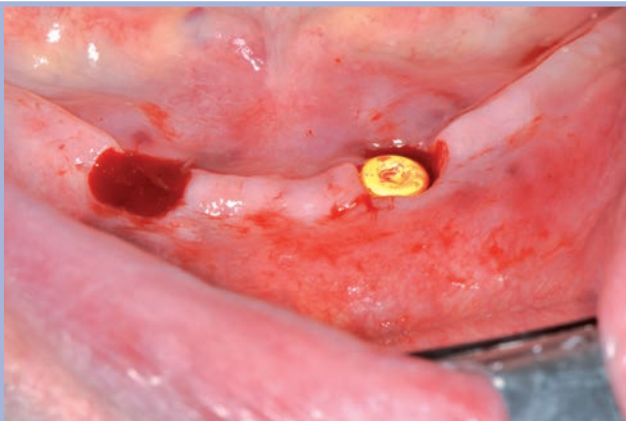


Fig. 3 , 4 - Impianti Exacone 4,1 x 10 mm inseriti, tecnica bifasica

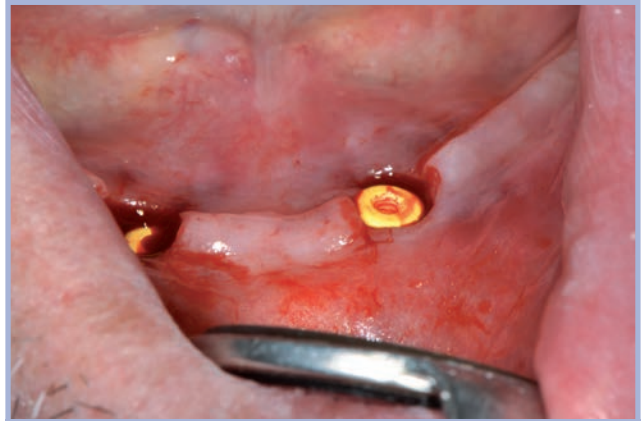


Fig. 4



Fig. 5 - Situazione clinica al termine del condizionamento dei tessuti molli con i tappi di guarigione



Fig. 6 - Inserimento del moncone a testa sferica diritto



Fig. 7 - Inserimento del moncone a testa sferica angolato a 15° dopo aver rimosso l'esagono

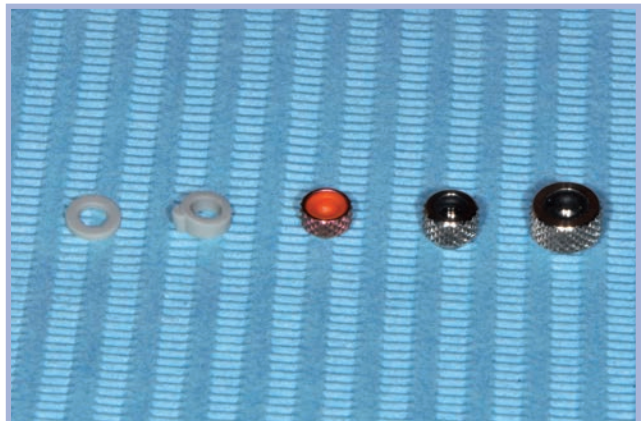


Fig. 8 - Cuffie e anelli distanziali forniti con il moncone a testa sferica



Fig. 9 - Anelli distanziali bassi posizionati sulla testa del moncone

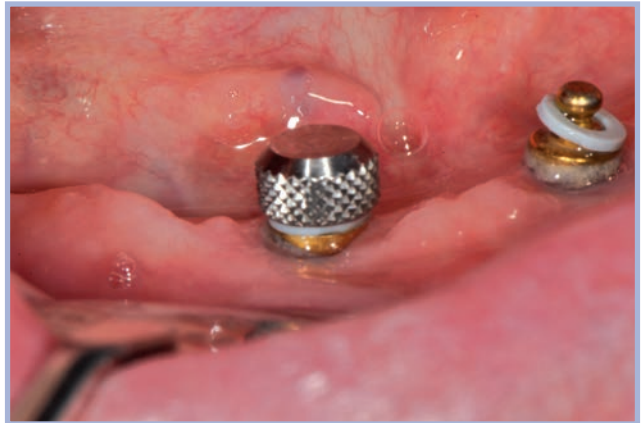


Fig. 10 - Prova delle cuffie con O-ring (con gli anelli distanziali bassi)



Fig. 11 - Prova delle micro cuffie con O-ring (con gli anelli distanziali bassi)



Fig. 12 - Prova delle cuffie con cappetta (con gli anelli distanziali alti)



Fig. 13 - Anelli distanziali bassi, diga e micro cuffie posizionati sui monconi, pronti per la procedura di fissaggio delle cuffie nella protesi



Fig. 14 - Protesi inferiore finita



Fig. 15, 16 - Situazione intraorale, lavoro finito



Fig. 16

ISO[®]

ISTITUTO
STUDI
ODONTOIATRICI



Ortodonzia e Implantologia



Sede a Firenze..

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



Attività..

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



Professionalità..

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



Relatori..

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



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

Relatori: Dr. Mario Guerra, Dr. Salvatore Belcastro, Dr. Leonardo Palazzo
7-8 NOVEMBRE 2014

Roma
c/o studio Dr. G. Marano

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

Relatori: Dr. Leonardo Targetti, Dr. Roberto Meli
10-11 NOVEMBRE / 15-16 DICEMBRE 2014

Firenze
c/o ISO

- **CORSO DI IMPLANTOLOGIA CLINICO PRATICO SU PAZIENTE**

Relatori: Dr. Nazario Russo, Dr. Giacomo Coppola
Per informazioni ed iscrizioni: Dr. Nazario Russo 334.3417994

Cagliari

- **CORSO BASE DI PROTESI SU IMPIANTI**

Relatore: Odt. Massimiliano Pisa
2 FEBBRAIO 2015

Firenze
c/o ISO

GIORNATE DIMOSTRATIVE DI PRATICA IMPLANTOLOGICA SU PAZIENTE

SISTEMA
IMPLANTARE | **EXACONE**

*Chirurgia
dal vivo*

Relatore:
Dott. **LEONARDO TARGETTI**

- **28 NOVEMBRE 2014**
- **28 FEBBRAIO 2015**
- **5 MAGGIO 2015**

40 posti per assistere gratuitamente
ad interventi live surgery

orario:
10,00 / 17,30



NAPOLI 15 Novembre 2014

Convegno Multidisciplinare di Ortodonzia e Implantologia



Programma sessione Implantologia



SCELTA RAGIONATA DEI BIOMATERIALI E DEGLI IMPIANTI NEI CASI COMPLESSI

Dott. Marino Miccini

VANTAGGI E LIMITI DELLA CHIRURGIA IMPLANTARE GUIDATA

Dott. Renato Turrini

MANTENIMENTO TISSUTALE ED ESTETICA IN IMPLANTOPROTESI: LA MIA ESPERIENZA DECENNALE CON IMPIANTI A CONNESSIONE CONOMETRICA

Dott. Mario Guerra

Programma sessione Ortodonzia

IL SISTEMA IBRIDO HSDC: PECULIARITÀ E VANTAGGI BIOMECCANICI

Dott. Daniel Celli

INDIVIDUALIZZAZIONE E ANALISI DELLE CRITICITÀ DEI DISPOSITIVI ORTODONTICI: IL PUNTO DI VISTA TECNICO

Odt. Ciro Pisano

LA MIA ORTODONZIA:

QUELLO CHE HO FATTO, CHE NON AVREI VOLUTO FARE, CHE CONTINUO A FARE E CHE FARÒ

Dott. Arturo Fortini

DATI DEL PARTECIPANTE

Nome _____

Cognome _____

Indirizzo _____ CAP _____

Città _____ Tel. _____

E-mail _____

Data _____ Firma _____

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

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

L'evento si svolgerà in contemporanea in sale separate, vi preghiamo quindi di indicare la vostra scelta al momento dell'iscrizione.

Sede

HOLIDAY INN NAPLES
Via Domenico Ausilio
Centro Direzionale Isola E6 - Napoli

Informazioni ed iscrizioni

ISO (Istituto Studi Odontoiatrici)
Tel. 055.304458 - Fax 055.304455 - iso@leone.it

Evento gratuito - Iscrizione obbligatoria

Impianti solidarizzati con sincristallizzatrice endorale: il carico immediato di Scuola italiana

Dott. Riccardo Della Ciana

Libero professionista a Civitanova Marche (MC)

Parole chiave

edentulia totale, carico immediato, sincristallizzatrice endorale, provvisorio, protesi fissa, CAD/CAM, cementazione extra-orale

Questo articolo vuole cercare di riscoprire e rivalutare l'operato degli implantologi italiani che negli anni '60, con i mezzi allora a disposizione, mettevano in atto il carico immediato implantare. L'implantologia di Scuola Italiana otteneva percentuali di successo di tutto rispetto, considerando le scarse risorse tecniche dell'epoca: scarsa decontaminazione e sterilizzazione delle superfici implantari, mancata conservazione della sterilità e dell'integrità delle superfici stesse, assenza di motori chirurgici dedicati (con irrigazione o torque control a ridotto numero di giri).

Ciò nonostante, furono realizzate numerose riabilitazioni full arch in modo semplice, rapido, stabile, predicibile ed economico.

In Italia, infatti, nel 1961 comparve il primo impianto specificamente progettato per il carico immediato (S. Tramonte) dotato di un'area di rispetto biologica e nel 1964 fu introdotto il titanio in implantologia (S. Tramonte). Tra gli anni '60 e '70 comparvero gli importanti studi istologici di Pasqualini. Nel 1972 Garbaccio elaborò la teoria del bicorticalismo e progettò il relativo impianto. Dovendo oggi parlare di "Carico Immediato" dobbiamo innanzitutto considerare il diverso significato che i vari autori attribuiscono al termine stesso (Fig. 1).

Se per carico immediato intendiamo quello che è possibile effettuare subito al termine della seduta chirurgica, questo richiede 2 condizioni indispensabili:

- 1) Una forte "osteoritenzione" iniziale, detta stabilità primaria, riscontrabile con un alto torque d'inserimento.
- 2) Una solidarizzazione immediata dei pilastri implantari ("Effetto Ferula").

Questi due fattori servono ad aumentare la ritenzione ossea e a limitare la mobilità delle fixture e, quindi, a contrastare le forze occlusali, raramente assiali, in particolare nel periodo più critico dell'osteointegrazione, quello osteoclastico (4-6 settimane dopo il posizionamento implantare), superato il quale è possibile rimuovere la ferula.

Nel 1972 Pier Luigi Mondani inventò la sincristallizzatrice, una saldatrice intra-orale che consente di solidarizzare tra loro i pilastri implantari (originariamente dati da viti monofasiche) attraverso barre o fili di titanio. Fino ad allora erano utilizzati fili metallici intrecciati e resine acriliche, con un procedimento laborioso e dai risultati incerti.

Interpretazione del carico immediato secondo i diversi Autori		
IMMEDIATO	Al termine della seduta chirurgica	Hruska e Borelli, 1993 Ledermann, 1996 Piattelli et al, 1997 Schnitman et al, 1997 Tarnow, 2000 Brånemark, 1999 Horiuchi et al, 2000 Chiapasco et al, 1997
	Entro 24 h	Chiapasco et al, 1997 Gatti et al, 1998
	Entro 72 h	Ericsson et al, 2000 Babbush et al, 1986 Piattelli et al, 1998 Jaffin et al, 2000
	Entro 7 gg	Levine et al, 1998 Salama et al, 1998
PRECOCE	Tra 10 e 20 gg	Ericsson et al, 2000
	Dopo 30 gg	Piattelli et al, 1993
PRECOCE	Dopo 6 settimane	Buser, 1999
	Dopo 8 settimane	Lazzara et al, 1998
DIFFERITO	Dopo 3-6 mesi	protocollo standard

Fig. 1 - Da: Tramonte S, Il carico immediato bifasico, pag. 108

Con la nuova saldatrice intraorale si potevano facilmente unire, in pochi secondi, le parti emergenti degli impianti con fili di titanio, rendendo la struttura così creata eccezionalmente solida e praticamente imm modificabile.

La sincristallizzatrice sfrutta l'effetto Joule, un fenomeno ben conosciuto in fisica: il passaggio di corrente in un conduttore produce calore in modo direttamente proporzionale alla resistenza offerta dal conduttore stesso.

Il cuore della sincristallizzatrice è costituito da una pinza con ganasce di rame di uno spessore elevato (il rame è uno dei migliori conduttori presenti in natura), le ganasce afferrano le due parti in titanio che devono essere saldate. Al passaggio della corrente, essendo il titanio un pessimo conduttore (alta resistenza), viene prodotto molto calore, proprio nell'interfaccia tra le due superfici di titanio, superando così il punto di fusione del metallo. Le interfacce tra il titanio e il rame producono un calore trascurabile e ben assorbito dall'elevato spessore del rame.

Per ogni saldatura vengono prodotti due impulsi a brevissima distanza tra loro. Il primo, più debole, serve a rompere il reticolo cristallino del titanio. Il secondo, ad altissimo voltaggio per un tempo brevissimo, permette l'interdigitazione dei prismi del titanio (cristalli), che risultano così solidarizzati dal processo definito sincristallizzazione.

Recentemente stiamo assistendo ad una riscoperta della tecnica della saldatura intra-orale come dimostrano gli ormai numerosi lavori pubblicati sul tema.^[1,2,3,4,5,6]

Da queste premesse nasce l'idea di realizzare il carico immediato implantare con un impianto senza viti, a connessione conica pura con un moncone pieno in titanio.

L'impianto Leone presenta un ottimo torque d'inserimento iniziale ed il moncone in titanio pieno si presta perfettamente ad essere saldato, con la sincristallizzatrice, ad un filo di titanio di grado 2 e del diametro di 1,2 mm.

Ho quindi iniziato ad utilizzare questa tecnica, in alcuni casi terminali di pazienti parodontopatici.

Bisogna considerare che il controllo e la prevenzione delle infezioni perimplantari, in questi pazienti, è di fondamentale importanza, e la struttura, realizzata con impianti a connessione conica, moncone pieno e ferula in titanio saldata ai monconi, si rivela essere particolarmente resistente alla colonizzazione microbica, specie se paragonata a quella con struttura avvitata e monconi cavi.

