

11.2018-ANNO 15-N.27

EXACONE

News



IL BOLLETTINO DEL
SISTEMA IMPLANTARE LEONE



L'efficienza
della **semplicità**



ISTITUTO STUDI
ODONTOIATRICI

Cultura Formazione Aggiornamento

Dal 1982 punto di riferimento per l'attività odontoiatrica
nazionale e internazionale

Porte aperte ai giovani



Malgrado sia mamma di 3 ragazzi dai 18 ai 24 anni, i giovani ancora riescono a stupirmi e sempre in positivo.

Spesso il pensiero comune tende a dipingere le nuove generazioni come peggiori delle precedenti, di ogni caso negativo viene fatta una generalizzazione e di solito si parla in modo catastrofico del futuro e di come sarà gestito dai ragazzi di oggi.

Io invece non credo proprio, ho molta fiducia in loro e vedo dei talenti e delle capacità incredibili nei giovani.

Il problema forse sta più nel fare in modo che essi possano esprimere le loro potenzialità al meglio e che siano stimolati a farlo. Se coinvolti, educati e incentivati riescono a dare tanto e a dimostrare capacità ed entusiasmo.

Lo scorso venerdì, ad esempio, abbiamo ospitato nella nostra Aula Magna Marco Pozzi un evento dal titolo "La vita è il vero sballo" della Onlus Generazioni Contatti che si occupa di sensibilizzare giovani e adulti alla sicurezza stradale, al consumo di alcol consapevole e alla guida sicura.

Gli invitati erano classi di scuola superiore. Eravamo un po' preoccupati di ricevere qui in azienda 200 ragazzi dai 16 ai 18 anni e ci immaginavamo di dover far fronte a tanta confusione e poca attenzione. Preparati al peggio quindi abbiamo aperto le porte a questi giovani.

Ma ecco che loro ci hanno stupito e dato una bella lezione. Sono arrivati puntualissimi, il convegno iniziava alle 9 e loro già dalle 8.30 attendevano ordinatamente davanti all'ingresso. Sono entrati educatamente, salutano chiunque li accoglieva e hanno preso posto in aula riempiendo metodicamente tutti i posti a sedere (cosa non scontata).

Hanno poi dedicato una rispettosa attenzione al Dott. Andrea Borghi, Sostituto Commissario comandante la sottosezione della polizia stradale di Firenze nord, al pilota-istruttore Ferrari Max Mugelli e all'attore Paolo Hendel senza mai dare segni di impazienza, in silenzio e con grande interesse.

Quando poi è stato chiesto loro di partecipare attivamente, proponendo degli slogan per una campagna nei confronti dei loro coetanei, hanno con impegno realizzato le loro proposte e si sono messi in gioco con la giusta competitività.

Tutti qui alla Leone siamo rimasti piacevolmente colpiti da questa giornata che si è rivelata istruttiva anche proprio dal punto di vista di conoscere meglio i ragazzi di oggi che saranno gli adulti di domani e che spero proprio ci possano sorprendere realizzando idee e progetti per una società e un mondo migliori.

Porte aperte quindi ai giovani! In concreto, Leone si impegnerà sempre più ad incentivare e coltivare i talenti dei giovani con l'inserimento di nuovi addetti nei nostri reparti (negli ultimi 3 anni 20 persone), con corsi ISO dedicati specificatamente ai giovani dentisti e ai tecnici under 30, con offerte loro dedicate per agevolarli nei primi anni della professione.

Un futuro giovane, entusiasta e innovativo è questo quello che sogno per la Leone.

Elena Pozzi

Dr. G. Zanotti, Dr. L. Umberto, Dr. G. Perozeni, Dr. F. Gelpi

Riabilitazione immediata post-estrattiva impianto-protetica di 1.2 agenesico: caso pilota mediante impianto 2,9 mm

PAROLE CHIAVE

agenesia, impianto 2,9 mm, carico immediato, moncone temporaneo PEEK, riabilitazione protetica, dente singolo, estetica

pag. 4

Dr. G. Musiello

Socket preservation e successiva riabilitazione implantoprotetica a carico immediato in zona estetica

PAROLE CHIAVE

biomateriali, rigenerativa, carico immediato, moncone temporaneo PEEK, estetica, dente singolo, moncone Ti-Base, CAD-CAM, cementazione extra-orale

pag. 14

Corsi di Implantologia 2019

pag. 24

Giornate dimostrative di pratica implantologica e protetica

pag. 25

Servizio digitale Leone

pag. 26

Dr. Alessandro Di Crecchio, Dr. Andrea Di Crecchio

Impianto post-estrattivo a carico immediato in sito a valenza estetica e con rarefazione ossea periapicale

PAROLE CHIAVE

post estrattivo immediato, impianto Max Stability, carico immediato, moncone temporaneo PEEK, edentulia singola, zona estetica

pag. 28

Pubblicazioni scientifiche sul Sistema Implantare Leone

pag. 38

Dr. V. Petricca

Riabilitazione complessa in chirurgia monofasica

PAROLE CHIAVE

edentulia multipla, monofase, impianto Max Stability, connessione cono Morse

pag. 39

Dr. M. Barbera, Dr. N. Go, Dr. A. Fioretti

All-on-six nel mascellare superiore con utilizzo della protesi pre-esistente come provvisorio immediato

PAROLE CHIAVE

all-on-six, carico immediato, edentulia totale superiore, protesi avvitata, monconi per protesi avvitata

pag. 50

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. Calenzano (FI)

IT-35-15/27



Ortodonzia e Implantologia

LEONE S.p.A.

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

Tel. 055.30.441 - Fax 055.37.48.08

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

Riabilitazione immediata post-estrattiva implanto-protesica di 1.2 agenesico: caso pilota mediante impianto 2,9 mm

Dr. Guglielmo Zanotti

Specialista Ambulatoriale interno di Ortognatodonzia ULSS9 Scaligera di Verona
Libero professionista a Verona

Dr. Luciano Umberto, Dr. Gabriele Perozeni, Dr. Federico Gelpi

Liberi professionisti a Verona

PAROLE CHIAVE

agenesia, impianto 2,9 mm, carico immediato, moncone temporaneo PEEK, riabilitazione protesica, dente singolo, estetica

Introduzione

L'agenesia dell'incisivo laterale superiore mono o bilaterale è una tra le anomalie odontoiatriche estetico-funzionali che più frequentemente si deve risolvere nella pratica clinica di ogni giorno³⁻⁴. Si tratta di una problematica che presenta più soluzioni: il trattamento ortognatodontico associato al trattamento conservativo/protesico⁶, il trattamento ortognatodontico associato al trattamento chirurgico implanto-protesico oppure unicamente il trattamento chirurgico implanto-protesico⁸⁻⁹⁻¹⁰. Ogni soluzione dipende dalle caratteristiche individuali di ogni paziente tra le quali la discrepanza dentoalveolare in eccesso o in difetto associata alla classe scheletrica e alla esposizione estetica della linea del sorriso¹⁻⁷.

Presentazione

Il caso riportato è il tipico caso misto che comunemente si rende necessario risolvere. Nello specifico riguarda un paziente adulto maschio, precedente fumatore, di 49 anni con anamnesi medica generale negativa, con esiti di molteplici trattamenti odontoiatrici e con le seguenti caratteristiche articolo-muscolo-occluso-scheletriche: prima classe di Angle, normodivergenza, agenesia bilaterale a livello dell'incisivo laterale superiore, assenza dolenzia muscolare, assenza di dolenzia articolare, protrusione e lateralità nella norma, curva di Wilson e di Spee alterate causa la assenza di elementi dentari 1.2-2.2-4.6-3.6-3.7, dimensione verticale nella norma grazie alla preservazione del 4.7 mesioinclinato, deviazione dento-scheletrica linea mediana inferiore verso sinistra, migrazione mesiale dell'elemento dentario 2.3 in sede 2.2, esposizione estetica della linea del sorriso nella norma, discrepanza dentoalveolare, lieve residuo radicolare elemento dentario deciduo 5.2 riabilitato provvisoriamente tramite protesi a ponte adesiva tipo Maryland dell'elemento dentario 1.2.

Il quadro diagnostico e le condizioni economiche del paziente non permettono un riequilibrio completo dell'arcata con un trattamento ortognatodontico superiore e inferiore associato ad un trattamento chirurgico implanto-protesico degli elementi dentari 1.2-3.6-3.7-4.6 e ad un trattamento conservativo/protesico dell'elemento dentario 2.3.

Considerando l'esposizione favorevole della linea estetica del sorriso e la discrepanza dentoalveolare lieve della arcata superiore, si rende possibile la riabilitazione implanto protetica immediata post-estrattiva dell'elemento dentario 1.2.

L'unico ostacolo alla risoluzione della problematica risulta essere la distanza mesio distale di 6 mm tra gli elementi dentari 1.1 e 1.3 causata dalla chiusura dello spazio interdentale avvenuta a seguito della frattura coronale dell'elemento dentario deciduo 5.2. La suddetta distanza impedisce la riabilitazione dell'elemento 1.2 non essendo modificabile tramite trattamento ortognatodontico come motivato precedentemente e non essendo sufficiente, tramite impianti di diametro 3,3 mm, garantire gli 1,5/2 mm minimi di distanza tra l'elemento implantare e i margini radicolari degli elementi vicini al fine di una adeguata osteointegrazione implantare¹.

L'unica soluzione per riabilitare implantoproteticamente in maniera immediata l'elemento 1.2, senza trattamento ortognatodontico associato, risulta quindi essere l'utilizzo di un impianto di diametro inferiore ai 3 mm, motivo per cui si sceglie di usare l'impianto di nuova generazione con diametro 2,9 mm (Figg. 1 a-c).



Fig. 1a - Prechirurgica con protesi a ponte adesivo tipo Maryland



Fig. 1b - Protesi a ponte adesivo tipo Maryland

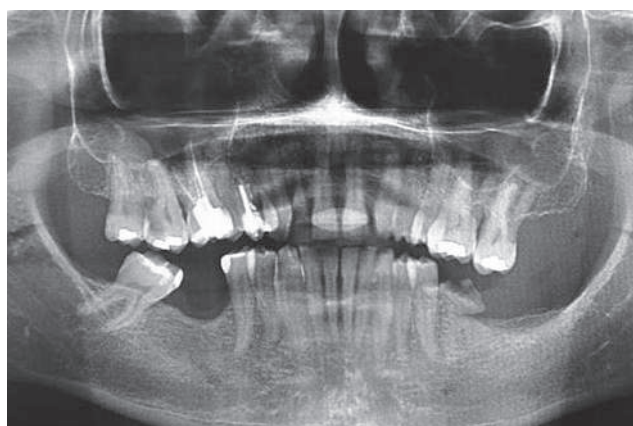


Fig. 1c - Ortopantomografia pre riabilitazione

Materiali e Metodi

La preparazione del caso del paziente prevede l'esecuzione di foto iniziali, modelli di studio, una analisi radiografica preventiva della disponibilità ossea al fine di preindicare la lunghezza e il diametro implantare e una analisi occlusale preventiva al fine di ottenere una dima prechirurgica indicante l'inclinazione ideale ai fini protesici e una corona provvisoria in resina (metilmetacrilato) prima della limatura del moncone temporaneo (PEEK).

Il paziente viene accomodato e preparato secondo le tradizionali norme igienico sanitarie per il raggiungimento

della massima sterilità. Dapprima si esegue la disinfezione cutanea periorale (Lodopovidone 10%) associata alla vasellina per umettare i tessuti. Viene poi ad essere trattata la superficie gengivale tramite un anestetico topico (Lidocaina + Cetrimonio Bromuro 15 %) e successivamente inoculata l'anestesia plessica a livello del microcircolo del fornice vestibolare superiore e a livello palatale (Articaina 4% + Adrenalina 1/200.000). Si esegue quindi l'incisione dei tessuti a livello paracrestale palatale preservando le papille interdentali e andando a scollare il tessuto a medio spessore vestibolarmente e a tutto spessore palatalmente (bisturi 12C). Il residuo radicolare dell'elemento 5.2 viene estratto permettendo l'esecuzione della fresatura esplorativa mediante fresa lanceolata (diametro 1.9 mm) a 5 mm al centro della distanza interdentale tra gli elementi 1.3-1.1 e seguendo i dettami della dima prechirurgica. A seguito della verifica della solidità ossea (D3 classificazione di Misch)² mediante sonda implantare si esegue la prima fresatura a 5 mm (diametro 2,2 mm) sempre mantenendo la dima prechirurgica per poi rimuoverla e completare la fresatura seguendo l'inclinazione ottenuta fino a 13 mm. Si esegue poi una seconda fresatura per 3 mm (diametro 2,8 mm) al fine di impedire un'eccessiva pressione ossea da parte dell'elemento implantare durante l'inserimento. Si inserisce quindi un impianto (Titanio grado 5, Superficie HRS) 2,9 mm di diametro e 12 mm di lunghezza fino a 2 mm sotto la cresta ossea per favorire l'estetica protesica. Viene quindi favorito l'utilizzo di un moncone pre-angolato.