Le estrazioni ed il posizionamento degli impianti vengono effettuati nella stessa seduta chirurgica, al termine della quale si effettua la saldatura del filo, lingualmente ed alla base dei monconi. Subito dopo si procede alla ribasatura, rifinitura e lucidatura delle protesi tipo Toronto Bridge provvisorie. Le stesse vengono poi cementate sui monconi in titanio con un cemento provvisorio.

L'intera struttura protesica così realizzata presenta, a mio parere, i seguenti vantaggi:

- 1) *Resistenza meccanica*: la struttura è particolarmente resistente, non ci sono viti che si possano rompere o svitare nel tempo, la connessione conica dei monconi, sotto carico masticatorio, non si modifica o casomai aumenta. Le saldature sono resistentissime, si realizzano in pochi secondi (e si rimuovono con pochi passaggi di fresa). La protesi tipo Toronto Bridge, ben ribasata e cementata con TempBond (o altro cemento provvisorio), poggia sulla struttura e, in caso di decementazione, l'effetto ferula viene comunque garantito dal filo in titanio sottostante.
- 2) *Sicurezza biologica*: la connessione conica dei monconi agli impianti è praticamente impermeabile ai batteri e non consente la colonizzazione dell'interno dell'impianto impedendo quei fenomeni che possono portare alla formazione di mucosite e periimplantite. Le saldature, a differenza delle connessioni avvitate, non hanno cavità interne e tutte le superfici possono essere raggiunte facilmente dal collutorio e/o dall'idropulsore; non esiste una cavità da "brodo batterico" non detergibile come quella che si crea tra le spire di una vite e la cavità in cui è alloggiata.

La protesi cementata è, come tale, più resistente all'infiltrazione batterica di quella avvitata.^[7]

Si riportano di seguito due casi clinici esemplificativi.

CASO 1

Si presenta in studio un paziente affetto da una grave parodontopatia in stadio terminale (Figg. 2-9).

In una stessa seduta chirurgica sono stati estratti tutti i denti e posizionati sei impianti Leone per arcata. Nell'arcata superiore gli impianti distali, sui quali era stato effettuato un rialzo del seno mascellare, non sono stati caricati immediatamente (Fig. 10). Sugli altri dieci impianti sono stati posizionati subito anche i relativi monconi e poi vi si è elettrosaldato un filo di titanio di grado 2 dello spessore di 1,2 mm (Fig. 11).

Sempre nella stessa seduta sono state ribasate sui monconi (come mostrato in Fig. 17) le protesi provvisorie precedentemente preparate (Figg. 12-16) e cementate con un cemento provvisorio.

Dopo tre mesi, rimosse le protesi provvisorie, in pochi minuti veniva tolto il filo di titanio saldato ai monconi utilizzando una fresa per titanio.

Nella figura 18 vediamo, a 3 mesi, il perfetto stato dei tessuti molli e la totale assenza di mucosite e/o flogosi peri-implantare.

Dopo aver effettuato una leggera preparazione e lucidatura dei monconi, si procede all'impronta di precisione per la protesi definitiva: un circolare in metallo ceramica (Fig. 19).

Realizzazioni protesiche

Laboratorio odontotecnico Armando Mellace - Roma

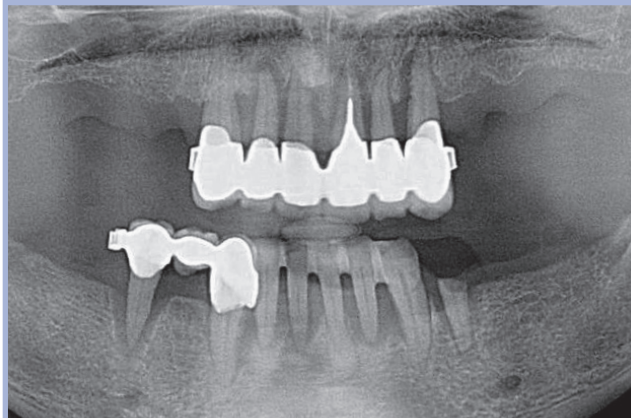


Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

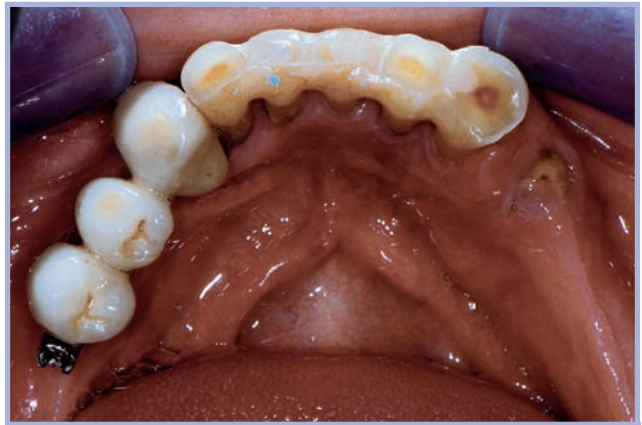


Fig. 7



Fig. 8

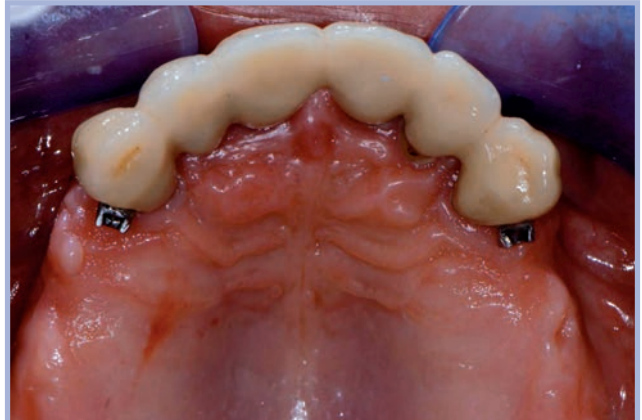


Fig. 9

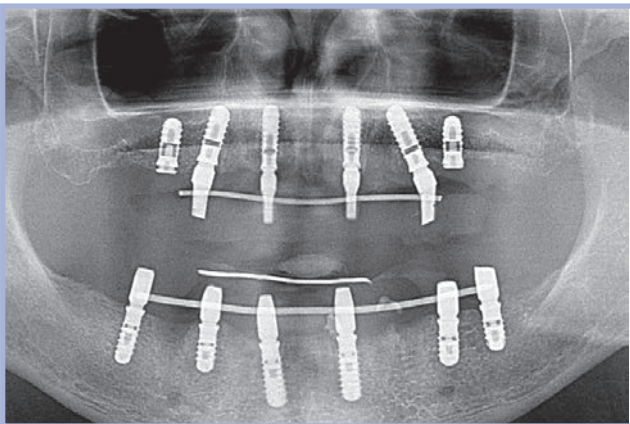


Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14



Fig. 15



Fig. 16

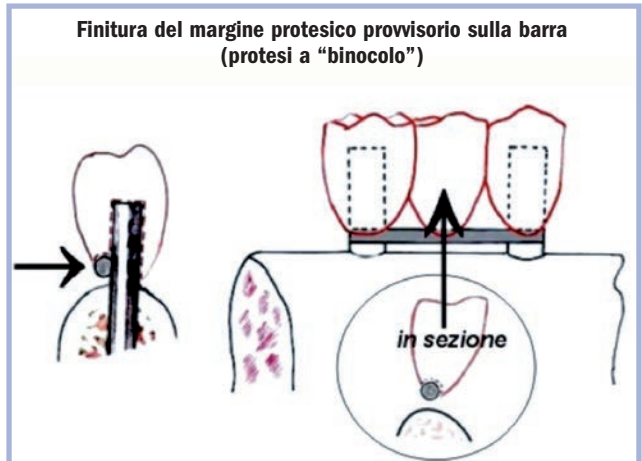


Fig. 17 - Da: Squillantini P, Odontoline - forum, Implantologia di Scuola italiana, pag. 3

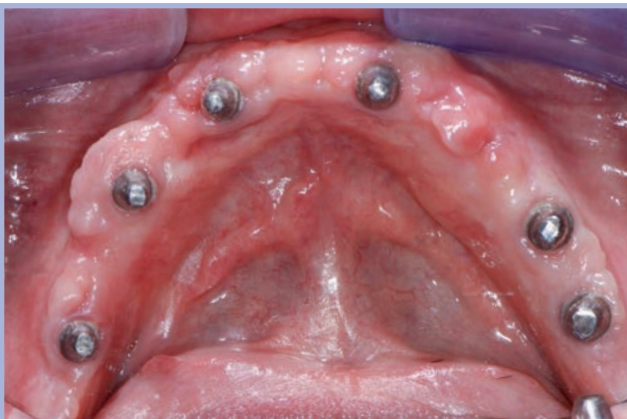


Fig. 18



Fig. 19

CASO 2

Trattasi di un caso non parodontale: la paziente, una signora di 55 anni, si è presentata in studio con la frattura del pilastro mesiale (44) di un ponte 44-47 (Figg. 20, 21), chiedendo di essere riabilitata con impianti. Chiedeva, al contempo, di non restare con la sella edentula per tutto il periodo dell'osteointegrazione.

Il piano terapeutico prevedeva impianti con corone singole in posizione 44 (post-estrattivo immediato), 45 e 46 e corona sull'elemento 47 (trattato con terapia canalare).

Gli impianti sono stati caricati immediatamente con provvisori, previa elettrosaldatura di un filo in titanio sui monconi (Fig. 22). Dopo la rimozione del filo di titanio e dei monconi a 3 mesi e la presa delle impronte con tecnica indiretta, abbiamo realizzato i modelli (Figg. 23-25).

Le corone in disilicato di litio (e-Max) sono state realizzate in tecnica CAD-CAM previa scansione dei modelli (Figg. 26-35). Sono poi state cementate extra-oralmente (Fig. 36) e quindi inconate singolarmente in bocca (Figg. 37-41). La corona singola sul 47 è stata fissata con cementazione adesiva. Il controllo radiografico con OPT a 1 anno (Fig. 42) evidenzia il perfetto livello osseo peri-implantare.