Si esegue la prova del moncone protesico provvisorio preangolato a 15° (PEEK) intraoralmente. Quest'ultimo viene limato extraoralmente secondo le indicazioni ottenute dalla preparazione del caso in modo tale da accogliere passivamente la corona provvisoria. A questo punto si ribasa la corona provvisoria con ulteriore resina (metilmetacrilato). Ultimati il moncone temporaneo e la corona provvisoria mediante lucidatura, si cementano (ossido zinco eugenolo) ed inseriscono sull'impianto nella posizione prestabilita eliminando ogni rischio di residui di cemento o resina perimplantari, dannosi per la corretta osteointegrazione. Si esegue inoltre il controllo dell'assenza di contatto occlusale diretto da parte della corona provvisoria. Si sutura il sito accuratamente eseguendo un lembo a riposizionamento apicale vestibolare mediante punti singoli sul fornice vestibolare e a materassoio orizzontale incrociato tra le porzioni vestibolari e palatali. Si sfrutta così la porzione gengivale palatale in eccesso, ottenuta dalla modalità di incisione iniziale, tale per cui si prevede la formazione di una buona quantità di gengiva aderente perimplantare vestibolare (sutura assorbibile acido glicolico/acido lattico) (Figg. 2-2a-p).



Fig. 2 - Prechirurgica senza protesi provvisoria a ponte adesiva

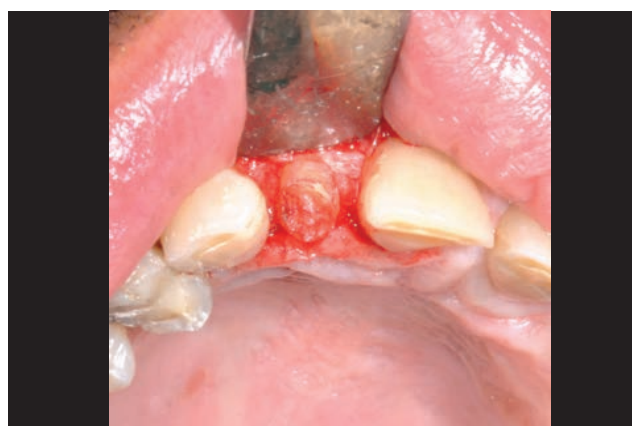


Fig. 2a - Incisione e scollamento tissutale



Fig. 2b - Estrazione residuo radicolare deciduo 5.2



Fig. 2c - Residuo radicolare deciduo



Fig. 2d - Fresatura ossea

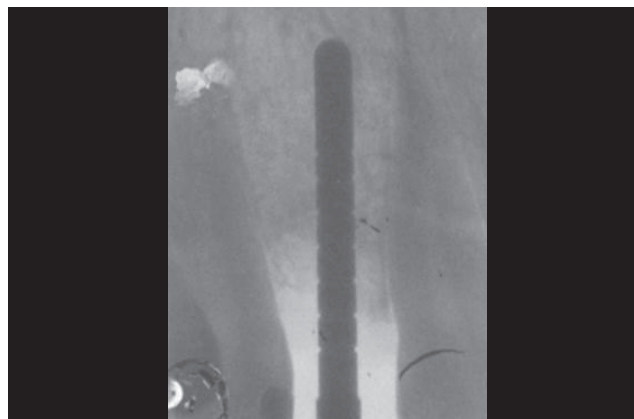


Fig. 2e - Profondimetro dopo il passaggio della pilota



Fig. 2f - Impianto 2,9X12 mm



Fig. 2g- Inserimento impianto manuale

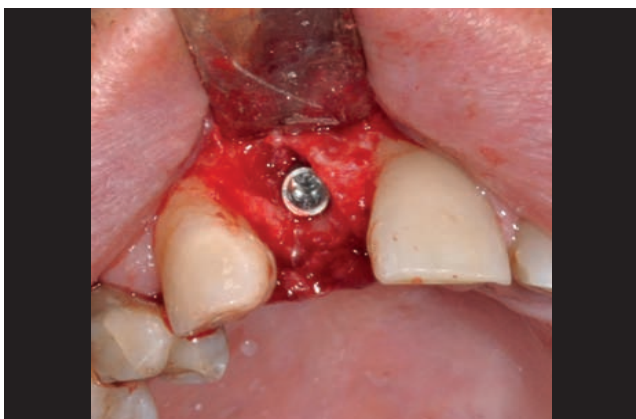


Fig. 2h - Impianto inserito



Fig. 2i - Radiografia inserimento

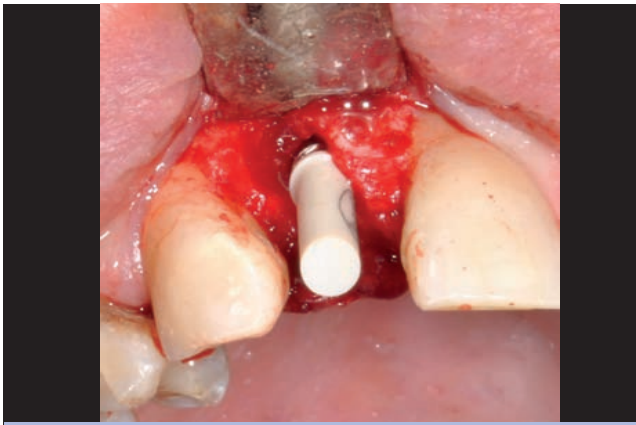


Fig. 2k - Moncone temporaneo pre-limatura

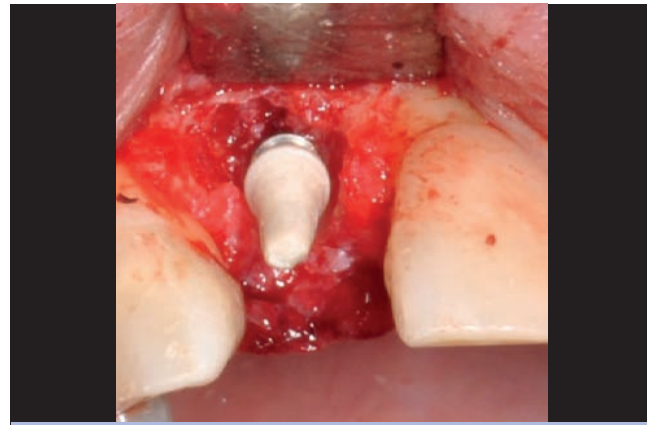


Fig. 2l - Moncone temporaneo post-limatura



Fig. 2m - Corona provvisoria



Fig. 2n - Corona provvisoria inserita dopo cementazione extra-orale



Fig. 2o - Sutura 4.0

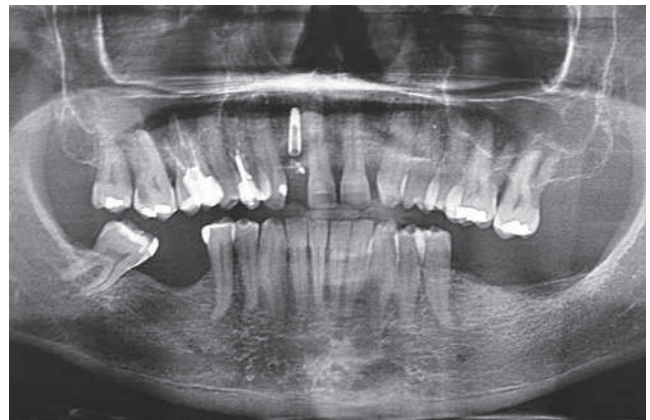


Fig. 2p - Ortopantomografia post intervento

Il paziente viene dimesso a seguito di indicazioni farmacologiche antibiotiche, battericide e antinfiammatorie (amoxicillina con acido clavulanico 1g ogni 8 ore per sei giorni e paracetamolo con codeina 500mg + 30mg al bisogno) associate ad indicazioni post-chirurgiche. Inoltre viene raccomandata una accurata igiene e una dieta morbida per la prima mensilità. La sutura viene rimossa a distanza di due settimane.

Risultati

A seguito della prima mensilità viene eseguito il primo controllo clinico della stabilità implantare e gengivo-tissutale quindi a distanza di un trimestre dall'intervento viene eseguito il secondo controllo clinico e radiografico della stabilità implantare e gengivo-tissutale (Fig. 3).



Fig. 3 – Controllo a 30 giorni

In entrambi i casi l'esito è positivo, la stabilità implantare e gengivo tissutale è ottimale; inoltre radiograficamente l'osteointegrazione appare completa. Si attende un'ulteriore mensilità per poi eseguire l'impronta (Silicone) con il transfer per impianti di diametro 3,3 mm, la prova della posizione del moncone definitivo pre-angolato a 15° (Titanio grado 5), la prova estetica della corona definitiva (zirconio-ceramica) e l'inserimento della corona definitiva precementata con il moncone sull'impianto mediante l'ausilio di una dima protesica che permette la perfetta saldatura tra moncone implantare e impianto senza deterioramento della ceramica durante le percussioni necessarie alla stabilizzazione della corona (Figg. 4a-d).

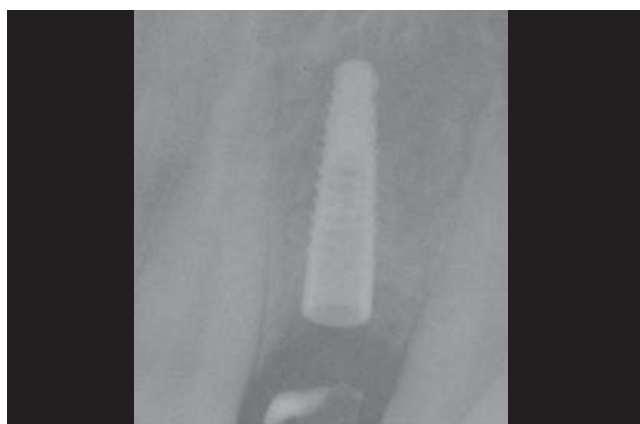


Fig. 4a - Radiografia a 90 giorni con moncone temporaneo radiotrasparente



Fig. 4b - Transfer



Fig. 4c - Impronta



Fig. 4d - Prova colore

Il controllo clinico e radiografico della stabilità implantare e gengivo-tissutale a distanza di un semestre e poi annuale hanno dato esito positivo sia clinicamente che radiograficamente riscontrando un unico episodio di distacco tra moncone e impianto, a distanza di un trimestre dalla cementazione della corona definitiva, risolto tramite la rimozione dei carichi tangenziali sulla superficie distopalatale e distomesiale della corona dell'elemento dentario 1.2 (Figg. 5a-c).



Fig. 5a - Controllo a 180 giorni

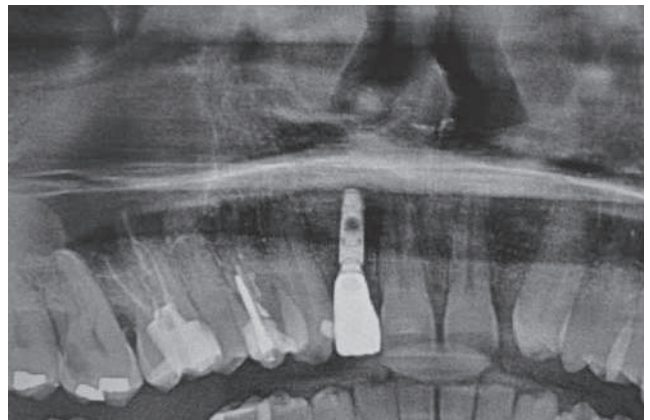


Fig. 5b - Ortopantomografia a 180 giorni

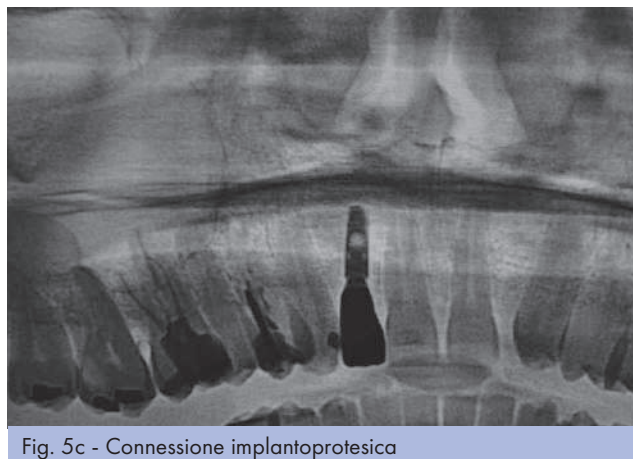


Fig. 5c - Connessione implantoprotetica

Conclusioni

L'utilizzo dell'impianto 2,9 mm risulta quindi essere indicato nei casi estremi di limitata disponibilità ossea controllando accuratamente i carichi occlusali tangenziali alla corona che supporta. Quest'ultima ipotesi dovrà essere vagliata da studi sperimentali successivi che permettano di raggiungere il numero necessario per rendere significativa l'ipotesi suddetta.

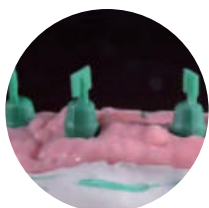
REALIZZAZIONI PROTESICHE

Odt. Daniele Iattarelli - Verona

Bibliografia

1. Nocini P.F., Chiarini L., De Santis D. "Trattato di chirurgia pre-protetica e ingegneria tissutale" Martina 2005
2. Rinaldi M., Ganz S., Mottola A. "Computer-Guided Dental Implants, Bone grafting and Reconstructive Surgery" Elsevier 2009
3. Kavadia S., Papadiochou S., Papadiochos I., Zafiriadis L. "Agenesis of maxillary lateral incisors: a global overview of the clinical problem". *Orthodontics (Chic.)*. 2011;12(4):296-317.
4. Dallel I., Marwen W., Ben Abdallah S., Tobji S., Ben Amor A., Canal P. "Agenesis of the upper lateral incisors: Study of an orthodontic population and clinical illustration". *Int. Orthod.* 2018;16(2):384-407.
5. Antonarakis G.S., Prevezanos P., Gavric J., Christou P. "Agenesis of maxillary lateral incisor and tooth replacement: cost-effectiveness of different treatment alternatives". *Int. J. Prosthodont.* 2014;27(3):257-63
6. Brough E., Donaldson A.N., Naini F.B. "Canine substitution for missing maxillary lateral incisors: the influence of canine morphology, size, and shade on perceptions of smile attractiveness." *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.* 2010;138(6):705.
7. Millar B.J., Taylor N.G. "Lateral thinking: the management of missing upper lateral incisors". *Br. Dent J.* 1995; 179(3):99-106
8. Le Gall M., Philippart-Rochaix M., Philip-Alliez C. "Failure in anterior rehabilitation of agenesic maxillary lateral incisors". *Orthod. Fr.* 2016 ;87(1):59-66.
9. King P., Maiorana C., Luthardt R.G., Sondell K., Øland J., Galindo-Moreno P., Nilsson P. "Clinical and Radiographic Evaluation of a Small-Diameter Dental Implant Used for the Restoration of Patients with Permanent Tooth Agenesis (Hypodontia) in the Maxillary Lateral Incisor and Mandibular Incisor Regions: A 36-Month Follow-Up". *Int. J. Prosthodont.* 2016;29(2):147-53.
10. Sasaki H., Hirano T., Nomoto S., Nishii Y., Yajima Y. "Dental Implant Treatment with Computer-assisted Surgery for Bilateral Agenesis of Maxillary Lateral Incisors: A Case Report". *Bull Tokyo Dent Coll.* 2018;59(1):43-51.

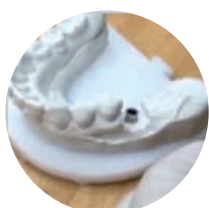
VISITATE LA RINNOVATA SEZIONE **VIDEO PROCEDURE**
SUL NOSTRO SITO **WWW.LEONE.IT**



IMPRONTA PICK-UP
sui monconi per protesi avvitate



**DIGITALIZZAZIONE
DEL MODELLO
E PROGETTAZIONE
CON MONCONE TI-BASE**



FINALIZZAZIONE
di una corona monolitica





biomateriali



Distribuito in esclusiva da



ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA

Prodotto da



Biomatlante
Biologics Solutions

Visita la pagina dedicata ai nostri biomateriali sul sito Leone www.leone.it per:

- scaricare le schede informative con i dettagli sulle **caratteristiche tecniche** dei singoli prodotti
- scaricare le **procedure** per l'utilizzo
- visualizzare i **casi clinici** correlati
- visualizzare i **video clinici** correlati


Inquadra il QR code
e visita la pagina
dedicata ai nostri
biomateriali



SOSTITUTO OSSEO SINTETICO MBCP™ Putty



plasmabile

CONFEZIONE	QUANTITÀ E PREZZO PER CONFEZIONE	CODICE ARTICOLO	INDICAZIONI
 Siringa	2 siringhe da 0,5 ml euro 172,00*	310-0000-10	<ul style="list-style-type: none"> • Siti post-estrattivi • Difetti ossei • Difetti perimplantari



SOSTITUTO OSSEO SINTETICO MBCP+™



granuli

GRANULOMETRIA	CONFEZIONE	QUANTITÀ E PREZZO PER CONFEZIONE	CODICE ARTICOLO	INDICAZIONI
 0,5 – 1 mm	 Siringa	1 siringa da 0,5 cc euro 60,00*	310-0510-05	<ul style="list-style-type: none"> • Siti post-estrattivi • Difetti ossei • Difetti parodontali • Difetti perimplantari • Mini rialzo del seno mascellare
		2 siringhe da 0,5 cc euro 110,00*	310-0510-10	
 1 – 2 mm	 Provetta	2 cc euro 143,00*	310-1020-20	<ul style="list-style-type: none"> • Grande rialzo del seno mascellare monolaterale • Aumento della cresta ossea • Ricostruzione della cresta ossea
		5 cc euro 220,00*	310-1020-50	<ul style="list-style-type: none"> • Grande rialzo del seno mascellare bilaterale • Aumento della cresta ossea • Ricostruzione della cresta ossea



MEMBRANA RIASSORBIBILE NATURALE EZ CURE™



membrana

DIMENSIONE	QUANTITÀ E PREZZO PER CONFEZIONE	CODICE ARTICOLO	INDICAZIONI
 1:1 15 x 25 mm	1 pz euro 111,00*	320-1525-00	<ul style="list-style-type: none"> • Trattamento dei difetti parodontali, perimplantari e ossei
	2 pz euro 204,00*	320-1525-01	
 1:1 20 x 30 mm	1 pz euro 133,00*	320-2030-00	<ul style="list-style-type: none"> • Trattamento dei difetti parodontali, perimplantari e ossei • Grande rialzo del seno mascellare



La pubblicazione **Chirurgia rigenerativa. Basi teoriche e procedure cliniche per l'utilizzo dei biomateriali Biomimetic Line**

nella quale il Dott. Leonardo Targetti illustra molti casi di insufficienza ossea risolti con i materiali della linea, è disponibile gratuitamente fino ad esaurimento scorte.

Per richiederla: clienti@leone.it



* Tutti i prezzi indicati sono da intendersi IVA esclusa

Socket preservation e successiva riabilitazione implantoprotetica a carico immediato in zona estetica

Dr. Giuseppe Musiello
Libero professionista a Vico del Gargano – Foggia

Odt. Vincenzo Torracco
Orta Nova - Foggia

PAROLE CHIAVE

biomateriali, rigenerativa, carico immediato, moncone temporaneo PEEK, estetica, dente singolo, moncone Ti-Base, CAD-CAM, cementazione extra orale

Caso clinico

La paziente, N.G., di anni 52 giunge al nostro studio nel mese di settembre 2017 accusando mobilità ed inestetismo dell'elemento protesico 22. Dalla radiografia si evidenzia una frattura parziale della radice (Figg. 1-4).



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

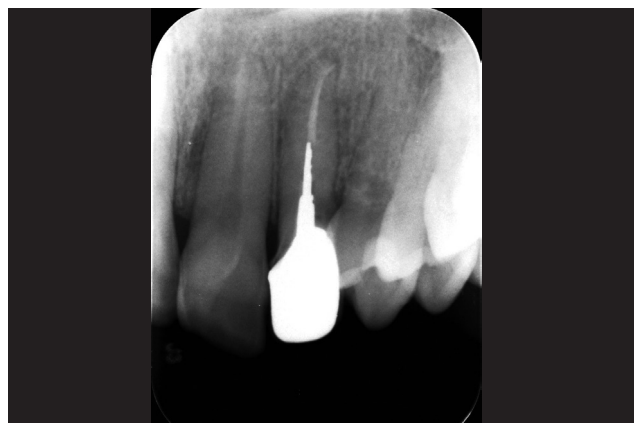


Fig. 4

Si decide per l'estrazione e sostituzione dell'elemento con un restauro implanto-protetico (Figg. 5-10).



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10

Purtroppo la scarsa quota ossea apicale all'alveolo post-estrattivo e l'alta valenza estetica dell'elemento ci rende cauti e si programma una socket preservation post-estrattiva con l'ausilio delle membrane di PRF (Figg. 11-25).



Fig. 11 - Rx post-estrazione

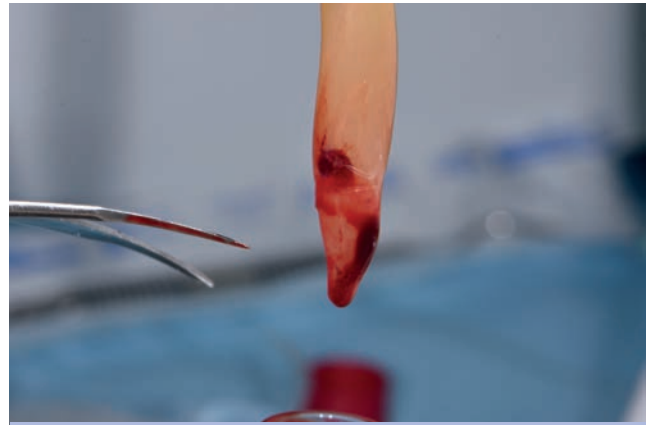


Fig. 12

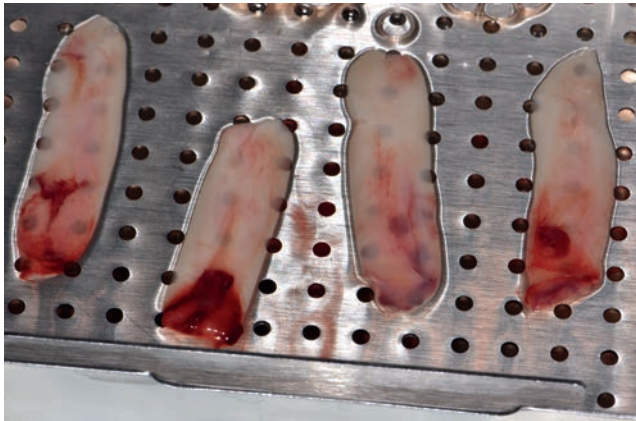


Fig. 13



Fig. 14



Fig. 15



Fig. 16



Fig. 17



Fig. 18

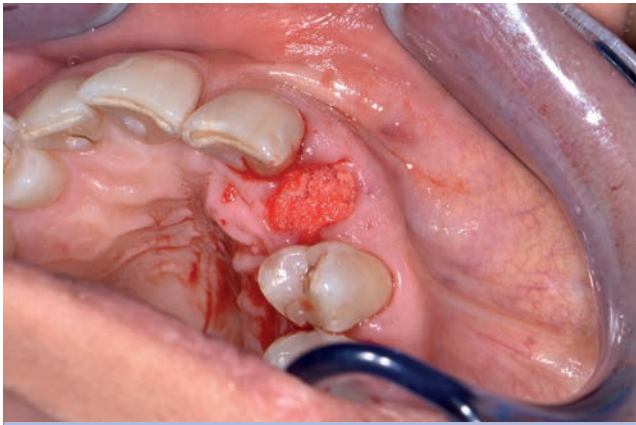


Fig. 19



Fig. 20

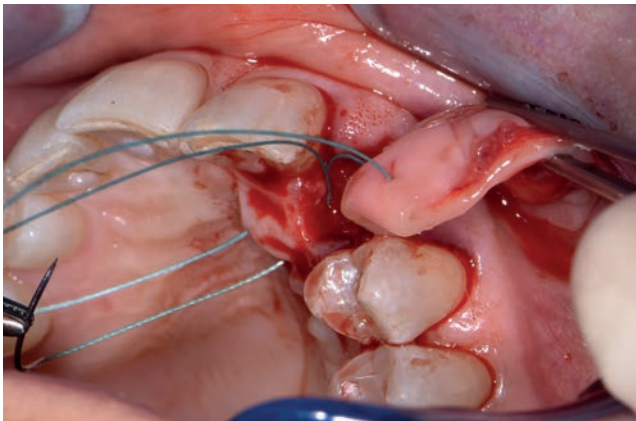


Fig. 21

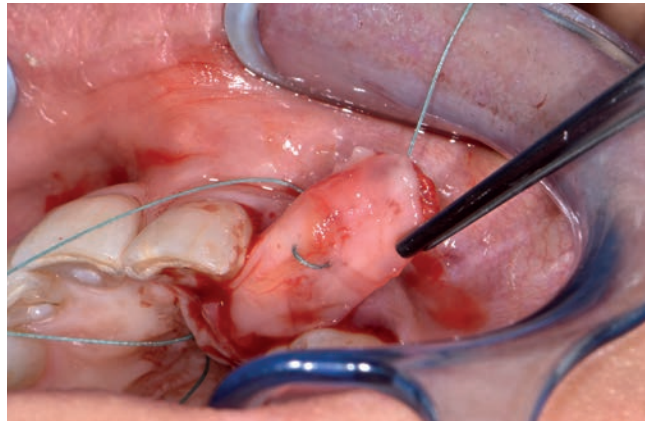


Fig. 22



Fig. 23



Fig. 24



Fig. 25 – Controllo Rx post-intervento

Durante i 5 mesi di guarigione, la paziente porta una protesi parziale mobile; a guarigione del sito post-estrattivo si evidenzia una buona conservazione dei volumi osseo-gengivali, se pur presente una recessione distale all'elemento 21 (Figg. 26-30).