Fig. 20

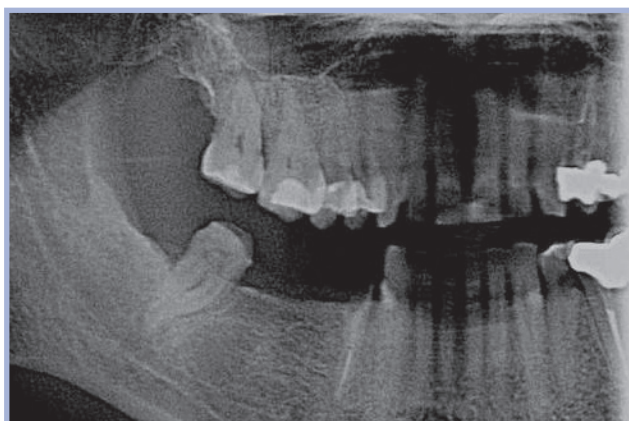


Fig. 21

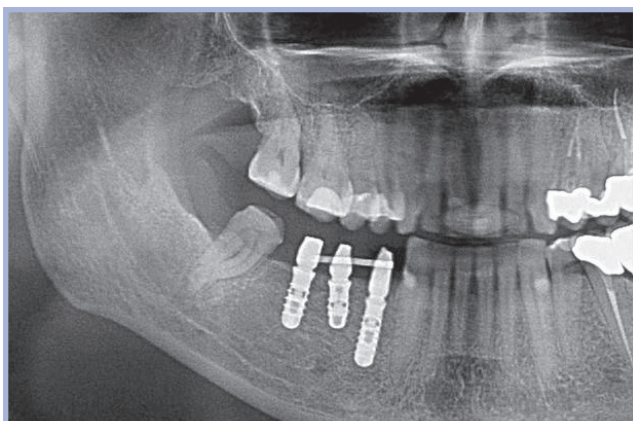


Fig. 22



Fig. 23



Fig. 24

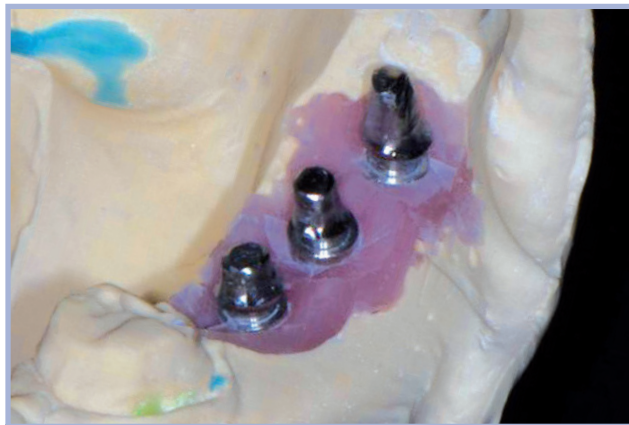


Fig. 25



Fig. 26



Fig. 27



Fig. 28



Fig. 29

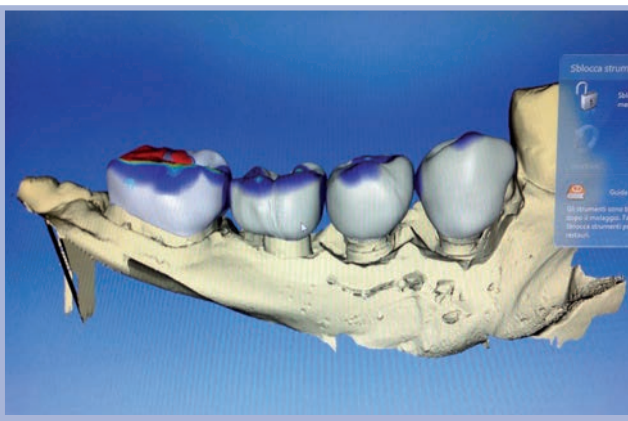


Fig. 30

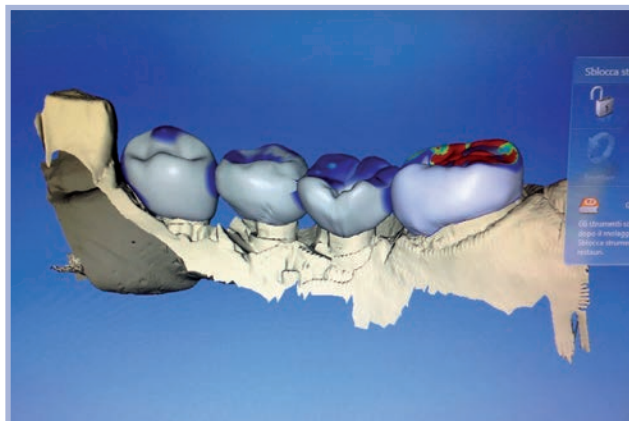


Fig. 31



Fig. 32



Fig. 33



Fig. 34



Fig. 35

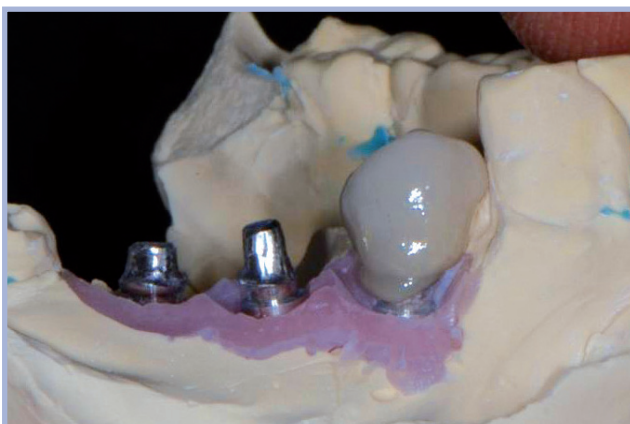


Fig. 36



Fig. 37



Fig. 38



Fig. 39



Fig. 40



Fig. 41

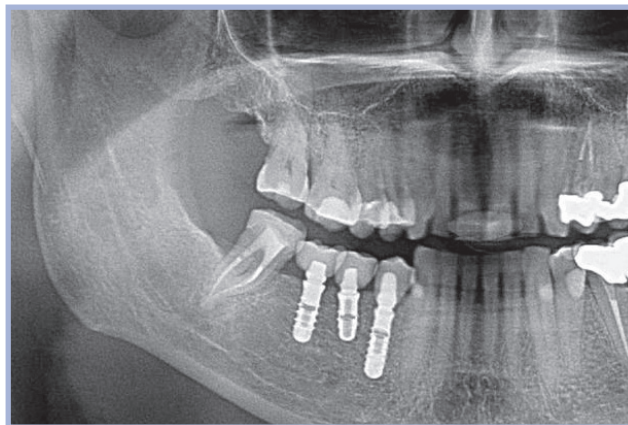


Fig. 42

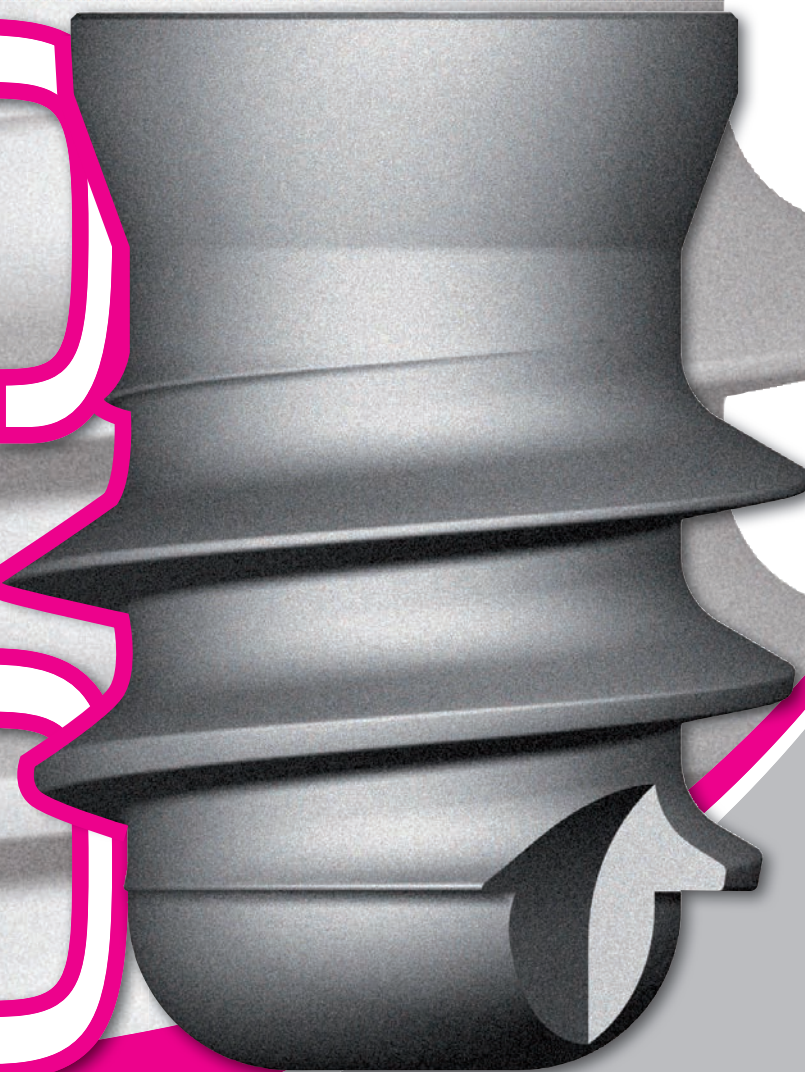
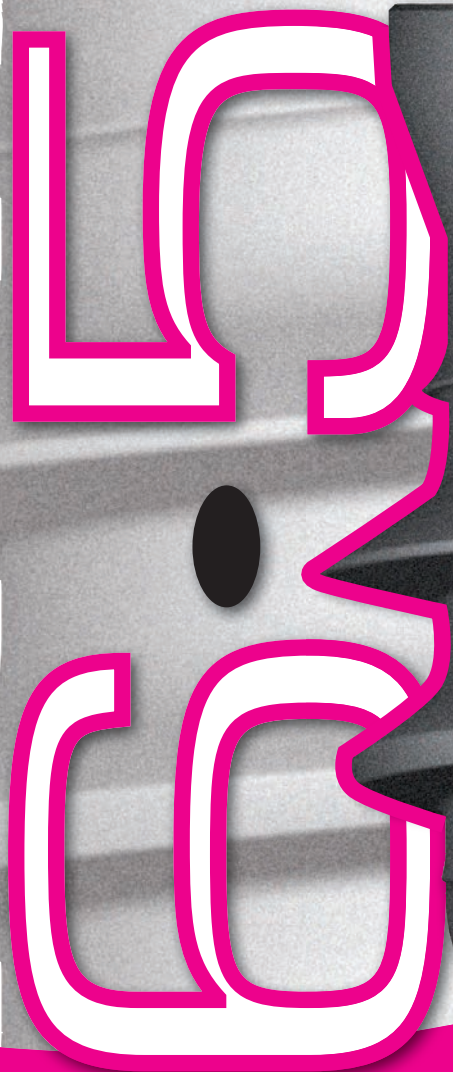
Bibliografia

- 1) Degidi M, Daprile G, Piattelli A. *Implants inserted with low insertion torque values for intraoral welded full-arch prosthesis: 1-year follow-up.* Clin Implant Dent Relat Res 2012;14 Suppl 1:e39-45
- 2) Degidi M, Nardi D, Piattelli A. *Prospective study with a 2-year follow-up on immediate implant loading in the edentulous mandible with a definitive restoration using intra-oral welding.* Clin Oral Implants Res 2010;21(4):379-85
- 3) Degidi M, Nardi D, Piattelli A. *Immediate loading of the edentulous maxilla with a definitive restoration supported by an intraorally welded titanium bar and tilted implants.* Int J Oral Maxillofac Implants 2010;25(6):1175-82
- 4) Degidi M, Nardi D, Piattelli A. *Immediate definitive rehabilitation of the edentulous patient using an intraorally welded titanium framework: a 3-year prospective study.* Quintessence Int 2010;41(8):651-9
- 5) Degidi M, Gehrke P, Spanel A, Piattelli A. *Synocrystallization: a technique for temporization of immediately loaded implants with metal-reinforced acrylic resin restorations.* Clin Implant Dent Relat Res 2006;8(3):123-34
- 6) Fanali S, Vannini F, *Impianti bifasici solidarizzati con sincristallizzatrice endorale,* Doctor Os 2007;18(9):1047-1055
- 7) Keller W, Brägger U, Mombelli A. *Peri-implant microflora of implants with cemented and screw retained suprastructures.* Clin Oral Implants Res 1998;9(4):209-217

~~EXA~~ACONE
Leone



**IMPIANTO
CORTO
LEONE**



ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA

lunghezza ridotta a 6.5 mm

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

Considerazioni cliniche sull'utilizzo dell'impianto corto Leone 6.5

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

Parole chiave

impianti corti, impianto corto 6.5, edentulia singola, edentulia multipla, atrofia ossea

Già abbiamo avuto modo di parlare di impianti corti Leone 6.5 sul n° 10 di Exacone News (maggio 2010).

Vogliamo ora porre alcune considerazioni sull'utilizzo clinico e l'affidabilità di tali impianti.

L'utilizzo di impianti corti si è incrementato nel tempo, parallelamente alla diffusione del trattamento implantare. I dati emersi dalla letteratura negli ultimi anni mostrano una sovrapponibilità di risultati (perlomeno nel medio termine, quanto a sopravvivenza, successo biologico e protesico) di impianti corti (7-8 mm) rispetto a impianti di lunghezza "standard" di 10 o più mm (Annibaldi et al. 2012, Urdaneta et al. 2012). Analoghi risultati emergono a proposito di impianti "di piccolo diametro" (3 - 3,5 mm) relativi a diversi sistemi implantari (Sohrabi et al. 2012) ed all'impianto Leone 3,3 mm (Mangano et al. 2014) utilizzati in selle a ridotto spessore (tipo 4 secondo Cawood-Howell, Cawood et al. 1988).

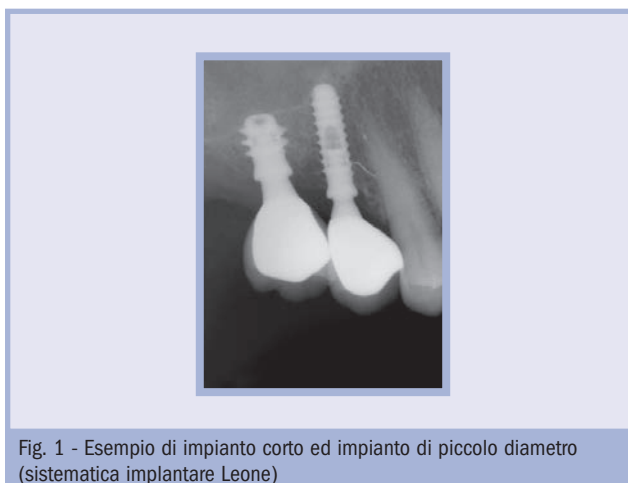


Fig. 1 - Esempio di impianto corto ed impianto di piccolo diametro (sistematica implantare Leone)

L'utilizzo di impianti corti trova un largo consenso tra gli implantologi come strumento di riabilitazione di selle edentule di ridotta altezza (tipo 5 e 6 secondo Cawood-Howell) in alternativa a tecniche incrementali. Queste ultime rappresentano una procedura di maggiore complessità ed invasività e di minore predicibilità rispetto ad una implantologia standard, che presuppone volumi tissutali adeguati. Il paziente stesso apprezza soluzioni a minima invasività (Raviv et al. 2010). L'impianto corto è stato utilizzato fin dai primi anni della implantologia moderna, ma i risultati clinici erano apparsi nettamente inferiori in termini di sopravvivenza e successo biologico rispetto agli impianti di lunghezza 10-12 mm. A partire dagli anni 2000 questo gap si è andato riducendo fino a scomparire: attualmente gli impianti corti (7-8 mm) vengono considerati impianti "normali" e comunemente impiegati. I risultati incoraggianti mostrati dagli impianti corti negli ultimi anni sono riferibili secondo i vari autori alle nuove forme, alle nuove superfici, all'adozione di tecniche chirurgiche a minore invasività (Renouard et al. 2006). Attualmente il concetto di impianto corto si sta estendendo a misure via via inferiori. Sul mercato sono presenti impianti di 5 e 4 mm di lunghezza fino a impianti "semi-sperimentali" non sufficientemente validati dalla clinica di 3,5 e 2,5 mm.

La sistemica implantare Leone prevede un impianto standard corto di 8 mm, nelle 3 tipologie di diametro di 3,3 - 4,1 - 4,8 mm. Tale impianto viene da noi utilizzato da oltre 10 anni e abbiamo potuto provarne l'affidabilità nelle varie condizioni cliniche. Studi prospettici (Mangano et al. 2014) confermano quanto emerge dalla nostra esperienza clinica: l'affidabilità nelle riabilitazioni di selle edentule posteriori e nei vari siti a ridotta altezza. Nell'ambito della sistemica implantare Leone l'impianto corto 6.5 rappresenta, di fatto, il vero impianto corto e viene utilizzato in situazioni di maggiore criticità quanto ad altezza crestale. La macro e micro-geometria favorisce un marcato grip con il tessuto osseo a vantaggio della stabilità primaria. L'impianto corto Leone 6.5 è uscito sul mercato, analogamente agli impianti corti di altri produttori implantari, come risposta all'esigenza di riabilitazione di selle edentule di ridotta altezza (circa 8 mm inferiormente, circa 6 mm superiormente) senza ricorrere a tecniche incrementali. Nell'uso clinico trova largo impiego nelle edentule mandibolari distali con atrofia verticale di media entità (circa 8 mm), laddove la chirurgia incrementale risulta di maggiore difficoltà e non praticabile da tutti gli operatori. Le indicazioni iniziali del produttore si riferivano a siti edentuli da tempo, ormai guariti con osso nativo, su cui praticare la preparazione del sito implantare mediante apposito Kit di frese dedicate, dotate di stop (Figg. 2-4).