Fig. 26



Fig. 27



Fig. 28



Fig. 29

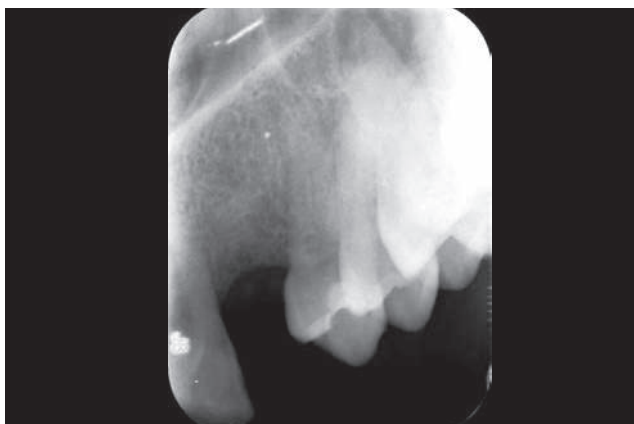


Fig. 30 – Controllo Rx dopo 5 mesi dalla guarigione

Nel mese di febbraio 2018 si procede all'inserimento di un impianto Max Stability 3,75x12 mm, disegnando un lembo anticipato palatino per consentire un aumento dei tessuti vestibolari. Si sutura con tecnica roll-flap, trasformando l'elemento parziale mobile in una corona singola a carico immediato sul moncone temporaneo con l'applicazione dei concetti protesici BOPT (Biologically Oriented Preparation Technique) (Figg. 31-43).



Fig. 31

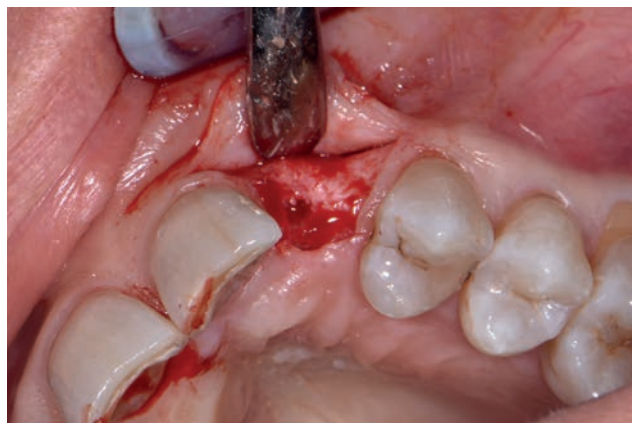


Fig. 32

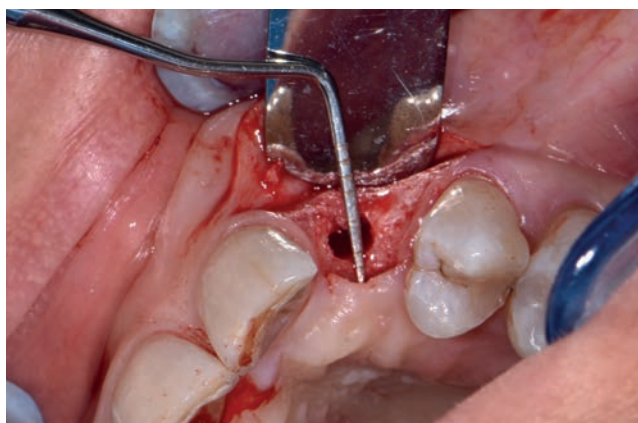


Fig. 33

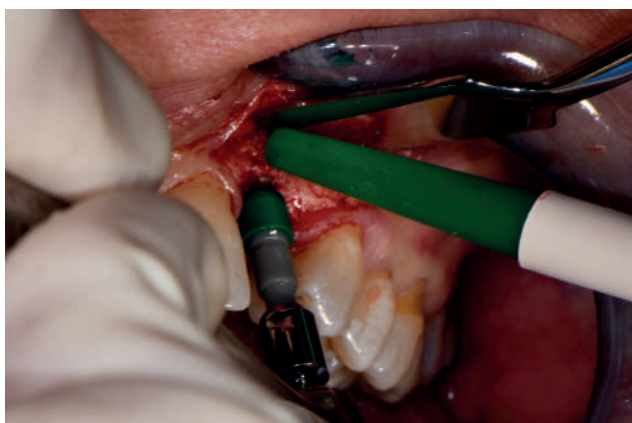


Fig. 34

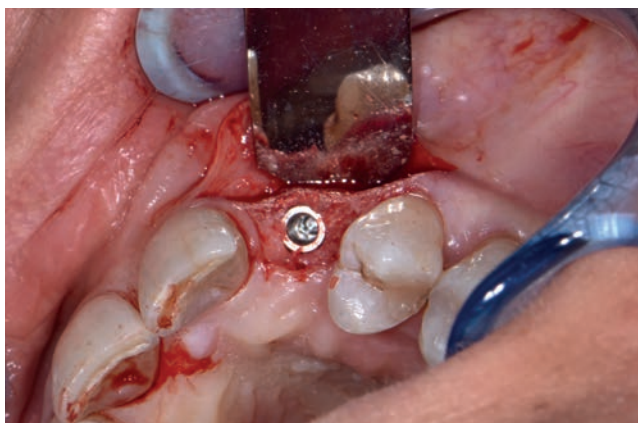


Fig. 35

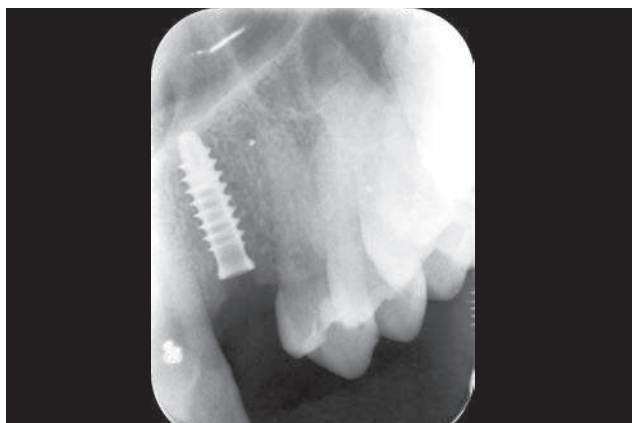


Fig. 36

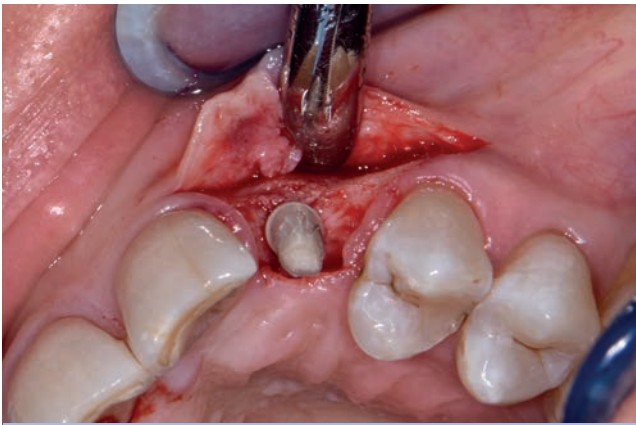


Fig. 37

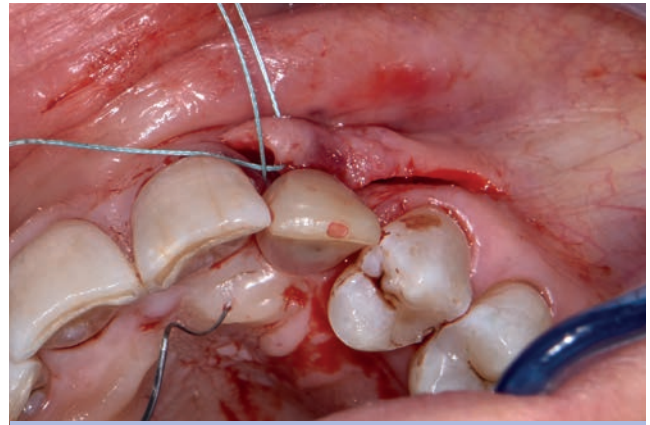


Fig. 38



Fig. 39



Fig. 40



Fig.41



Fig.42



Fig. 43

Durante il periodo di maturazione dei tessuti molli vengono apportate opportune modifiche ai profili del provvisorio, al fine di dare maggior spazio al tessuto gengivale (Figg. 44-47).



Fig. 44



Fig.45



Fig.46



Fig. 47

Dopo circa 2 mesi dalla protesizzazione provvisoria si è proceduto alla realizzazione del manufatto protesico con tecnica chair side Sirona con l'ausilio del moncone Ti-Base (Figg. 48-56).



Fig. 48

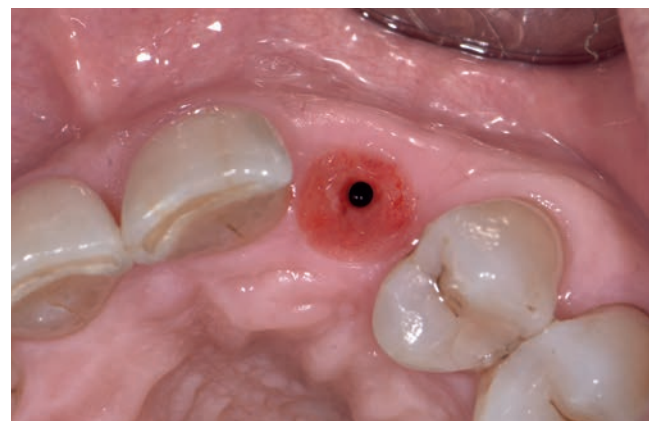


Fig. 49



Fig. 50



Fig. 51 - Ti-Base con Scan Body

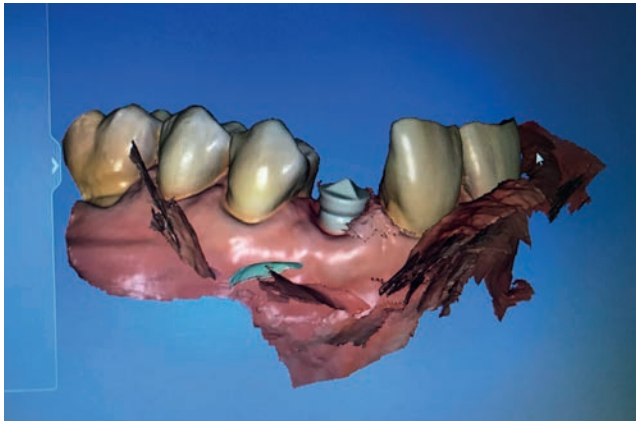


Fig. 52

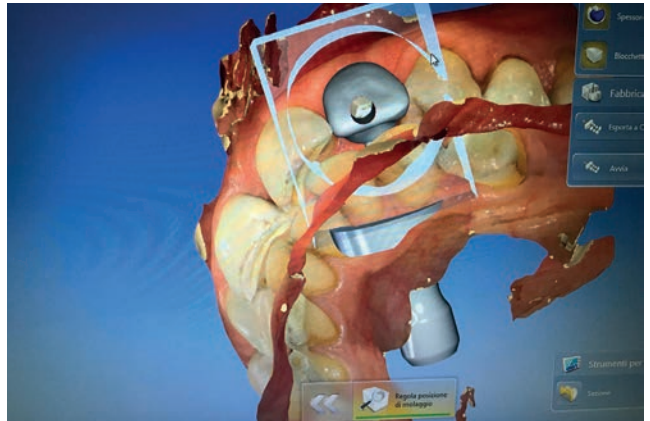


Fig. 53



Fig. 54



Fig. 55

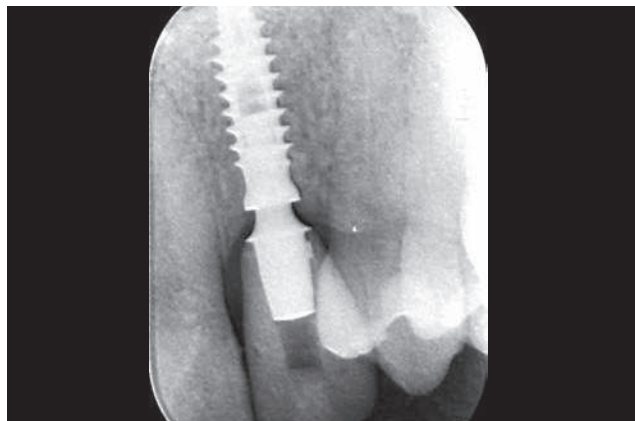


Fig. 56

In una sola seduta abbiamo realizzato una corona in disilicato, ottenendo un risultato più che soddisfacente (Figg. 57-60).