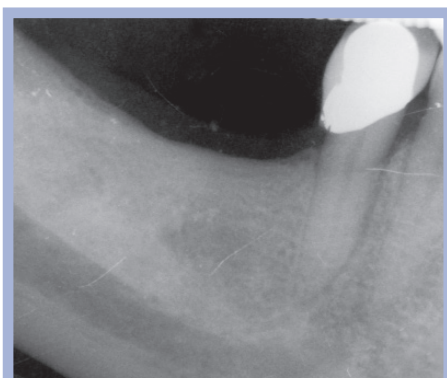


Fig. 2 - Sella edentula inferiore stabilizzata

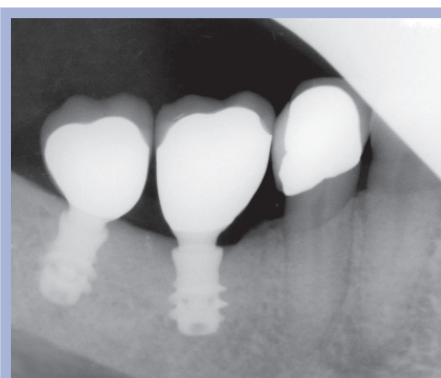


Fig. 3 - Riabilitazione dell'edentulia mediante protesi su 2 impianti corti singoli



Fig. 4 - Immagine clinica della riabilitazione implanto-supportata

L'utilizzo di tale tipologia implantare da oltre 5 anni ci ha portato ad estenderne l'impiego a diverse situazioni cliniche, originariamente non previste dal protocollo:

- in siti post-estrattivi immediati (Fugazzotto 2008) nell'arcata superiore (Figg. 5-7);



Fig. 5 - Monoedentulia superiore (presenza di corta radice non recuperabile)



Fig. 6 - Impianto corto post-estrattivo immediato



Fig. 7 - Immagine radiografica della riabilitazione implantare dopo 5 anni

- in siti post-estrattivi immediati nell'arcata inferiore (Figg. 8-11);

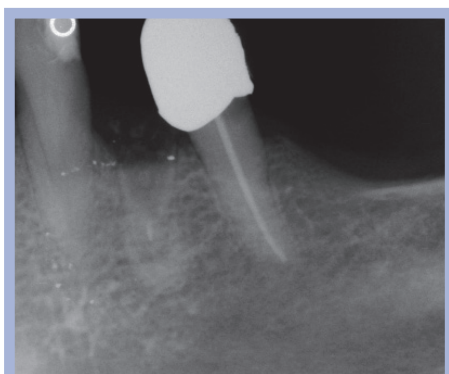


Fig. 8 - Monoedentulia inferiore, immagine radiografica

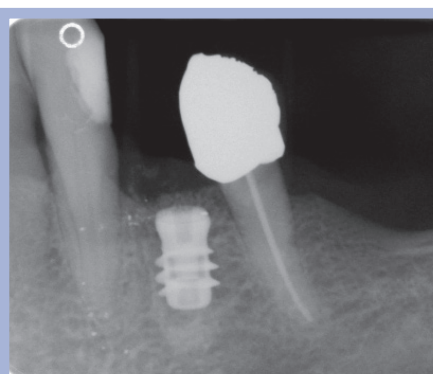


Fig. 9 - Impianto corto post-estrattivo immediato e contestuale bioinnesto

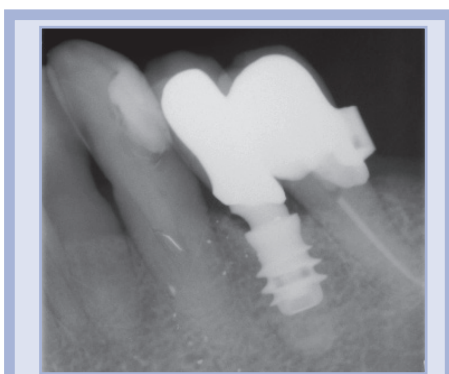


Fig. 10 - Riabilitazione implanto-protetica del sito 34, immagine radiografica



Fig. 11 - Immagine clinica della protesi implanto-supportata in sede 34

- in siti rigenerati (Figg. 12-14);



Fig. 12 - Immagine radiografica di elemento 16 affetto da lesione endo-parodontale non trattabile



Fig. 13 - Immagine radiografica della preservazione dell'alveolo (innesto di MBCP+)

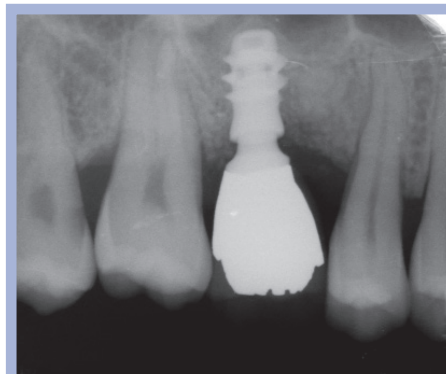


Fig. 14 - Immagine radiografica di riabilitazione implanto-protetica del sito 16 (mini rialzo di seno)

- contestualmente a tecniche espansive superiori (mini rialzo di seno ad approccio flapless), da soli o in associazione a impianti standard (Figg. 15-17);



Fig. 15 - Immagine radiografica di edentulia parziale al 1° quadrante con ridotta altezza ossea

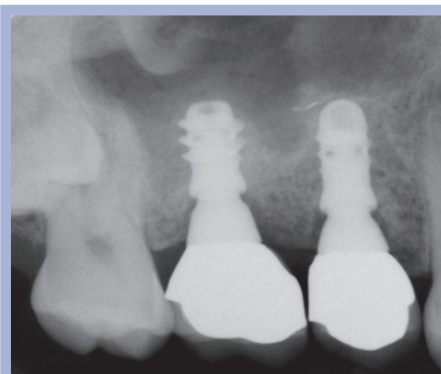


Fig. 16 - Riabilitazione implanto-protetica della edentulia mediante due impianti singoli (corto 6.5 e corto 8 mm). Mini rialzo di seno in tecnica flapless. Controllo a 4 anni



Fig. 17 - Immagine clinica (controllo a 4 anni) delle due protesi singole implanto-supportate

- come impianti distali in riabilitazioni inferiori "All-on-Six" a carico immediato (Figg. 18, 19);

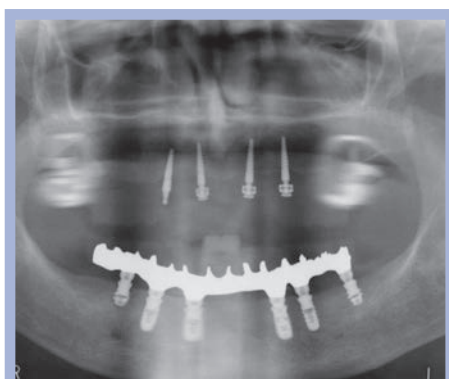


Fig. 18 - Immagine radiografica di riabilitazione inferiore a carico immediato "All-on-Six" (controllo ad 1 anno). Due impianti corti costituiscono i pilastri distali della riabilitazione



Fig. 19 - Immagine clinica dei pilastri implantari (controllo ad 1 anno) di riabilitazione inferiore "All-on-Six" a carico immediato

- e come impianti a carico immediato in edentulie parziali, in associazione ad altri impianti (Figg. 20, 21).

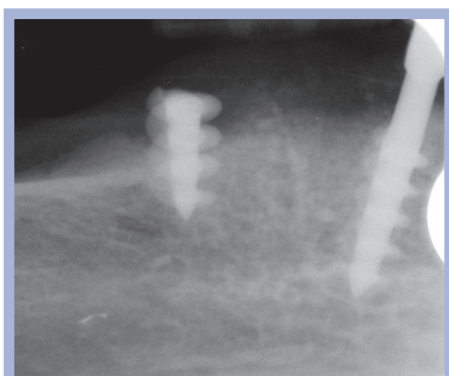


Fig. 20 - Immagine radiografica di sella distale edentula al 4° quadrante, dopo fallimento di protesi parziale mista di 3 elementi impianto-dente naturale eseguita 27 anni prima.

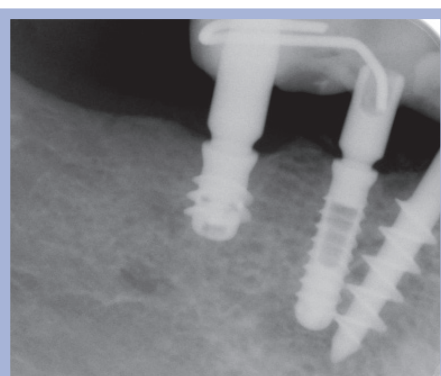


Fig. 21 - Immagine radiografica di protesi parziale "estemporanea" a carico immediato su impianto corto ed impianto di piccolo diametro (provvisorio su moncone standard cilindrico non fresato e tappo di guarigione mediante filo e composito). Controllo a 3 anni

Se il controllo clinico a lungo termine (oltre 10 anni) ci confermerà i risultati riscontrati nel breve e medio termine, potremo proporre ai nostri pazienti l'impianto corto 6.5 come trattamento affidabile delle selle edentule con atrofia verticale di media entità, senza ricorrere a procedure rigenerative. A tutt'oggi rimangono ancora irrisolti alcuni quesiti generali relativi al carico, al rapporto lunghezza della corona/lunghezza implantare, alla biomeccanica degli impianti corti ecc. Riteniamo che, in assenza di studi clinici esaustivi al riguardo, la clinica basata sul buon senso possa soccorrerci. È necessario operare un controllo accurato di tutte le fasi: diagnostiche, biologiche, chirurgiche, protesiche. In particolare, alcuni accorgimenti chirurgici ci sembrano importanti: valutare correttamente la distanza della cresta ossea dal canale alveolare (soprattutto dopo aver spianato creste a lama di coltello), non surriscaldare l'osso soprattutto se di qualità D 1, eseguire una accurata preparazione del sito tenendo lo stesso asse di inserzione delle 3 frese per non ovalizzare il sito stesso e perdere stabilità implantare. In accordo con i dati della recente letteratura, riteniamo che un corretto e preciso management dei tessuti molli sia fattore fondamentale nella prognosi implanto-protesica. Un adeguato spessore dei tessuti molli (Rompen et al. 2007, Fu et al. 2011) rappresenta una valida protezione al tessuto osseo sottostante, in quella zona di transizione fondamentale chiamata ampiezza biologica in cui entrano in gioco molteplici fattori meccanici e biologici: stabilità meccanica, sigillo microbiologico, platform switching. Le caratteristiche della connessione a cono Morse degli impianti Leone ci permettono di affrontare in maniera adeguata tali problematiche ed ottenere ottimi risultati clinici immediati ed a distanza.

Realizzazioni protesiche

Laboratorio Ceramodent di Morbiato Paolo e C. – Padova

Bibliografia

- Annibali S, Cristalli MP, Dell'Aquila D, Bignozzi I, La Monaca G, Pilloni A. *Short dental implants: a systematic review*. J Dent Res 2012;91(1):25-32.
- Cawood JI, Howell RA. *A classification of the edentulous jaws*. Int J Oral Maxillofac Surg 1988; 17(4):232-236.
- Fu JH, Lee A, Wang HL. *Influence of tissue biotype on implant esthetics*. Int J Oral Maxillofac Implants 2011;26(3):499-508.
- Fugazzotto PA. *Shorter implants in clinical practice: rationale and treatment results*. Int J Oral Maxillofac Implants 2008;23(3):487-496.
- Mangano F, Shibli JA, Sammons RL, Veronesi G, Piattelli A, Mangano C. *Clinical outcome of narrow-diameter (3,3-mm) locking-taper implants: a prospective study with 1 to 10 years of follow-up*. Int J Oral Maxillofac Implants 2014;29(2):448-455.
- Mangano FG, Shibli JA, Sammons RL, Iaculli F, Piattelli A, Mangano C. *Short (8-mm) locking-taper implants supporting single crowns in posterior region: a prospective clinical study with 1-to 10-years of follow-up*. Clin Oral Implants Res 2014;25(8):933-940.
- Raviv E, Turcotte A, Harel-Raviv M. *Short dental implants in reduced alveolar bone height*. Quintessence Int 2010;41(7):575-579.
- Renouard F, Nisand D. *Impact of implant length and diameter on survival rates*. Clin Oral Implants Res 2006;17 Supp 2:35-51.
- Rompen E, Raepsaet N, Domken O, Touati B, Van Dooren E. *Soft tissue stability at the facial aspect of gingivally converging abutments in the esthetic zone: a pilot clinical study*. J Prosthet Dent 2007;97(6 Suppl):S119-125.
- Sohrabi K, Mushantat A, Esfandiari S, Feine J. *How successful are small-diameter implants? A literature review*. Clin Oral Implants Res 2012;23(5):515-525.
- Urdaneta RA, Daher S, Leary J, Emanuel KM, Chuang SK. *The survival of ultrashort locking-taper implants*. Int J Oral Maxillofac Implants 2012;27(3):644-654.

MONCONI A TESTA SFERICA PER OVERDENTURE






I monconi a testa sferica per overdenture rappresentano una evoluzione della linea protesica dei monconi per overdenture O-Ring.

I monconi presentano oggi una testa con geometria perfettamente sferica e rivestita in nitruro di titanio, in modo da aumentarne la resistenza all'usura. I monconi angolati sono caratterizzati dalla connessione EXACONE 360°, protetta da un brevetto internazionale, che prevede un esagono apicale staccato dal resto del moncone. Il suo posizionamento libero a 360° sul modello rende semplice il recupero dei disallineamenti, mentre il suo fissaggio permanente guiderà il clinico nel posizionamento sul paziente con la massima precisione.

I monconi a testa sferica per overdenture sono disponibili nella piattaforma protesica Standard solo per impianti Ø3,3 mm e Ø3,75 mm (diametro di connessione verde) e per impianti Ø4,1 mm, Ø4,5 mm e EXACONE 6.5 (diametro di connessione giallo) con le altezze del tratto transmucoso di 1,5 - 3 - 5 mm.

In abbinamento a tali monconi sono state realizzate delle cappette ritentive in elastomero ad aggancio sferico di diverse rigidzze, in modo da fornire un tipo di stabilizzazione della protesi mobile alternativo ai tradizionali O-Ring per overdenture.

Le cappette sono disponibili in tre diverse rigidzze, identificabili grazie al seguente codice colore: bianco (cappetta morbida), arancione (cappetta media), viola (cappetta rigida).

		MORBIDA
		MEDIA
		RIGIDA

Le cappette sono contenute all'interno di apposite cuffie metalliche: le cuffie sono in titanio anodizzato di colore rosaceo, per una migliore estetica all'interno della protesi mobile; da un punto di vista dimensionale hanno un ingombro molto ridotto, inferiore a quello della micro cuffia.