Fig. 57



Fig. 58



Fig. 59



Fig. 60

Nel controllo a 3 mesi dal carico definitivo si apprezza la perfetta conservazione dei livelli ossei e gengivali (Figg. 61-62).



Fig. 61



Fig. 62

Teniamo a precisare che un caso come quello qui illustrato è stato portato a termine con buoni risultati solo grazie alla piena fiducia della paziente ed alla sua massima motivazione e collaborazione. Ad oggi la paziente sorride, soddisfatta del risultato; ciò rappresenta la massima ricompensa per chi dedica tutto se stesso alla professione.

• CORSO BASE DI PARODONTOLOGIA

Relatore: Dr. R. Rotundo

24-25 Gennaio, 7-8 Febbraio, 4-5 Marzo 2019

ISO
Istituto Studi Odontoiatrici

ODONTOIATRI

• CORSI PRATICI CON INTERVENTI SU PAZIENTE

Relatori: Dr. N. Russo, Dr. G. Coppola, Dr. D. Montisci

Corso di 2 giorni consecutivi, date da concordare con i relatori

CAGLIARI
INFO
DR. RUSSO 334/3417994

ODONTOIATRI

• CORSO DI IMPLANTOPROTESI CON IMPIANTI A CONNESSIONE
CONOMETRICA AUTOBLOCCANTE

"CON SESSIONI DI CHIRURGIA LIVE"

50 CREDITI ECM

Relatori: Dr. L. Lucchiarri, Dr. N. Lucchiarri, Odt. M. Pisa, Dr. B. Portelli, Dr. L. Targetti, Dr. R. Turrini

1 Febbraio 2019 inizio corso - 4 incontri di 2 gg. ciascuno

PADOVA
INFO
ON S.R.L.
TEL. 049 6452175
E-MAIL ECM@ON-SRL.IT

ODONTOIATRI

• CORSO TECNICA ALL-ON-FOUR CON IMPIANTI
A CONNESSIONE CONOMETRICA

Relatore: Dr. R. Turrini

**Roma 9 Febbraio - Milano 16 Febbraio 2019
Firenze 8 Marzo - Padova 30 Marzo 2019**

ROMA - MILANO
FIRENZE - PADOVA

ODONTOIATRI

• CORSO DI FOTOGRAFIA ODONTOIATRICA

Relatore: Dott. L. Pascoletti

15-16 Febbraio 2019

ISO
Istituto Studi Odontoiatrici

ODONTOIATRI

• CORSO CLINICO-PRATICO DI IMPLANTOLOGIA OSTEOINTEGRATA
E DI IMPLANTOPROTESI

Relatore: Dr. L. Targetti

25-26 Febbraio 2019

ISO
Istituto Studi Odontoiatrici

ODONTOIATRI

• IMPLANTO PROTESI VS PROTESI IMPLANTARE
**"QUANTO LA PROTESIZZAZIONE DELL'IMPIANTO
PUÒ CONDIZIONARE IL SUCCESSO IMPLANTOLOGICO"**

Relatori: Dr. F. Dell'Innocenti, Odt. M. Pisa

29 Marzo 2019

ISO
Istituto Studi Odontoiatrici

ODONTOIATRI

• CORSO CLINICO-PRATICO DI IMPLANTOLOGIA OSTEOINTEGRATA
E DI IMPLANTOPROTESI

Relatori: Dr. M. Guerra, Dr. S. Belcastro, Dr. L. Palazzo

29-30 Marzo 2019

ROMA

ODONTOIATRI



GIORNATE DI CHIRURGIA **e** **PROTESI SU IMPIANTI** **DAL VIVO** PER ODONTOIATRI PER ODONTOTECNICI

Un'occasione per conoscere e approfondire la sistematica implantoprotesica **EXACONE**® assistendo ad interventi di chirurgia live su paziente con metodica implantare con connessione Morse Taper.

FIRENZE

4 FEBBRAIO
20 MAGGIO
2019

CHIRURGIA

RELATORE:
DR. L. TARGETTI

PROTESI

RELATORE:
ODT. M. PISA

PRESSO

ISO
ISTITUTO STUDI
ODONTOIATRICI

40 POSTI
DISPONIBILI

MILANO

23 MARZO
25 MAGGIO
2019

RELATORE:

DR. M. GRASSI
DR. L. TARGETTI

PRESSO

STUDIO
CERATI CONTI
VIA ANDREA VERGA,
3 MILANO

GLI INCONTRI SONO GRATUITI - ISCRIZIONE OBBLIGATORIA

Per informazioni sui corsi in programma consultare il nostro sito www.leone.it
Per iscrizioni contattare la Segreteria ISO: tel. 055 304458 fax 055 304455 iso@leone.it

Seguici su



SERVIZIO DIGITALE LEONE

È un servizio che consente di sfruttare al meglio le nuove tecnologie radiologiche digitali 3D (Cone Beam, Dental Scan, TC) con l'utilizzo del software dedicato Leone 3Diagnosys (dispositivo medico di Classe IIA marcato CE) che permette sia la visualizzazione che la segmentazione delle strutture oltre che un'eventuale precisa pianificazione dell'intervento implantare.

I principali servizi offerti sono di seguito riassunti.

REPLICHE ANATOMICHE: DAL VIRTUALE AL REALE

Il servizio consente di ottenere repliche fedeli all'anatomia del paziente, in rapporto 1:1, con evidenziazione delle strutture sensibili o indicate dal clinico (nervo mandibolare, seni paranasali, cisti, denti inclusi), realizzate con una stampante 3D per la prototipazione rapida che crea modelli di resina bicolore trasparente/bianca di eccellente qualità e micrometrica precisione. Per richiedere la replica, il clinico dovrà inviare i file Dicom (.dcm), provenienti dalla scansione radiologica del paziente, su supporto fisico (CD, DVD) al nostro reparto Digital Service Leone, o via internet all'indirizzo digital@leone.it oppure caricando il file sul nostro sito www.leonedigitalservice.it.

I file saranno analizzati ed elaborati in accordo alle necessità richieste fino all'approvazione del progetto finale che consentirà la realizzazione fisica della replica e la sua spedizione entro sette giorni dalla data di ricevimento dei file.

Le repliche anatomiche consentono di visualizzare e "toccare con mano" le strutture anatomiche: denti inclusi, cisti e quant'altro aiutando il clinico nella diagnosi, nella comunicazione del piano terapeutico al paziente, nel consulto tra specialisti (p.e. ortodontista/chirurgo), nel verificare la migliore strategia chirurgica e/o per preformare bio innesti o dispositivi di disinclusione dentale.



METODICA DSL: L'EFFICIENZA DELLA SEMPLICITÀ IN CHIRURGIA GUIDATA!

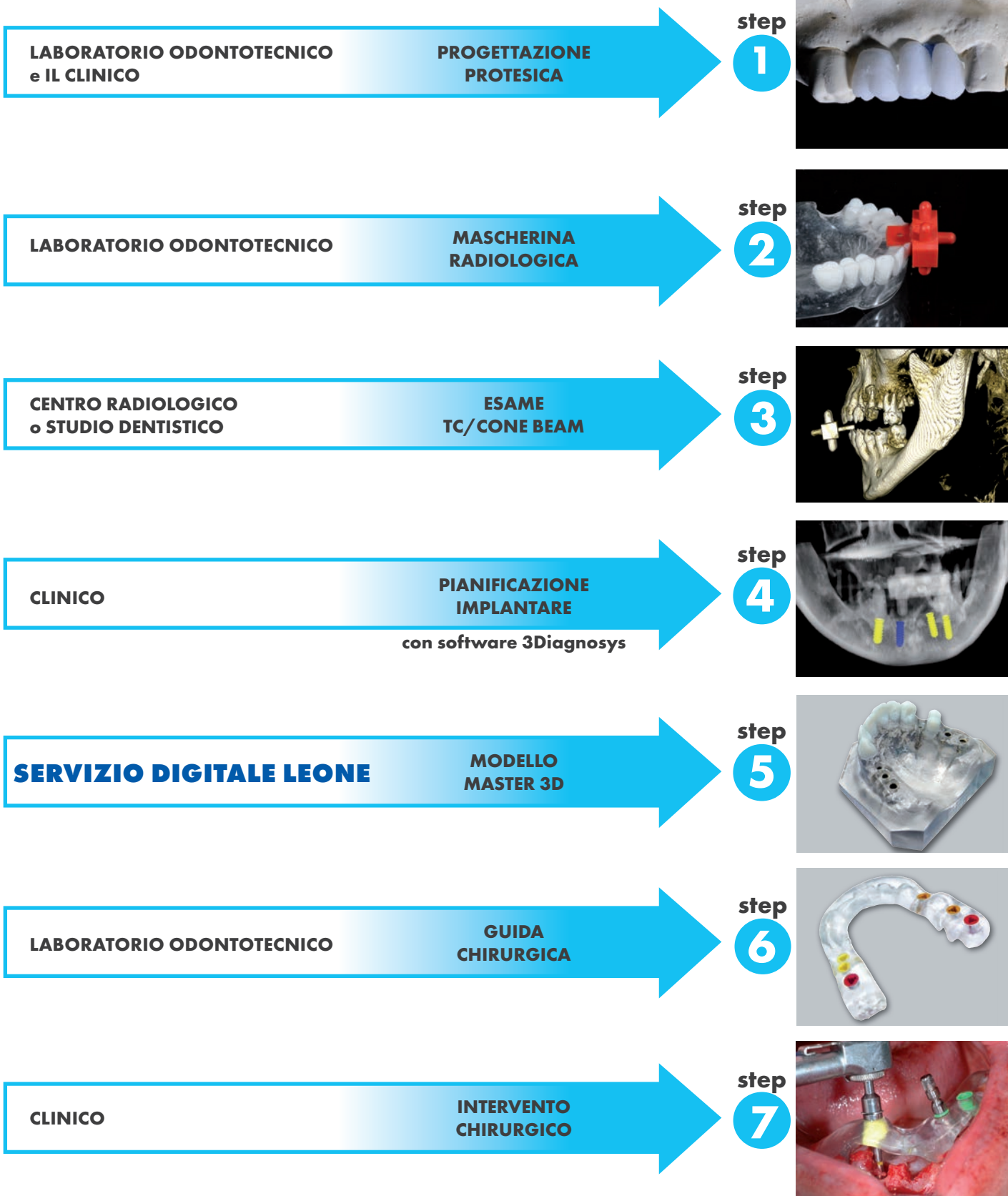
La metodica di Chirurgia Guidata Leone è frutto di un percorso sinergico basato sulle conoscenze professionali del clinico e del tecnico, si realizza per mezzo di strumenti digitali, di dispositivi dedicati da laboratorio e chirurgici avvalendosi della didattica, del supporto tecnico e del tutoraggio online del nostro Digital Service Leone.

La metodica permette di posizionare gli impianti sul paziente così come sono stati pianificati con il software Leone 3Diagnosys sulla base della conformazione anatomica e delle corrette indicazioni protesiche. Il progetto si concretizza nel modello Master 3D, realizzato in resina bicolore trasparente/bianca con la stessa tecnologia usata per le repliche anatomiche, dove sono presenti degli impianti/analoghi nella posizione pianificata dal clinico tramite l'utilizzo del software sul volume radiologico del paziente.

Sul modello Master 3D il tecnico realizza, generalmente modificando la mascherina radiologica, la guida chirurgica che, con l'impiego dell'innovativa fresa "ZERO1", ^(brevettato) permette la realizzazione dell'osteotomia con semplicità operativa, sicurezza e grande precisione.