Le cappette ritentive sono compatibili con i monconi per overdenture O-Ring attualmente presenti in catalogo, quindi possono essere utilizzate anche in abbinamento a questi su casi già protesizzati.

A completamento della componentistica relativa ai monconi per testa sferica, sono stati realizzati degli anelli distanziali, cioè anelli in materiale plastico da posizionare sul moncone al momento del fissaggio delle cuffie all'interno della protesi mobile, finalizzati a dare un piano di appoggio alle cuffie stesse. In questo modo si assicura un corretto grado di affondamento della cuffia sulla testa sferica e la si mantiene in posizione, coassiale con la testa stessa o con un'angolazione prefissata, evitandone comunque inclinazioni indesiderate.

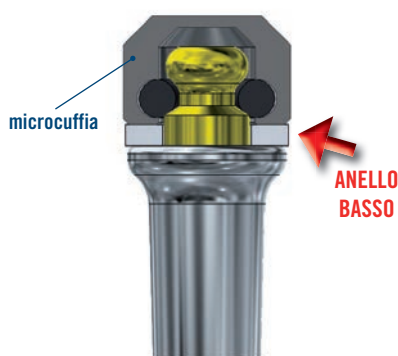
La procedura di fissaggio della cuffia nella protesi mobile risulta identica a quella indicata per le cuffie con O-Ring (vedi nostra Procedura Protesica), con l'aggiunta dell'impiego degli anelli distanziali.

Al momento della sostituzione della cappetta, dopo aver rimosso quella usurata dalla cuffia si potrà inserire a pressione la nuova cappetta utilizzando l'apposito strumento Cat. 156-1004-00.

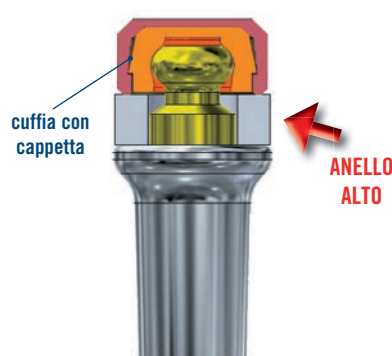
Nella confezione di tutti i monconi a testa sferica sono fornite le tre diverse tipologie di femmine della gamma: la cuffia con O-Ring, la micro cuffia con O-Ring e la cuffia con cappetta media arancione. In questo modo il clinico ha immediatamente a disposizione le componenti per ciascuna delle tre possibili opzioni di aggancio della protesi. Nella confezione di tutti i monconi sono inclusi anche tre anelli distanziali, uno per tipologia, in modo da facilitare il corretto fissaggio di ciascuna delle cuffie a disposizione.

Si ricorda che, a fissaggio delle cuffie ultimato, gli anelli distanziali devono essere rimossi dal cavo orale.

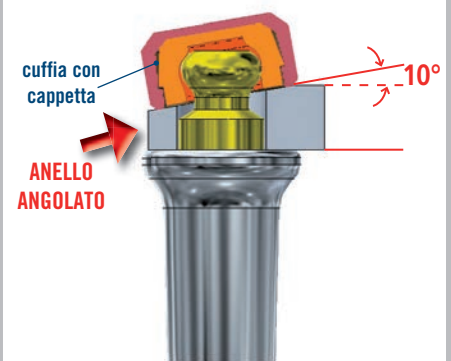
L'anello distanziale **BASSO** si utilizza per il fissaggio nella protesi della cuffia con O-Ring o della micro cuffia con O-Ring.



L'anello distanziale **ALTO** si utilizza per il fissaggio nella protesi della cuffia con cappetta in asse con la testa del moncone.



L'anello distanziale **ALTO ANGOLATO**, facilmente riconoscibile dalla presenza di una protuberanza che ne indica il massimo spessore, consente il fissaggio della cuffia con cappetta nella protesi con un'angolazione maggiorata di 10° rispetto alla testa del moncone.




MONCONI A TESTA SFERICA PER OVERDENTURE

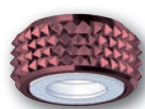
Fabbricati in titanio grado medicale 5, si fissano agli impianti tramite la connessione EXACONE 360°.

Confezioni composte da:

1 moncone, 1 esagono (escluso per i diritti), 1 cuffia con O-Ring, 1 micro cuffia con O-Ring, 1 cuffia con cappetta media arancione, 1 anello distanziale basso, 1 anello distanziale alto, 1 anello distanziale alto angolato



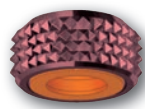
	Ø 3,3 - 3,75			Ø 4,1 - 4,5 - EXACONE 6.5		
per impianto	Ø 3,3 - 3,75			Ø 4,1 - 4,5 - EXACONE 6.5		
altezza tratto transmucoso	1,5 mm	3 mm	5 mm	1,5 mm	3 mm	5 mm
DIRITTI	123-3300-01	123-3300-03	123-3300-05	123-4100-01	123-4100-03	123-4100-05
ANGOLATI 15°	123-3315-01	123-3315-03	123-3315-05	123-4115-01	123-4115-03	123-4115-05



123-0004-02

CUFFIA OVERDENTURE CON CAPPETTA MORBIDA BIANCA

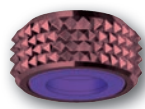
Fabbricata in titanio grado medicale 5, diametro esterno 4 mm, altezza 2 mm. Con cappetta morbida bianca premontata all'interno.



123-0004-03

CUFFIA OVERDENTURE CON CAPPETTA MEDIA ARANCIONE

Fabbricata in titanio grado medicale 5, diametro esterno 4 mm, altezza 2 mm. Con cappetta media arancione premontata all'interno.



123-0004-04

CUFFIA OVERDENTURE CON CAPPETTA RIGIDA VIOLA

Fabbricata in titanio grado medicale 5, diametro esterno 4 mm, altezza 2 mm. Con cappetta rigida viola premontata all'interno.

123-0001-02

RICAMBIO

CAPPETTA MORBIDA BIANCA

123-0001-03

RICAMBIO

CAPPETTA MEDIA ARANCIONE

123-0001-04

RICAMBIO

CAPPETTA RIGIDA VIOLA

Confezioni composte da:

2 cuffie overdenture, 2 anelli distanziali alti, 2 anelli distanziali alti angolati

STRUMENTO PER MONTAGGIO CAPPETTA PER OVERDENTURE

Fabbricato in acciaio inossidabile.

Si utilizza per posizionare la nuova cappetta per overdenture all'interno dell'apposita cuffia.



[156-1004-00](#)

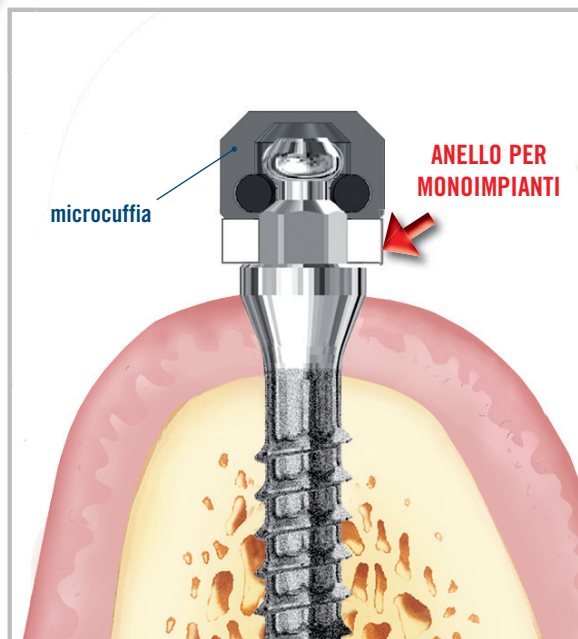


ANELLO DISTANZIALE PER MONOIMPIANTI

In aggiunta agli anelli distanziali disponibili per i monconi a testa sferica, è stato realizzato un nuovo anello distanziale specifico per i monoimpianti. Tale anello distanziale si utilizza per il corretto fissaggio della micro cuffia (Cat. 123-0003-00) inclusa nella confezione del monoimpianto; può essere utilizzato anche per il fissaggio della cuffia con O-ring (Cat. 123-0002-00). La procedura di fissaggio della micro cuffia (o della cuffia) nella protesi mobile resta quella indicata nella Procedura Protesica, con l'aggiunta dell'impiego degli anelli distanziali. L'anello è già disponibile nelle confezioni dei monoimpianti.

Pertanto gli anelli distanziali per micro cuffia sono adesso disponibili in 2 diverse tipologie, una relativa ai monconi a testa sferica, l'altra specifica per i monoimpianti. L'anello relativo ai monconi a testa sferica è di colore **GRIGIO**, mentre quello specifico per i monoimpianti è di colore **BIANCO**.

Si ricorda che, a fissaggio delle cuffie ultimato, gli anelli distanziali devono essere rimossi dal cavo orale.



MONCONI PER PROTESI AVVITATA ANGOLATI GH 1,5 mm

I nuovi monconi per protesi avvitata rappresentano un ampliamento della linea protesica dei monconi per protesi avvitata. Fabbricati in titanio grado medicale 5, si fissano agli impianti tramite la connessione EXACONE 360°.

La specifica geometria consente di minimizzarne l'ingombro in caso di gengiva molto sottile e di impianti molto vestibolarizzati. I monconi per protesi avvitata angolati GH 1,5 mm sono disponibili nella piattaforma protesica Standard solo per impianti Ø3,3 mm e Ø3,75 mm (diametro di connessione verde) e per impianti Ø4,1 mm, Ø4,5 mm e EXACONE 6.5 (diametro di connessione giallo).

Confezioni composte da:

1 moncone, 1 esagono, 1 cappetta calcinabile standard, 1 vite di connessione standard, 1 cappetta calcinabile alta, 1 vite di connessione a testa alta



per impianto	Ø 3,3 - 3,75	Ø 4,1 - 4,5 - EXACONE 6.5
altezza tratto transmucoso	1,5 mm	1,5 mm
ANGOLATI 15°	126-3301-15	126-4101-15
ANGOLATI 25°	126-3301-25	126-4101-25

NEW**STRUMENTO PER RIMOZIONE MONCONI**

I monconi Leone sono caratterizzati da una connessione conica autobloccante, che, una volta attivata, determina una unione molto forte (saldatura a freddo) con l'impianto dentale. Occasionalmente si possono presentare dei casi in cui si desidera sostituire il moncone connesso all'impianto con uno nuovo di diversa geometria, essenzialmente in seguito alla necessità di un cambio di tipologia di riabilitazione protesica. Per casi come questi è stato sviluppato uno strumento dedicato alla rimozione di monconi Leone, derivato da delle pinze da estrazione appositamente modificate.

Tale dispositivo si basa sul cosiddetto "effetto cuneo", in cui si sviluppa una forza estrattiva che dipende dalla geometria del moncone, in particolare del suo tratto transmucoso. Per questo motivo, per il corretto funzionamento dello strumento il tratto transmucoso del moncone deve risultare totalmente integro e non alterato dalla preparazione protesica.

Con l'impiego dello strumento si danneggia il moncone a livello della connessione conica, rendendolo così inutilizzabile. Risulta pertanto necessario sostituirlo con un moncone nuovo.

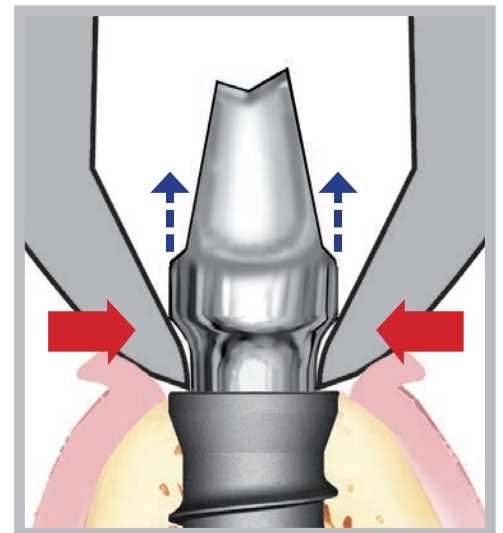
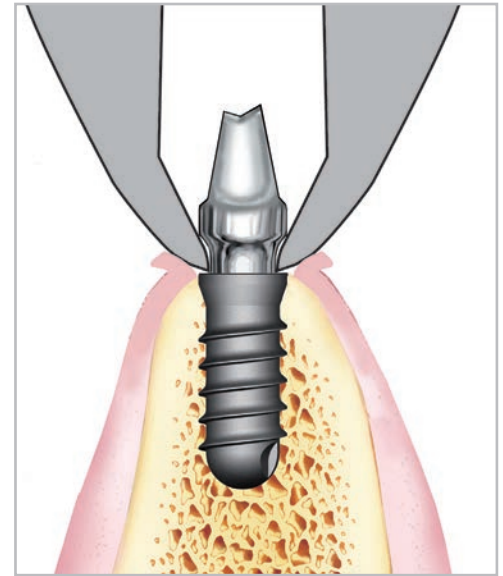
Nella confezione dello strumento sono incluse le istruzioni per l'uso corredate di immagini esplicative.

Fabbricato in acciaio inossidabile.

Agendo sul tratto transmucoso del moncone, permette di esercitare la forza necessaria per la rimozione di un moncone connesso in maniera definitiva all'impianto.

È disponibile in due modelli specifici per la piattaforma protesica.

Ciascun modello è universale per monconi dei tre diversi diametri di connessione

**156-1022-01****STRUMENTO PER LA RIMOZIONE DEI MONCONI DELLA PIATTAFORMA STANDARD****156-1022-02****STRUMENTO PER LA RIMOZIONE DEI MONCONI DELLA PIATTAFORMA LARGE**

Valutazione dei rischi per il Sistema Implantare Leone: oltre 10 anni di affidabilità e innovazione

Ing. Giulia Veloce

Facoltà di Ingegneria Biomedica dell'Università degli Studi di Firenze

Parole chiave

analisi dei rischi

Nelle fasi di progettazione e realizzazione di ogni dispositivo medico, Leone ha sempre tenuto in primaria considerazione la sicurezza degli utilizzatori, così come richiesto dalla Direttiva comunitaria sui dispositivi medici 93/42 e successive modificazioni. Essa infatti riporta i requisiti essenziali per la tutela della sicurezza di pazienti ed utilizzatori che un dispositivo medico deve rispettare affinché possa essere messo sul mercato. Da ciò ne deriva che un prodotto può essere commercializzato solo se viene sottoposto ad un adeguato processo di gestione del rischio, che può essere conseguito secondo due modalità:

- tramite un'analisi qualitativa, seguendo una procedura fondata su un'analisi critica della letteratura scientifica pertinente, sulla esperienza del fabbricante, sulle prove effettuate e su tutte le indagini cliniche condotte;
- tramite un'analisi quantitativa che tenga conto delle eventuali norme tecniche esistenti.

Ambedue le analisi devono essere documentate in un apposito fascicolo tecnico, in continuo aggiornamento con dati derivanti dalla sorveglianza post-vendita, sempre a disposizione degli Organismi Notificati di sorveglianza e dell'Autorità Competente che per l'Italia è il Ministero della Salute.

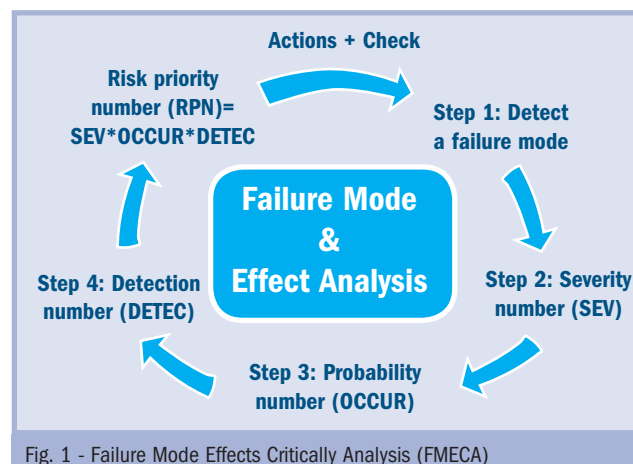
Al momento dell'avvio del progetto nel 2001, la scelta aziendale per l'attività di gestione del rischio del sistema implantare Leone è stata rivolta alla prima metodologia ed ha permesso di individuare gli elementi di potenziale rischio e attuare tutte le misure necessarie per minimizzarne gli effetti. Per poter avere un quadro completo e aggiornato del rischio è stato recentemente effettuato, in collaborazione con la Facoltà di Ingegneria Biomedica dell'Università degli Studi di Firenze, anche uno studio quantitativo che tenesse conto delle norme tecniche più aggiornate. Lo scopo era quello di evidenziare le differenze rispetto alla analisi qualitativa, con la possibilità di migliorare, eventualmente, il processo di gestione del rischio. Per far ciò, a partire dalla norma UNI CEI ISO 14971 ("Applicazione della gestione dei rischi per i dispositivi medici") con l'utilizzo di sofisticate metodologie quali la Failure Mode Effects Critically Analysis (FMECA), utilizzata da decenni in campo aeronautico e industriale e applicabile con successo in campo sanitario, sono state identificate le possibili fonti di pericolo, sono stati stimati i rischi associati all'utilizzo del dispositivo medico, tenendo sempre in considerazione la valutazione del rapporto tra rischio e beneficio, ed infine, in base ai risultati ottenuti, è stato fatto un confronto con l'analisi dei rischi in essere.

Il concetto di rischio è definito dalla norma come un fattore che tiene in considerazione la gravità del danno (Severity) causato da un potenziale evento negativo (Failure Mode) associato al dispositivo, la probabilità di accadimento dell'evento negativo (Occurrence) e la capacità di identificare l'evento negativo prima che esso si verifichi (Detection).

Questo studio quantitativo ha pienamente convalidato quanto affermato dalla originale valutazione del rischio secondo l'approccio qualitativo del sistema implantare Leone, confermandone dunque la validità anche dal punto di vista normativo e scientifico. Da tale analisi è emerso inoltre come gli eventi negativi risultati più critici siano connessi alla variabilità della parte clinica e dunque all'utilizzo del prodotto. Ma è possibile determinare un parametro quantitativo che indichi l'affidabilità umana nell'esecuzione di un dato compito? Per rispondere a questo quesito è stata approfondita la valutazione del rischio con innovative tecniche per l'analisi dell'affidabilità umana (Human Reliability Analysis). Tali tecniche sono nate in origine per settori come l'aeronautico ed il nucleare per fornire valori di probabilità di errore connessi all'operato umano, con lo scopo di ridurre la probabilità di eventi incidentali.

Per quanto riguarda l'ambito degli impianti dentali, sono stati individuati vari parametri che descrivessero l'affidabilità correlata all'azione di due categorie di utilizzatori e dunque ipotetiche fonti di errore: le figure professionali (medico e tecnico) ed il paziente. L'attività di entrambi i professionisti ha grande influenza sull'esito della riabilitazione implantoprotesica ed in particolare si è concluso che le azioni che permettono di ridurre la probabilità di accadimento di un evento dannoso derivato da errore umano sono un'adeguata formazione per le figure professionali ed una informazione che renda il paziente consapevole e attivo nelle varie fasi della gestione della riabilitazione.

A questo proposito la Società Leone svolge una intensa attività di informazione e formazione verso i clinici ed i tecnici tramite la propria divisione scientifica, Istituto Studi Odontoiatrici.



ISO[®]
ISTITUTO
STUDI
ODONTOIATRICI

divisione scientifica della



Ortodonzia e Implantologia

PROSEGUE
NEL **2015**

LA NOSTRA INIZIATIVA

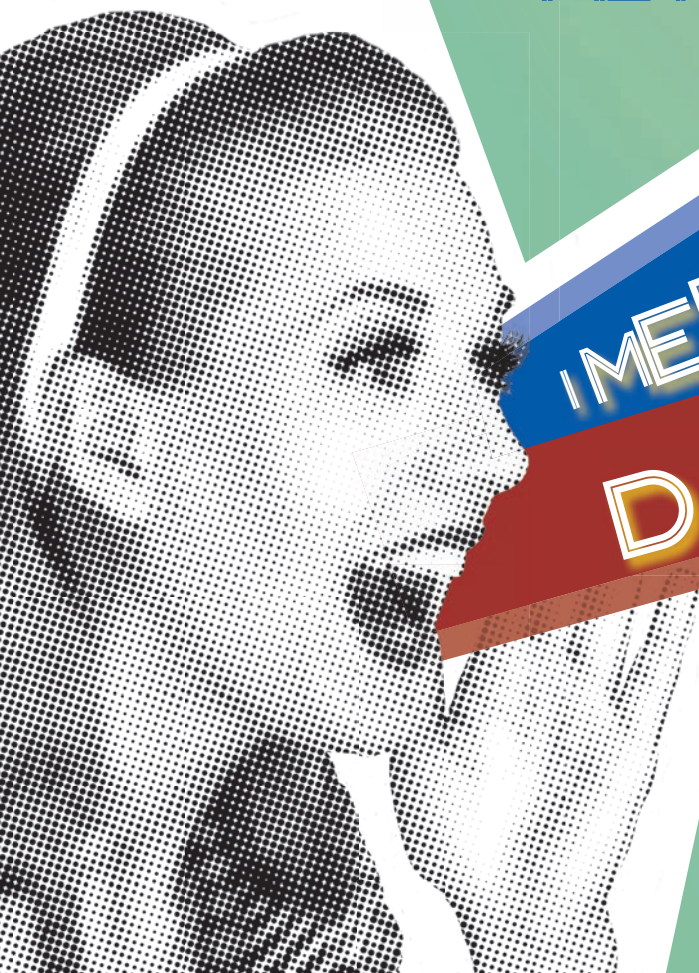
UN CORSO

GRATUITO

AL MESE



MERCOLEDÌ
DA LEONE



**I monoimpianti per overdenture O-ring:
indicazioni, protocolli e follow-up**

Relatore: **Dr. Roberto Meli**

25 Febbraio 2015

**L'impianto Max Stability e i biomateriali
Biomimetic Line nella gestione dei casi complessi**

Relatore: **Dr. Marino Miccini**

22 Aprile 2015

**Il carico immediato in implantologia:
indicazioni, limiti e procedure**

Relatore: **Dr. Luigi Lucchiarì**

17 Giugno 2015

**PROSSIME DATE PER I
CORSI IMPLANTOLOGIA:**

Per informazioni:

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

Seguici su Facebook





prodotti per la rigenerazione tissutale



Prodotto da




Distribuito in esclusiva da



ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA



SOSTITUTO OSSEO SINTETICO MBCP™ Putty

CONFEZIONE	QUANTITÀ PER CONFEZIONE	CODICE ARTICOLO	INDICAZIONI
	2 siringhe da 0,5 ml	310-0000-10 euro 155,00*	<ul style="list-style-type: none"> • Siti post-estrattivi • Difetti intraossei • Difetti perimplantari • Mini rialzo del seno mascellare

MICROPOROUS
BIPHASIC
CALCIUM
PHOSPHATE



MBCP™
Putty



SOSTITUTO OSSEO SINTETICO MBCP+™

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

MICRO-MACROPOROUS
BIPHASIC
CALCIUM
PHOSPHATE



MBCP+™
Granuli



MEMBRANA RIASSORBIBILE NATURALE EZ CURE™

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

TECNOLOGIA CROSS-LINKING
RIASSORBIMENTO CONTROLLATO
BI-SIDE
MICROPOROSA



EZ CURE™
Membrane

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

*Tutti i prezzi indicati sono da intendersi IVA esclusa

L'IMPIANTO SINGOLO

dalle evidenze scientifiche ai risultati clinici

Autori Dott. Alberto Frezzato, Dott.ssa Irene Frezzato



Questa pubblicazione rappresenta, a oltre dodici anni dall'uscita del sistema implantare Leone, una bella prova di maturità, tanto del sistema quanto degli Autori, esperti utilizzatori della metodica.

È stato scelto il tema della sostituzione implanto-protetica del dente singolo, in quanto evenienza frequente nella quotidianità di studio, ma anche argomento centrale che riunisce le diverse tematiche implantari.

Il manuale costituisce una trattazione chiara ed esaustiva che si rivelerà sicuramente un valido strumento di supporto per clinici che esercitano l'implantologia ad ogni livello.

Il sistema implantare Leone possiede le caratteristiche ideali per la realizzazione ottimale di un elemento singolo implanto-supportato e per il mantenimento dei risultati nel tempo, formando così un perfetto connubio con il tema da noi affrontato. Nel capitolo dedicato alle interfacce in implanto-protesi (Fig. 1) si chiariscono nel dettaglio quali siano i fattori in gioco per il successo di una riabilitazione implanto-protetica e si evidenziano, una volta di più, le proprietà del sistema che ne favoriscono il raggiungimento (Fig. 2).

Si è scelto di mostrare, attraverso numerosi case report, le situazioni più frequenti che si presentano nella clinica quotidiana, e tutti i casi sono stati trattati sulla base delle conoscenze ricavate dalla disamina della letteratura scientifica internazionale, in accordo al principio della cosiddetta "evidence based dentistry" (Figg. 3,4): la ricca bibliografia di riferimento citata nel testo viene riportata alla fine di ogni capitolo.

Particolare risalto è stato dato agli impianti post-estrattivi nei vari tipi di sito, e abbiamo cercato di fornire, attraverso numerosi esempi, utili indicazioni per stabilire nel miglior modo possibile il corretto "timing" implantare ed eseguire procedure predicibili (Figg. 5, 6).

Abbiamo descritto varie tecniche di preparazione del sito implantare, con e senza utilizzo di materiali da innesto, quando possibile improntate al principio di minima invasività (Figg. 7, 8).

Si è sottolineata la sempre maggiore diffusione, in alternativa all'impiego di tecniche incrementali, di impianti corti ("short") e di piccolo diametro ("narrow").

Ampio spazio è stato dedicato anche alle complicanze e alle possibilità di errore nella pratica implantare, argomenti talvolta spinosi ma estremamente utili in quanto parte integrante dell'attività clinica (Figg. 9, 10).

Un intero capitolo è stato infine dedicato all'estetica, fattore sempre più rilevante per il successo del trattamento implanto-protetico, partendo dalla spiegazione di un corretto inquadramento iniziale fino ad arrivare all'esame delle varie fasi del trattamento (Figg. 11, 12).

Tutti i casi illustrati mostrano un follow-up che in alcuni casi raggiunge o persino supera i dieci anni, a dimostrazione della durata nel tempo dei risultati ottenuti, un successo a lungo termine che non con tutti gli impianti è possibile raggiungere (Figg. 13, 14).

Per concludere, speriamo che questo nostro lavoro possa essere per tutti i colleghi, oltre che un ausilio pratico ed immediato, anche uno strumento di riflessione sulle difficoltà della nostra professione e uno stimolo per continuare a studiare.