Il modello Master 3D oltre ad includere gli impianti/analoghi ben rappresenta anche i tessuti molli e l'anatomia dentale dettagliata in quanto frutto del processo di overlapping eseguito da DSL, cioè della "fusione" dei dati provenienti dalla radiologia 3D, dalla pianificazione eseguita con il software e dalla scansione ottica dei modelli. Con il modello Master 3D è possibile quindi scegliere e individualizzare gli abutment realizzando un provvisorio che consentirà al clinico, se sussistono i presupposti, il carico immediato degli impianti.

Il flusso di lavoro è così delineato nei suoi passaggi e nelle figure professionali coinvolte:



Per informazioni sui corsi, per clinici e tecnici, relativi alla chirurgia guidata Leone, al software di pianificazione e su quanto offerto dal nostro Digital Service Leone:

- visitate il sito www.leonedigitalservice.it
- contattateci all'indirizzo digital@leone.it
- oppure telefonate al numero 055.304439

Impianto post-estrattivo a carico immediato in sito a valenza estetica e con rarefazione ossea periapicale

Dott. Alessandro Di Crecchio, Dott. Andrea Di Crecchio

Liberi professionisti a Chieti

PAROLE CHIAVE

post-estrattivo immediato, impianto Max Stability, carico immediato, moncone temporaneo PEEK, edentulia singola, zona estetica

L'estetica, soprattutto quella dei settori frontali del mascellare superiore, è una sfida di non semplice risoluzione per chi si occupa di implantologia osteointegrata. Per poter raggiungere dei buoni risultati, paragonabili a quelli della dentatura naturale, bisogna tener presente diversi aspetti, non sempre facili da controllare. È infatti necessario considerare il grado d'igiene orale, fare un'approfondita valutazione clinica anatomica e funzionale del sito, nonché un'indagine radiologica e anamnestica per verificare che non vi siano infezioni attive, poiché potrebbero rappresentare una controindicazione all'implantologia immediata a causa dell'alto rischio d'infezione. Verificate le suddette condizioni, bisogna procedere eseguendo un corretto posizionamento implantare, nonché un'adeguata riabilitazione protesica, la quale comprende sia la scelta dei materiali, sia la realizzazione del manufatto protesico. In un contesto così complesso e articolato, la connessione conometrica ci viene in aiuto: infatti, grazie alle sue peculiarità, permette la conservazione a lungo termine dell'altezza ossea marginale e quindi anche dei tessuti molli, facilitando il mantenimento nel tempo dei risultati estetici ottenuti.

Giunge alla nostra attenzione un paziente di sesso maschile, di 39 anni. All'esame obiettivo presenta una profonda ed estesa lesione cariosa a carico del 1.2 (Fig. 1, 2). All'anamnesi e all'esame obiettivo non risultano segni e sintomi indicativi di un processo infiammatorio acuto in atto; all'OPT si evidenzia la presenza di una lesione radiotrasparente periapicale (Fig. 3).



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

Vista la pessima condizione dell'elemento dentario, le buone condizioni dei tessuti molli, la presenza di una buona quantità di osso basale residuo e l'assenza di processi infiammatori acuti in atto, si opta per l'estrazione e l'inserimento di un impianto post-estrattivo.

Viene eseguito un piccolo lembo mediante incisione intrasulculare con minimo scollamento fino ad evidenziare il bordo crestale dell'alveolo, quindi si esegue l'estrazione del 1.2 con tecnica atraumatica e rispettando al massimo i tessuti molli (Fig. 4, 5).

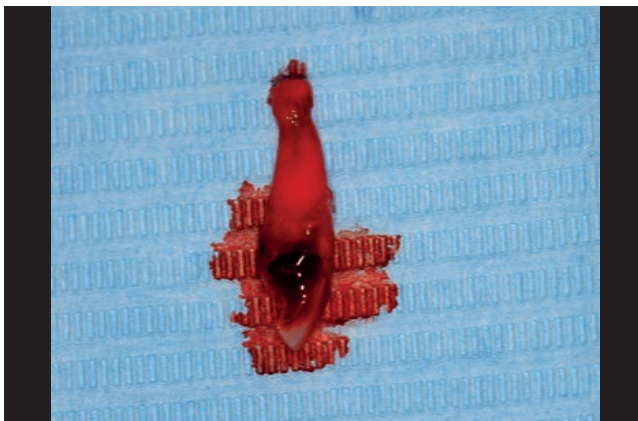


Fig. 4



Fig. 5

Si procede poi con cura alla rimozione di tutto il tessuto di granulazione residuo utilizzando dei cucchiari alveolari. Attraverso la cavità alveolare si controlla l'integrità delle pareti ossee, quindi si disinfetta l'alveolo lasciando in situ una soluzione iodata (Betadine) per 3-4 minuti e facendo poi dei lavaggi (Figg. 6, 7).



Fig. 6



Fig. 7

Ultimata la preparazione del sito implantare mediante l'utilizzo di frese e di osteotomi, si inserisce un impianto Exacone Max Stability di diametro 4,5 e lunghezza 12 mm; il gap con la corticale vestibolare viene colmato con delle spugnette di collagene (Figg. 8-10).



Fig. 8

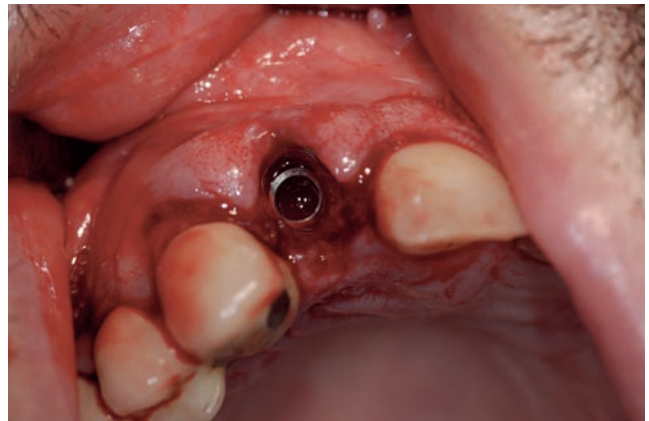


Fig. 9

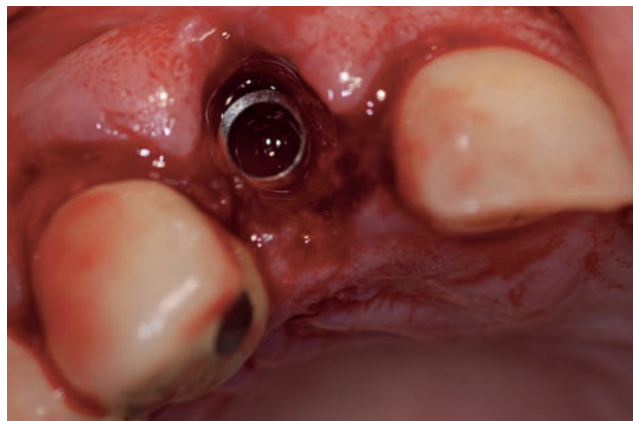


Fig. 10

L'ottima stabilità primaria raggiunta consente il successivo carico immediato, pertanto si opta per la realizzazione di un provvisorio con un moncone temporaneo in PEEK, angolato a 15°.

Il moncone temporaneo viene tagliato alla giusta altezza e si eseguono delle scanalature ritentive. Viene scelto il dente del commercio più idoneo per forma e colore, poi viene preparato e ribasato direttamente in bocca sul moncone temporaneo, con resina a freddo autopolimerizzante. Ciò consente il posizionamento di un provvisorio senza l'utilizzo del cemento e di creare il corretto profilo d'emergenza che garantisce il giusto sostegno dei tessuti molli evitandone il collasso (Fig. 11). Ultimato il provvisorio si controlla che non ci siano contatti occlusali sia in massima intercuspidação, sia nei movimenti di protrusione e lateralità.

Si può infine attivare la connessione conometrica ed eseguire una sutura a punti staccati (Fig. 12).

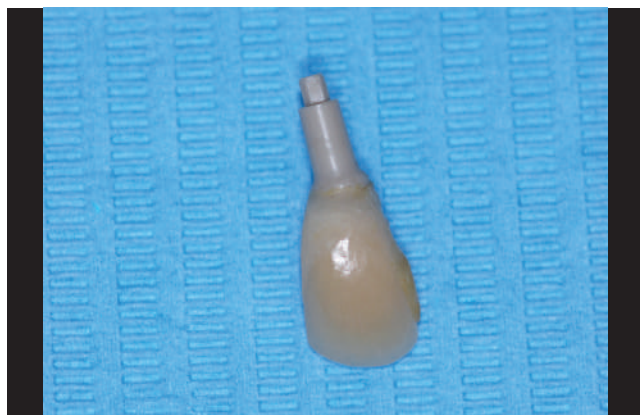


Fig. 11



Fig. 12

Inizialmente il paziente viene controllato ogni due o tre giorni; a otto giorni si procede alla rimozione delle suture e si controllano i tessuti molli. Si esegue la fotografia di controllo per le valutazioni successive a quindici giorni (Fig. 13).



Fig. 13

Il paziente successivamente viene visitato periodicamente a distanza di venti giorni per valutare lo stato dei tessuti molli e dell'igiene orale. Al controllo effettuato a tre mesi e mezzo dall'intervento, valutati i buoni risultati ottenuti con i tessuti molli, si decide di non modificare il provvisorio per eventuali condizionamenti (Fig. 14).



Fig. 14

Trascorsi circa cinque mesi si effettua il controllo clinico e radiologico (Figg. 15, 16) e si procede con l'impronta per il definitivo.



Fig. 15

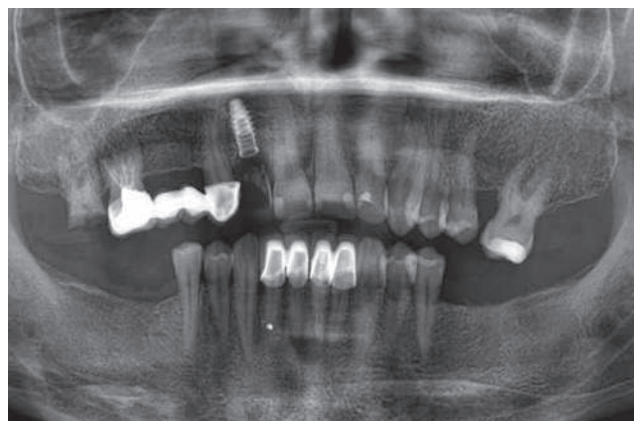


Fig. 16

Tolto il provvisorio si apprezza la forma ovoidale del tessuto del canale mucoso (Fig. 17). Tale tessuto, per via della disposizione delle fibre connettivali, tende a collassare una volta rimosso il provvisorio, pertanto si rende necessario prendere l'impronta con un transfer personalizzato, in modo da riprodurre la forma ovoidale del canale mucoso.



Fig. 17

Viene rimosso il provvisorio e posizionato il transfer sul quale è stato applicato in precedenza il primer; nello spazio che rimane viene inserito del composito flow e lo si fotopolimerizza (Figg. 18-20). Successivamente si rimuove il transfer così modificato e si riposiziona il provvisorio per ridare la giusta dimensione al tunnel mucoso, ripetendo se necessario la stessa operazione più volte fino a colmare tutto lo spazio vuoto.



Fig. 18



Fig. 19



Fig. 20

Una volta ottenuta la forma del profilo di emergenza (Fig. 21) (parte alta del tunnel transmucoso), si provvede a dare alla parte sottostante la forma ovoidale sempre con il composito flow (Figg. 22, 23).



Fig. 21



Fig. 22

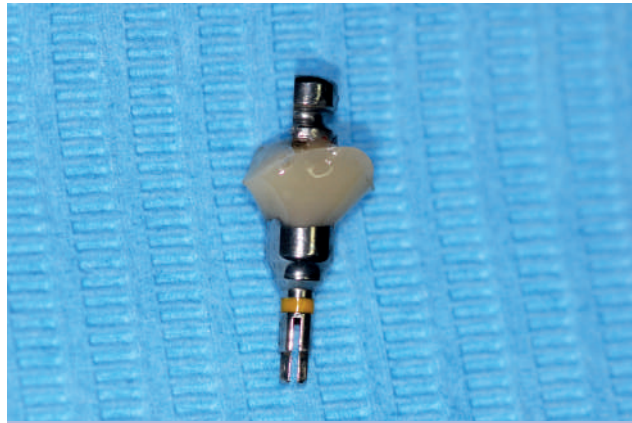


Fig. 23

Ultimato il processo, rimuoviamo il provvisorio che era stato reinserito per mantenere lo spazio e posizioniamo il transfer così personalizzato, controllando che sia stato inserito correttamente nell'impianto e che l'ischemia che si crea sia transitoria, cioè scompaia dopo cinque o dieci minuti al massimo (Fig. 24). Se ciò si verifica, i profili sono compatibili con la vascolarizzazione dei tessuti perimplantari, altrimenti è necessario eliminare del materiale dove questo crea maggior compressione sui tessuti molli e bisogna ripetere la prova.