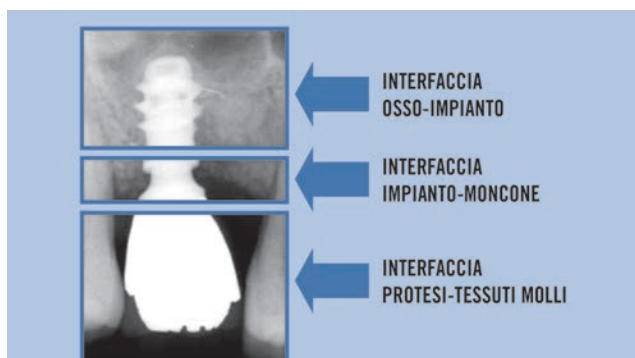


Fig. 1 - Schema dei tre diversi livelli di interfaccia che determinano il successo di una riabilitazione implanto-protetica



Fig. 2 - Esempio di cementazione extra-orale di una corona protetica, procedura peculiare di un sistema privo di vite di connessione

DIFETTO	PERDITA DELLA PARETE OSSEA VESTIBOLARE	TRATTAMENTO	TEMPO D'ATTESA PER L'INSERIMENTO DELL'IMPIANTO
Lieve	< 3 mm	MBA, FGG, VX	> 4 mesi
Moderato	3-6 mm	MBA, CTG, rivalutazione, GBR, VX, CTG	6 mesi
Grave	> 6 mm	MBA, CTG, rivalutazione, MBA, CTG	7-10 mesi

MBA (Mineralized irradiated Bone Allograft) = alloinnesto di osso mineralizzato irradiato
 FGG (Free Gingival Graft) = innesto libero di gengiva
 CTG (Connective Tissue Graft) = innesto di tessuto connettivo
 GBR (Guided Bone Regeneration) = rigenerazione ossea guidata
 VX (Veneer Xenograft) = xeno-innesto a copertura vestibolare

Fig. 3 - Linee guida per la valutazione e la gestione del danno tissutale secondo Pikos (2009)



PES (Pink Esthetic Score)	
Papilla mesiale	2
Papilla distale	1
Curvatura della mucosa vestibolare	2
Livello della mucosa vestibolare	2
Convessità radicolare/colore e texture dei tessuti molli	2
PUNTEGGIO TOTALE di PES (media ± SD)	9
WES (White Esthetic Score)	
Forma del dente	2
Volume e contorno del dente	2
Colore (scala cromatica, tonalità, valore)	2
Texture di superficie	1
Traslucenza e caratterizzazioni	1
PUNTEGGIO TOTALE di WES (media ± SD)	8

Fig. 4 - Valutazione estetica di un restauro implanto-protetico in posizione 11 con indici PES (Pink Esthetic Score) e WES (White Esthetic Score): controllo clinico a 5 anni

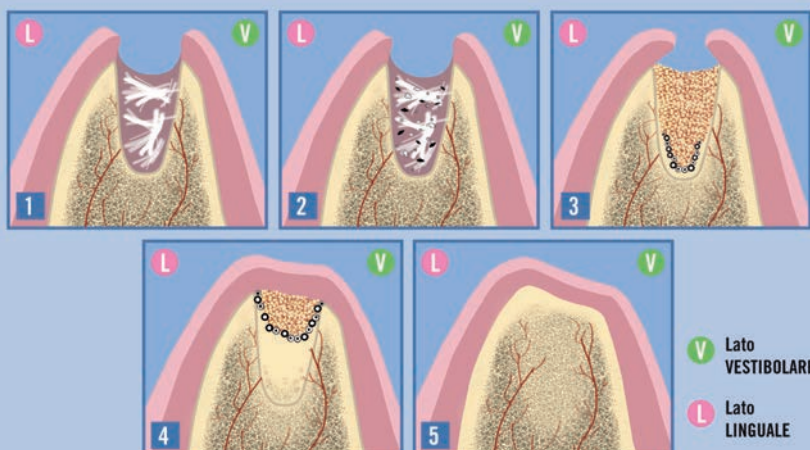


Fig. 5 - Schema grafico del processo di guarigione dell'alveolo post-estrattivo

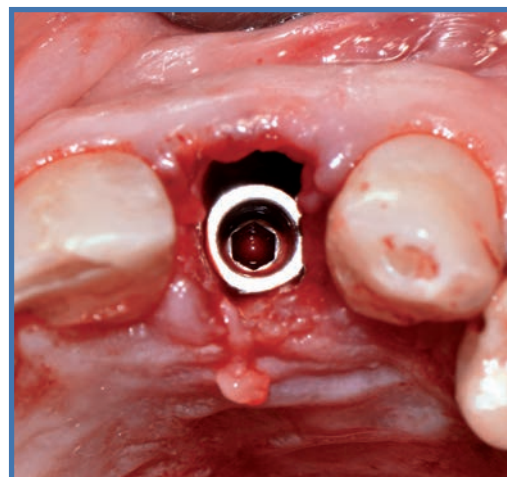


Fig. 6 - Visione assiale di un impianto post-estrattivo immediato: se ne può apprezzare il corretto posizionamento in direzione mesio-distale e vestibolo-palatale

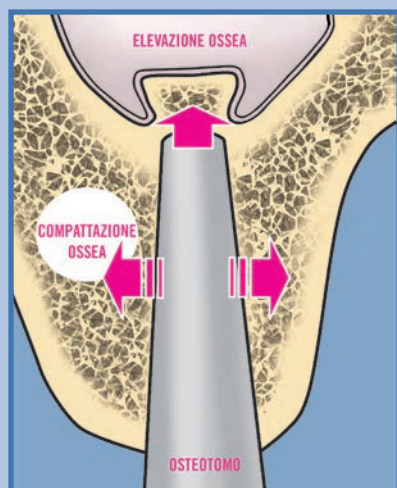


Fig. 7 - Schema del principio di funzionamento delle tecniche osteotomiche secondo Summers

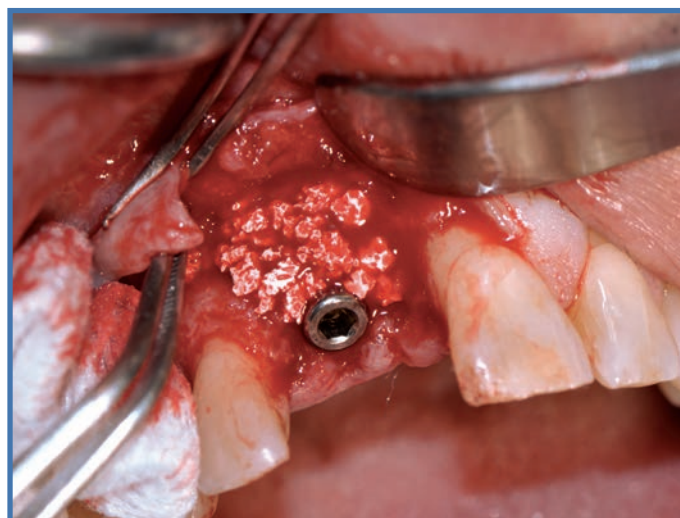


Fig. 8 - Posizionamento di un bioinnesto vestibolare dopo l'inserimento del tappo di guarigione

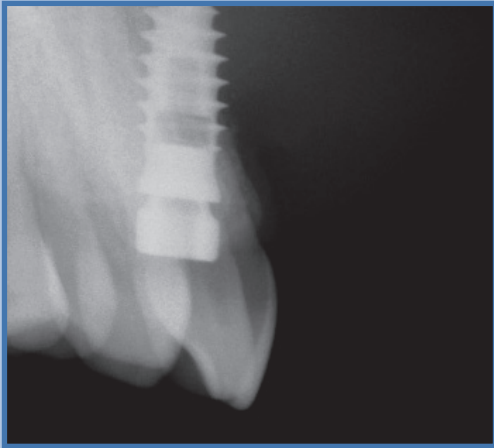


Fig. 9 - La radiografia endorale in latero-laterale mostra la non corretta assialità dell'impianto sul piano sagittale, con perforazione della corticale vestibolare

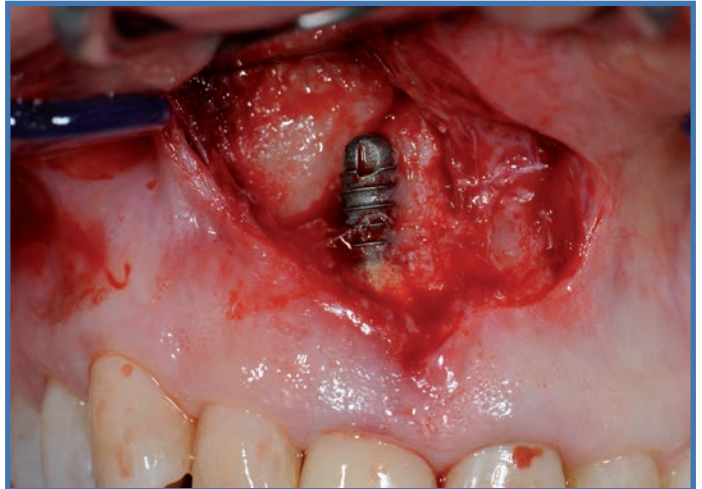


Fig. 10 - L'apertura di un lembo a tutto spessore evidenzia l'esposizione delle spire implantari in seguito a lesione infiammatoria para-implantare



Fig. 11, 12 - Confronto fra situazione prima (corona in zona 11 ricostruita in composito dopo frattura corono-radicolare) e dopo il trattamento implanto-protetico (controllo ad 1 anno della consegna). Il risultato estetico appare notevole

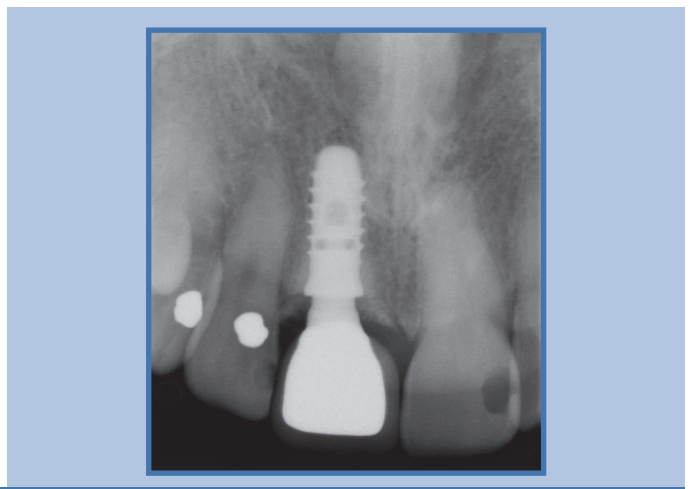


Fig. 13, 14 - Controllo clinico e radiografico a 60 mesi di un elemento implanto-protetico in zona 11: si può osservare la perfetta stabilità dei tessuti peri-implantari

Il manuale può essere richiesto telefonicamente al numero **055.30441** oppure mandando una mail all'indirizzo **clienti@leone.it**

Visitate la rinnovata sezione

VIDEO APPLICAZIONI CLINICHE

nel nostro sito www.leone.it

Con alcuni collaboratori dell'Exacone Team abbiamo preparato una nuova serie di video aggiornati con i più recenti prodotti del nostro sistema implantare.

Tutti i filmati sono visibili da PC, IPAD, SMARTPHONE.



IMPLANTOLOGIA BASE

- new** Impianti arcata inferiore
- new** Impianto Max Stability arcata superiore
- new** Edentulia totale superiore
- new** Impianto corto 6.5
- new** Protesi cementata
- new** Protesi avvitata
- new** Impronta su 8 impianti
- new** Cementazione extra-orale
- new** Tecnica diretta

Dr. Leonardo Targetti
Dr. Leonardo Targetti
Dr. Mario Guerra
Dr. Leonardo Targetti
Dr. Leonardo Targetti
Dr. Leonardo Targetti
Dr. Salvatore Belcastro
Dr. Mario Guerra
Dr. Leonardo Targetti

CHIRURGIA GUIDATA

Edentulia parziale, carico immediato – Metodica DSL
Sella edentula, carico immediato – Metodica DSL
Edentulia totale, carico immediato – Metodica DSL

Dr. Renato Turrini
Dr. Renato Turrini
Dr. Leonardo Targetti

IMPLANTOLOGIA AVANZATA

- new** Impianto post-estrattivo Max Stability
- new** Split crest con impianti Max Stability
- new** Chirurgia flapless
- Mini rialzo di seno con 2 impianti

Dr. Leonardo Targetti
Dr. Mario Guerra
Dr. Leonardo Targetti
Dr. Alberto Frezzato

IMPLANTOPROTESI DIGITALE

Impronta digitale
Realizzazione CAD-CAM di una corona provvisoria

Dr. Leonardo Targetti
Odt. Massimiliano Pisa

CHIRURGIA RIGENERATIVA

- Grande rialzo di seno bilaterale
- new** Grande rialzo di seno
- new** Difetto circonferenziale post-estrattivo
- new** Ricostruzione della parete vestibolare

Dr. Marino Miccini
Dr. Leonardo Targetti
Dr. Leonardo Targetti
Dr. Leonardo Targetti

MONOIMPIANTI

Monoimpianti per overdenture o-ring

Dr. Roberto Meli

Impianto post-estrattivo immediato a carico immediato in zona estetica

Dott. Francesco Cascella
Libero professionista a Napoli

Parole chiave

post-estrattivo immediato, carico immediato, moncone temporaneo, CAD/CAM, zirconia, cementazione extra-orale

Nel settembre 2013 si presenta alla nostra osservazione un paziente di 59 anni con rottura del 22 al terzo cervicale (Figg. 1, 2). La richiesta del paziente è stata quella di poter essere riabilitato con una protesi fissa su impianto.

Decidiamo di riabilitare il paziente, essendo una zona estetica, con un impianto Leone Ø 4,1 x 10 mm e un moncone ibrido titanio-zirconia coperto da una corona in zirconia. Preferiamo applicare un impianto standard e non un Max Stability in ragione del fatto che abbiamo a disposizione una densità di osso D 2 pronta per accogliere un impianto tipo standard. Dopo aver anestetizzato il paziente tramite plessica, si è proceduto all'estrazione atraumatica del 22 nel massimo rispetto dei tessuti (Fig. 3). Dopo aver eseguito una attenta toelettatura chirurgica del sito implantare è stato controllato che le pareti alveolari fossero integre. L'approccio del sito chirurgico è stato più palatale rispetto a quello anatomico per prevenire un eventuale riassorbimento crestale.

Dopo un'accurata preparazione del sito implantare con abbondante irrigazione di soluzione fisiologica si è posizionato un impianto Ø 4,1x10 mm in posizione endocrestale, circa 2 mm al di sotto della cresta alveolare vestibolare per gestire un eventuale riassorbimento della stessa (Fig. 4).

Abbiamo posizionato un moncone temporaneo in ultrapolimero PEEK che è stato preparato intraoralmente (Fig. 5).

A questo punto è stata applicata una corona provvisoria in resina (dopo cementazione extra-orale sul moncone temporaneo), naturalmente cercando di eliminare tutti i punti di contatto sia in massima intercuspide sia nei movimenti di protrusione e lateralità (Figg. 6, 7).

A distanza di 3 mesi è stata staccata la corona e periodicamente ogni 20 giorni è stata ribasata (Fig. 8).

Notiamo dalla prima ribasatura la crescita della papilla e il conferimento del giusto profilo d'emergenza.

Successivamente, a distanza di 6 mesi dal posizionamento implantare, abbiamo provveduto alla preparazione e alla consegna del restauro protesico definitivo, una corona in zirconia su moncone ibrido titanio-zirconia con cementazione extra-orale (Figg. 9-22).

L'ultimo controllo a 3 mesi dalla consegna del manufatto finale mostra un'ottima formazione della parabola gengivale e una notevole crescita della papilla (Fig. 23).

Realizzazioni protesiche

Laboratorio odontotecnico Riccio snc Centro CAD - Napoli

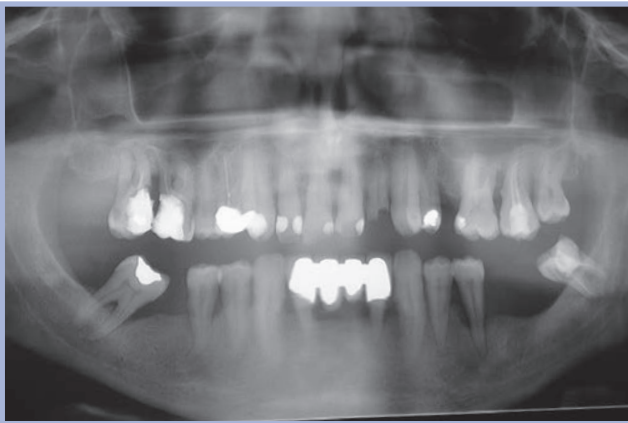


Fig. 1 - OPT iniziale



Fig. 2 - Situazione clinica iniziale



Fig. 3 - Estrazione dell'elemento 22

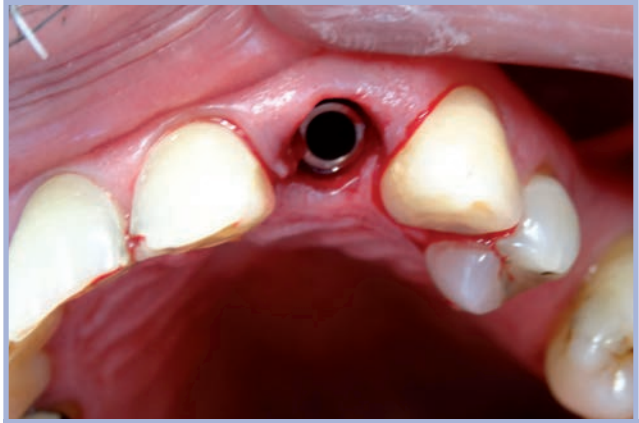


Fig. 4 - Visione occlusale dell'impianto



Fig. 5 - Inserimento del moncone temporaneo precedentemente preparato intraoralmente

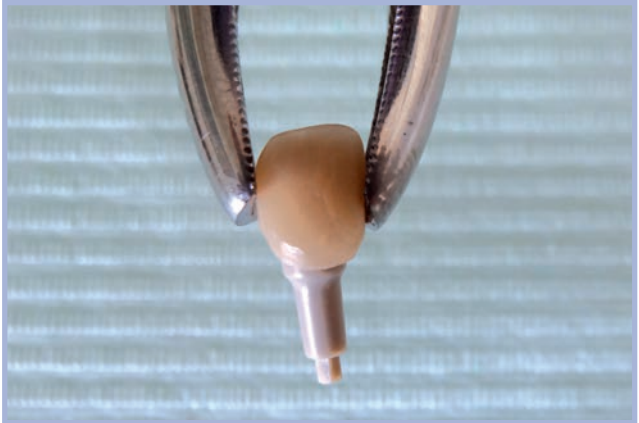


Fig. 6 - Cementazione extra-orale della corona provvisoria al moncone temporaneo



Fig. 7 - Inserimento del manufatto provvisorio nell'impianto



Fig. 8 - Situazione clinica a distanza di 3 mesi dal posizionamento implantare. Si noti la ricrescita delle papille interdentali

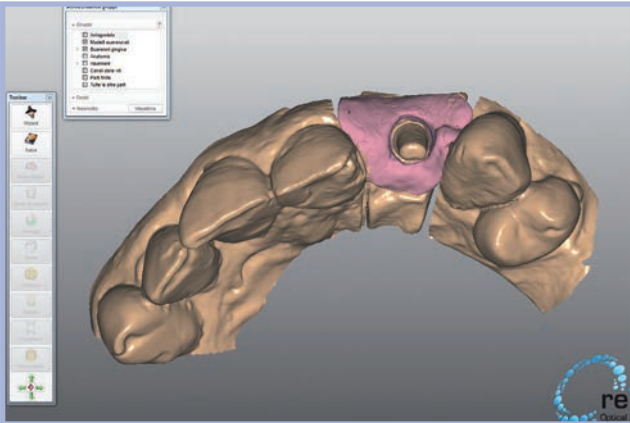


Fig. 9 - Progettazione al CAD del moncone MultiTech (visione oclusale)

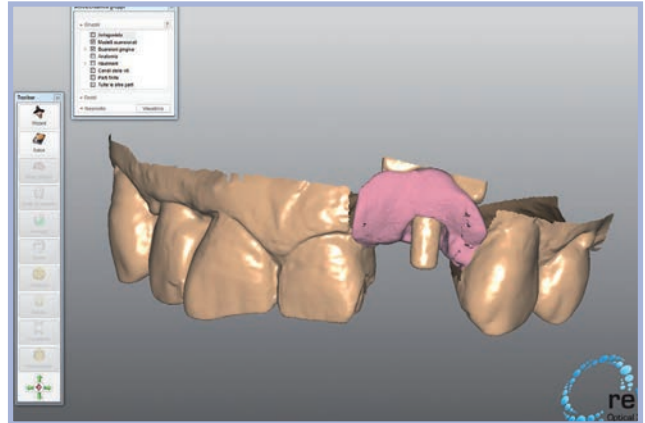


Fig. 10 - Progettazione al CAD del moncone MultiTech (visione vestibolare)

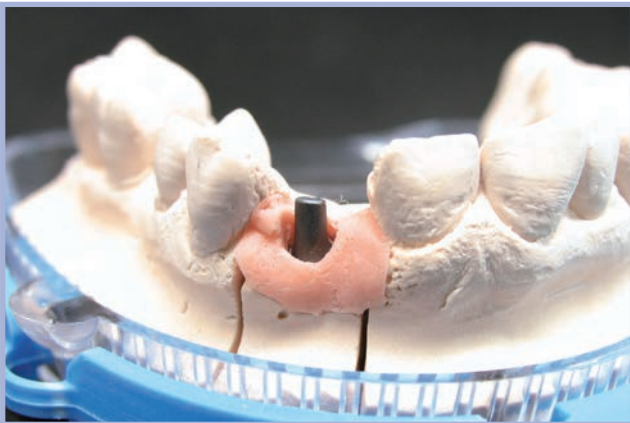


Fig. 11 - Visione del moncone MultiTech su modello

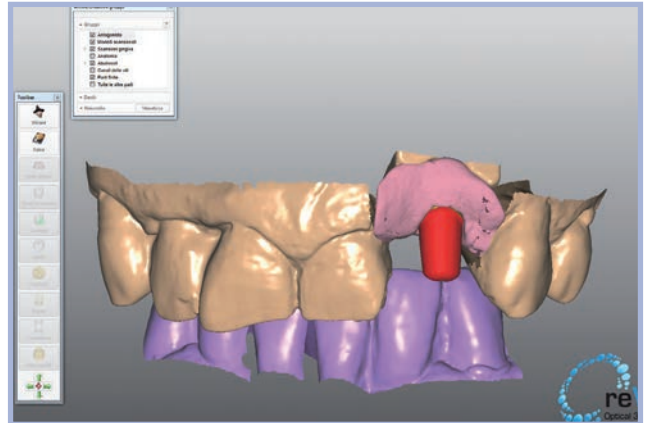


Fig. 12 - Modellazione sovrastruttura per incollaggio

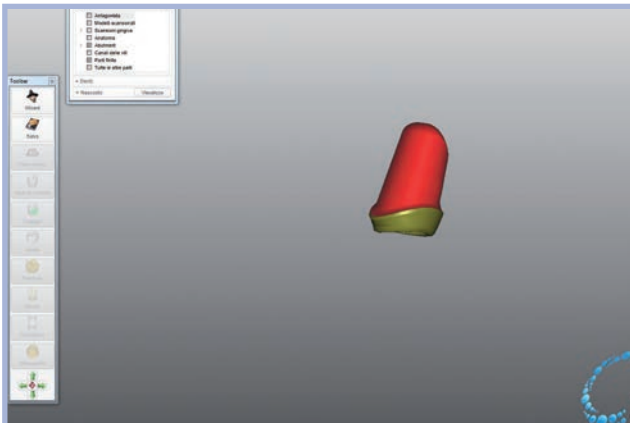


Fig. 13 - STL abutment in zirconia

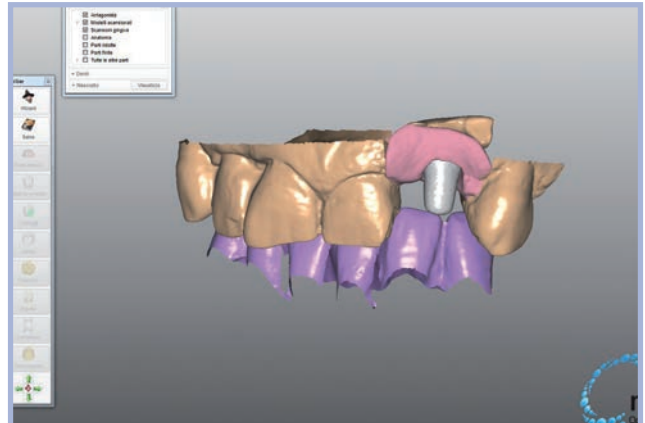


Fig. 14 - Visione al CAD dell'abutment in zirconia



Fig. 15 - Moncone MultiTech e abutment in zirconia

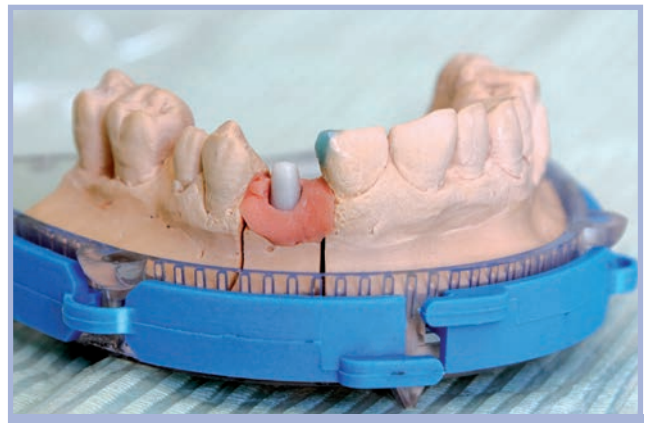


Fig. 16 - Visione dell'abutment in zirconia su modello



Fig. 17 - Prova dell'abutment in bocca

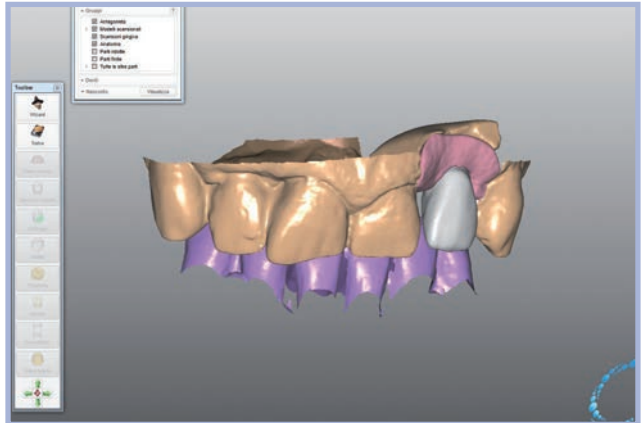


Fig. 18 - Anatomia dell'elemento definitivo

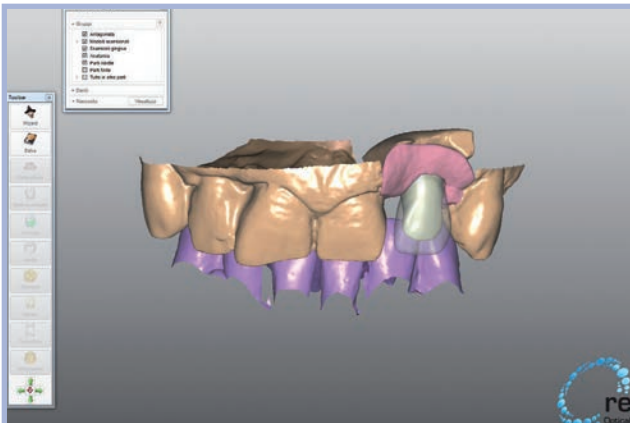


Fig. 19 - Calcolo degli spessori di riduzione

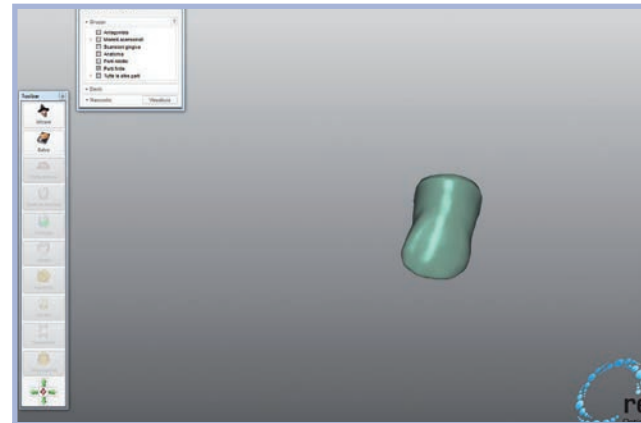


Fig. 20 - STL cappetta in zirconia



Fig. 21 - Visione su modello dell'elemento definitivo



Fig. 22 - Consegna del manufatto finale



Fig. 23 - Controllo a 3 mesi dalla consegna del manufatto finale



PROFESSIONALITA' ESPERIENZA INFORMAZIONE CONSULENZA

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

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

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

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

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



Dott. Leonardo Targetti



Dott. Salvatore Belcastro



Dott. Fulvio Floridi



Dott. Alberto Frezzato



Dott. Roberto Meli



Dott. Mario Guerra



Dott. Luigi Lucchiarri



Dott. Marino Miccini



Dott. Nazario Russo



Dott. Giacomo Coppola



Dott. Renato Turrini



Dott. Leonardo Palazzo



Dott. Dario Mercuri



Dott. Fabrizio dell'Innocenti



Dott. Giancarlo Romagnuolo



Dott. Bruno Portelli



Dott. Alfonso Sinisi



Dott. Salvatore Dettori



S **1934** **2014**
Anni



Ortodonzia e Implantologia