Fig.24

Verificata la corretta personalizzazione del transfer è possibile prendere l'impronta a strappo (Figg. 25, 26).

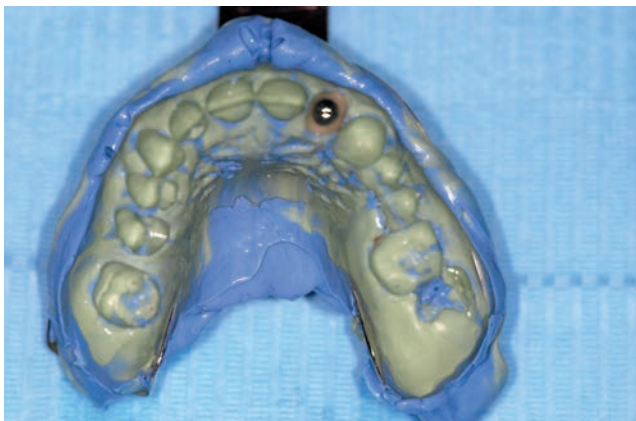


Fig. 25

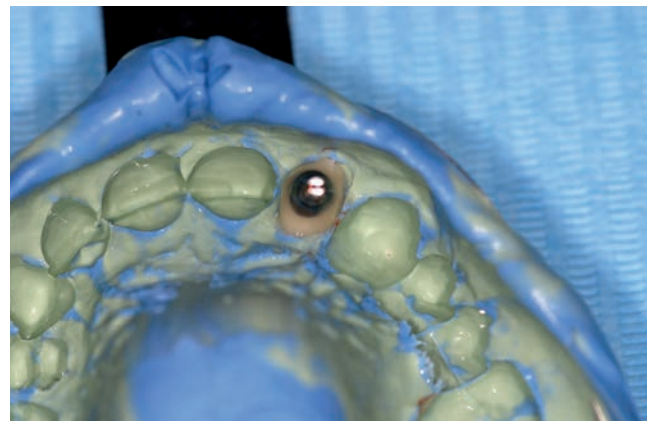


Fig. 26

Dopo cinque mesi dall'intervento il paziente viene riabilitato con la corona definitiva (Fig. 27-29).

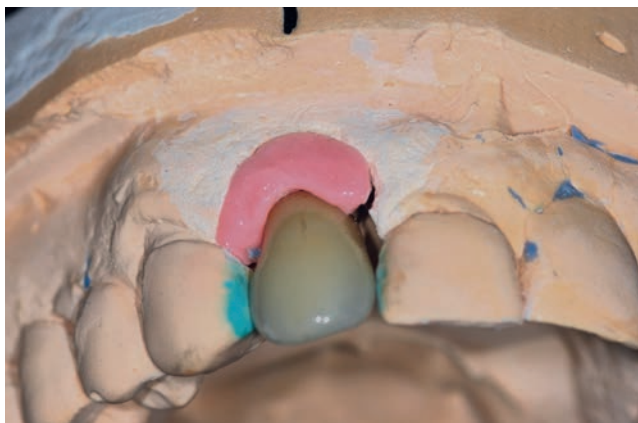


Fig.27



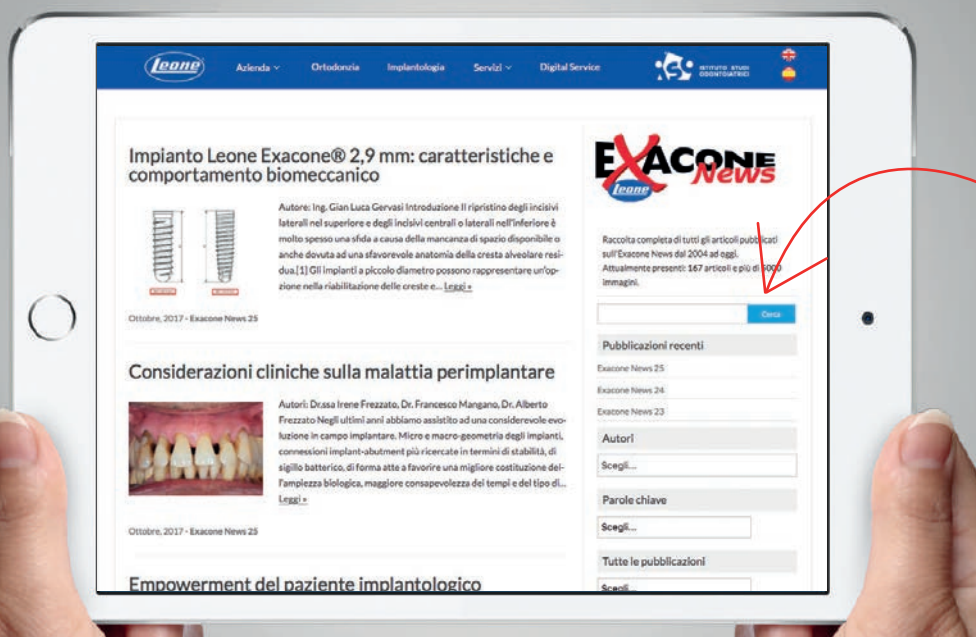
Fig. 28



Fig. 29 Confronto tra situazione iniziale e finale

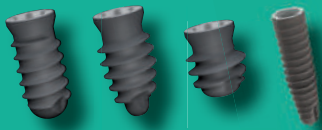
REALIZZAZIONI PROTESICHE

Odt. Mirco Rossi – Loreto Aprutino, Pescara



Visitate
la nuova sezione
sul nostro sito
www.leone.it
che raccoglie
tutti gli articoli pubblicati
sull'Exacone News
dal 2004 ad oggi.

Attualmente sono presenti 168
articoli e più di 5.000 immagini.



SISTEMA IMPLANTARE

caratteristiche **CHIRURGICHE**

Il sistema di connessione impianto-moncone, grazie alle caratteristiche del **cono Morse** e all'**assenza della vite di connessione**, garantisce:

- l'annullamento dei micro-gap, quindi un perfetto sigillo microbiologico
- l'annullamento dei micro-movimenti, quindi una assoluta stabilità
- la possibilità di un posizionamento endocrestale

L'esagono interno consente un semplice e preciso posizionamento implantare con componentistica ridotta.

CONNESSIONE EXACONE®



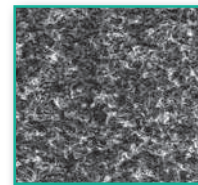
PLATFORM SWITCHING

La geometria con "Platform Switching" del tratto transmucoso incrementa il tessuto mucoso in altezza e in volume, sigillando e proteggendo l'osso marginale sottostante, e determina l'allontanamento dell'infiltrato infiammatorio dall'osso crestale. La sua combinazione con le proprietà della connessione a cono Morse favorisce il mantenimento dei tessuti peri-implantari nel tempo, come dimostrato da studi clinici a lungo termine.



SUPERFICIE HRS

La superficie HRS (**High Rutile Surface**) è ottenuta 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), elemento determinante per l'osteointegrazione. Il successivo ciclo di trattamenti di pulizia (passivazione e decontaminazione) della superficie elimina ogni residuo di natura organica e inorganica. Il risultato è una superficie estremamente favorevole alla formazione del coagulo e alla successiva osteointegrazione, che assicura una riduzione dei tempi di guarigione ed una assoluta predicibilità del risultato.



CHIRURGIA GUIDATA

La metodica di chirurgia guidata Leone è basata sulla realizzazione di un modello **Master 3D** in resina bicolore prototipato con l'ausilio di sofisticatissime stampanti 3D che garantiscono l'assoluta precisione dimensionale. Il modello Master 3D concretizza la pianificazione implantare effettuata con il software, su questo il tecnico trasforma la mascherina radiologica in guida chirurgica e potrà anche realizzare una protesi provvisoria su monconi se ne sussistono i presupposti. Il clinico, utilizzando la guida e avvalendosi dell'innovativa e dedicata **Fresa Zero1** Leone, finalizzerà il lavoro su paziente. In tutto questo percorso i clienti saranno seguiti e supportati dal **Servizio Digitale Leone**, un team altamente specializzato che opera con le più recenti e avanzate tecnologie.



linea FRESE Leone

caratteristiche **PROTESICHE**



CONNESSIONE EXACONE[®]

Il sistema di connessione impianto-moncone, grazie alle caratteristiche del **cono Morse**, all'**assenza della vite di connessione** e alla presenza dell'esagono interno, garantisce:

- un'elevatissima resistenza al carico masticatorio (resistenza a fatica Ø 3,3: 240 N, resistenza a fatica Ø 4,1: 392 N – prove eseguite in accordo alla norma internazionale ISO 14801)
- una drastica riduzione delle complicanze protesiche grazie all'**assenza della vite di connessione**
- una notevole facilità di preparazione dei monconi, privi di fori passanti e realizzati in titanio ad alta durezza
- una elevata precisione nel trasferimento della posizione tra studio e laboratorio.



CONNESSIONE EXACONE[®] 360°

La connessione Exacone[®] 360° è l'unica, a livello mondiale, che consente di avere monconi con indicizzazione senza limiti di posizionamento, grazie all'esagono staccato e posizionabile liberamente. In questo modo il recupero dei disparallelismi risulta sempre agevole, senza però perdere il prezioso riferimento angolare. Tale caratteristica è particolarmente vantaggiosa con monconi di forma anatomica, con monconi per overdenture e per protesi avvitata, già pronti all'uso.



SOLUZIONI PROTESICHE SEMPLICI ED AFFIDABILI

La connessione conica autobloccante **priva di vite** semplifica le procedure protesiche, riduce la componentistica, elimina la necessità di strumenti dinamometrici, aumenta la versatilità nella personalizzazione dei monconi. L'**assenza della vite di connessione** permette l'esecuzione di procedure non percorribili con sistematiche avvitate, come ad esempio la cementazione extra-orale o la realizzazione di corone integrate sul moncone, che eliminano i rischi legati alla presenza di cemento in eccesso a livello dei tessuti peri-implantari. L'elevata stabilità della connessione determina inoltre una drastica riduzione delle complicanze protesiche, assicurando la massima affidabilità.



PROTESI TIPO "TORONTO BRIDGE"

Il sistema offre una linea completa di accessori per la realizzazione di protesi avvitate con monconi diritti e angolati a 7,5°, 15°, 25° e a 35° in 4 diverse altezze transmucose. La connessione a cono Morse tra moncone per protesi avvitata e impianto rende agevole e veloce il fissaggio dei monconi diritti e angolati in qualsiasi situazione clinica. I monconi per protesi avvitata sono dotati della connessione Exacone[®] 360° che permette di posizionare i monconi liberamente a 360° sul modello rendendo possibile un perfetto parallelismo di tutte le piattaforme di appoggio per la protesi avvitata, un notevole aiuto per la passivazione della struttura.



TECNICHE CAD-CAM

I vantaggi protesici della sistematica sono esaltati dalle tecniche CAD-CAM, in quanto l'**assenza del canale di accesso per la vite** agevola le fasi di acquisizione digitale, progettazione CAD e fabbricazione del manufatto. Gli appositi monconi **MultiTech** e **Ti-Base**, dal design che ne favorisce una totale individualizzazione anche con materiali ad alta valenza estetica, consentono un impiego ottimale delle nuove tecnologie. Gli **scan post** e **scan body** facilitano la presa dell'impronta digitale intraorale.



PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE

sul Sistema Implantare **EXACONE®**

DISPONIBILI ON LINE I COLLEGAMENTI CON GLI ABSTRACT DELLE PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE

ALL-ON-FOUR A CARICO IMMEDIATO CON SISTEMA IMPLANTARE CONO MORSE

Turrini R

Italian Dental Journal 2018; XIII (6):31

RIABILITAZIONE A CARICO IMMEDIATO DI INCISIVO INFERIORE CON IMPIANTO DI DIAMETRO 2,9 mm

Argentino F

Italian Dental Journal 2018;XIII(1):25

RIABILITAZIONE IMPLANTOPROTESICA FULL-ARCH

Dell'Innocenti F, Ceccanti G, Lazzerini G, Pardossi G

Dental Cadmos 2018;86(3):214-226

MORSE TAPER CONNECTION IMPLANTS PLACED IN GRAFTED SINUSES IN 65 PATIENTS: A RETROSPECTIVE CLINICAL STUDY WITH 10 YEARS OF FOLLOW-UP

Mangano F, Bakaj R, Frezzato I, Frezzato A, Montini S, Mangano C

Int J Dent 2017;ID 4573037

CONTROLLO A 12 ANNI DI UN IMPIANTO INSERITO CON TECNICA GBR MONOFASICA

Targetti L

Italian Dental Journal 2017;XII(6):35

IMPIANTI A CONNESSIONE CONOMETRICA: SEMPLIFICAZIONE PROTESICA IN ZONA ANTERIORE

Alteri M

Implant Tribune Italian Edition 2017;VI(1):8-10

UN CASO DI CHIRURGIA COMPUTER GUIDATA COME ALTERNATIVA A PROCEDURE DI RIGENERAZIONE OSSEA

Lucchiari L, Lucchiari N

Italian Dental Journal 2016;XI(6):32

THE EFFECT OF CROWN-TO-IMPLANT RATIO ON THE CLINICAL PERFORMANCE OF EXTRA-SHORT LOCKING-TAPER IMPLANTS

Mangano F, Frezzato I, Frezzato A, Veronesi G, Mortellaro C, Mangano C

J Craniofac Surg 2016;27(3):675-681

IN VITRO ASSESSMENT WITH THE INFRARED THERMOMETER OF TEMPERATURE DIFFERENCES GENERATED DURING IMPLANT SITE PREPARATION: THE TRADITIONAL TECHNIQUE VERSUS THE SINGLE-DRILL TECHNIQUE

Lucchiari N, Frigo AC, Stellini E, Coppe M, Berengo M, Bacci C

Clin Implant Dent Relat Res 2016;18(1):182-191

FIVE-YEAR ESTHETIC EVALUATION OF IMPLANTS USED TO RESTORE CONGENITALLY MISSING MAXILLARY LATERAL INCISORS AFTER ORTHODONTIC SPACE OPENING TREATMENT

Mangano A, Caprioglio A, Mangano F, Macchi A, Levrini L, Mangano C

J Oral Science Rehabilitation 2016;2(1):68-77

CLINICAL EVALUATION OF 762 SINGLE-TOOTH, LOCKING-TAPER IMPLANTS: A PROSPECTIVE STUDY WITH 1- TO 12-YEARS OF FOLLOW-UP

Mangano FG, Colombo M, Mangano C

Journal of Dentistry and Oral Care Medicine 2016;2(2):1-11

L'elenco completo è consultabile nel nostro sito

www.leone.it/servizi/pubblicazioni-scientifiche-implantologia.php

Riabilitazione complessa in chirurgia monofasica

Dott. Valerio Petricca

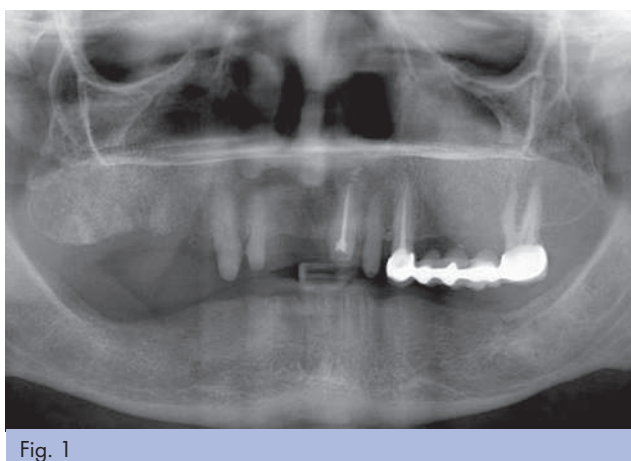
Libero professionista a Montelanico - (Roma)

PAROLE CHIAVE

edentulia multipla, monofase, impianto Max Stability, connessione cono Morse

Caso clinico

La signora F. si presenta alla nostra attenzione con uno scheletrato decementato che riabilitava il settore anteriore ed il I quadrante, accusando dolore derivante dalla forte mobilità a carico degli elementi del ponte del II quadrante (Fig.1).



In prima visita, l'anamnesi mostra uno stato di salute ottimale e la paziente, fortemente odontofobica, è decisa nel cambiare lo stato della sua bocca, eliminando il discomfort grazie a riabilitazioni fisse in ambedue le arcate.

È disposta a sottoporsi a chirurgia implantare a patto che questa sia "one shot", evitando quindi una seconda chirurgia dedicata alla riapertura e al management dei tessuti.

Nonostante in casi come questi sia indicata la chirurgia in due fasi, vista la buona quota di gengiva aderente disponibile e soprattutto l'affidabilità della connessione Exacone, decidiamo di accontentarla.

Vengono rilevate impronte preliminari in alginato di ambedue le arcate ed esaminata la dimensione verticale esistente, data inferiormente dalla protesi totale e superiormente dal ponte e dallo scheletrato.

La dimensione verticale viene ritenuta adeguata e quindi sarà mantenuta nelle fasi successive.

Viene quindi redatto il seguente piano di trattamento:

- nel mascellare, eliminazione del ponte del II quadrante e inserimento di 4 impianti (due per lato) posteriori e riabilitazione fissa sugli elementi anteriori;
- nella mandibola, inserimento di sei impianti con elementi fissi in metallo-porcellana.

Provvisoriamente, in attesa dell'osteointegrazione, la paziente avrà una riabilitazione provvisoria nel settore anteriore del mascellare superiore, mentre nella mandibola continuerà a portare la protesi totale, opportunamente adattata.

Il primo giorno di chirurgia si opera il mascellare superiore. Nel primo quadrante, medialmente, si inserisce un impianto Max Stability Ø 3,75 mm, vista l'estrema "morbidezza" ossea e distalmente un impianto cilindrico Ø 3,3 mm. Si collocano in situ due tappi di guarigione e si chiude il lembo a tutto spessore precedentemente eseguito (Figg. 2, 3).



Fig. 2



Fig. 3

L'operazione si ripete nel secondo quadrante; dopo aver eliminato il ponte già esistente ed aver estratto l'elemento 27, considerato non recuperabile, si inseriscono due impianti cilindrici Ø 3,3 mm (Fig. 4). Anche in questo caso, come concordato, si procede all'applicazione di due tappi di guarigione.

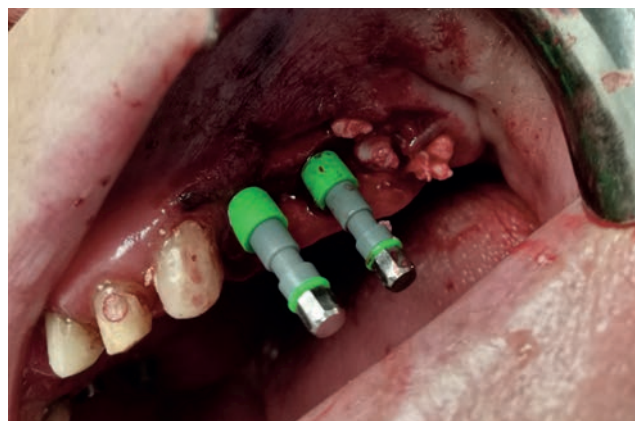


Fig. 4

La paziente si presenta regolarmente agli appuntamenti di controllo mostrando buona compliance e riferendo solo leggeri fastidi. Si esegue l'intervento nella mandibola a dieci giorni dal precedente.

Si apre un lembo a tutto spessore e si posizionano sei impianti, di diametro coerente con lo spessore della cresta. In casi di inserimento multiplo di impianti, il sistema Exacone ci offre una piccola ma al contempo fondamentale risorsa per il corretto posizionamento: la possibilità di avere per ogni impianto un carrier da usare come pin di parallelismo (Fig. 5).

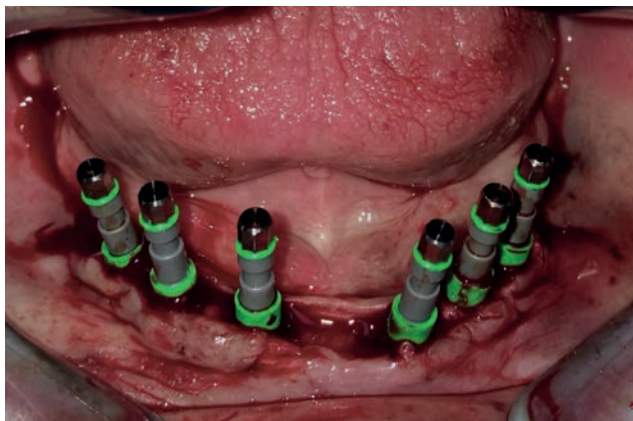


Fig. 5

Gli impianti sono dapprima posizionati bone level (Fig. 6) e poi portati sottocresta con il cricchetto. Il torque di inserimento per ciascun impianto è elevato, requisito fondamentale quando si esegue una terapia implantare in tecnica monofasica.

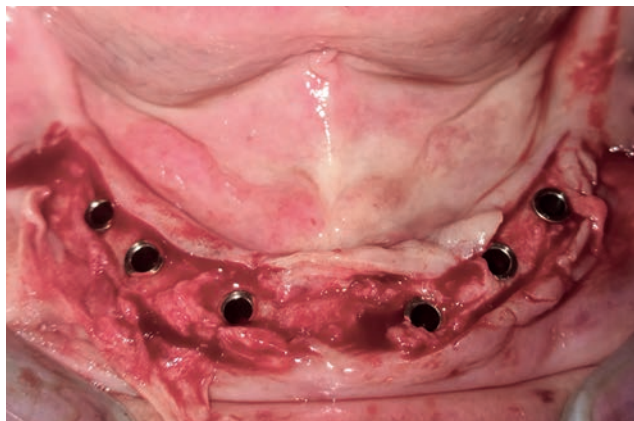


Fig. 6

Il posizionamento sottocrestale non è casuale: gli impianti, esposti nel cavo orale tramite i tappi di guarigione, saranno sottoposti agli stress indotti dalla protesi totale sovrastante; ci aspetteremo quindi una perdita contenuta di osso marginale.

La protesi viene forata in corrispondenza dei tappi di guarigione e ribasata con resina morbida (Dinabase).

La resina farà anche da cuscinetto al fine di ridurre i micromovimenti originati dalla protesi totale.

La paziente torna dopo tre mesi per procedere con la parte protesica. I tessuti sono stabili e gli impianti integrati (Fig. 7).



Fig. 7

Nonostante le condizioni "border line" di questo caso, il cono Morse dell'impianto Leone si dimostra affidabilissimo ed i tessuti appaiono in ottimo stato (Fig. 8). L'interfaccia perfetta tra l'impianto ed il tappo di guarigione riduce ai minimi termini l'infiltrato batterico e quindi le lesioni e le infiammazioni tissutali.



Fig. 8

Rimossi i tappi di guarigione (Figg. 9, 10), si inseriscono i transfer da impronta (Fig. 11) che ingaggiano perfettamente l'esagono implantare rimanendo immobili durante la rilevazione delle impronte.



Fig. 9

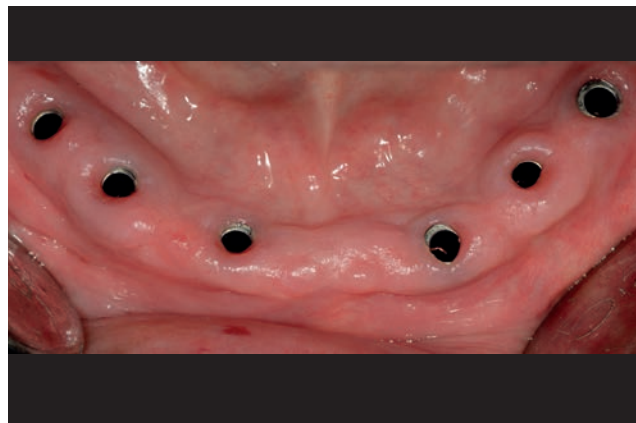


Fig. 10

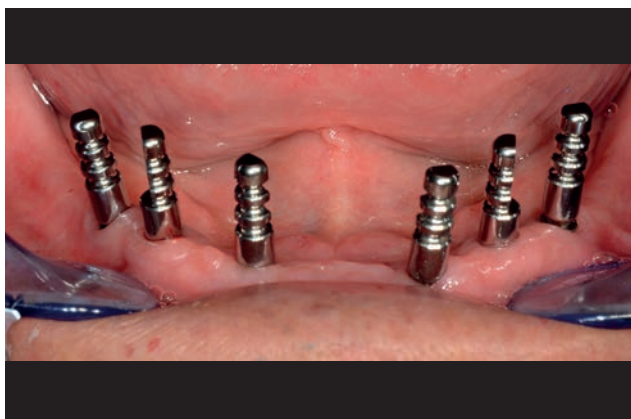


Fig. 11

Si rilevano quindi le impronte (Figg. 12, 13), uno dei passaggi più comodi del sistema Exacone: non avendo la necessità di svitare i transfer, basterà prendere un'impronta "a strappo", riducendo così le difficoltà per l'operatore ed i tempi di attesa per il paziente.

Il tutto viene inviato al laboratorio. La dimensione verticale è stata stabilita in fase preliminare. Si può procedere quindi alla ceratura e alla progettazione degli abutment "customizzati".

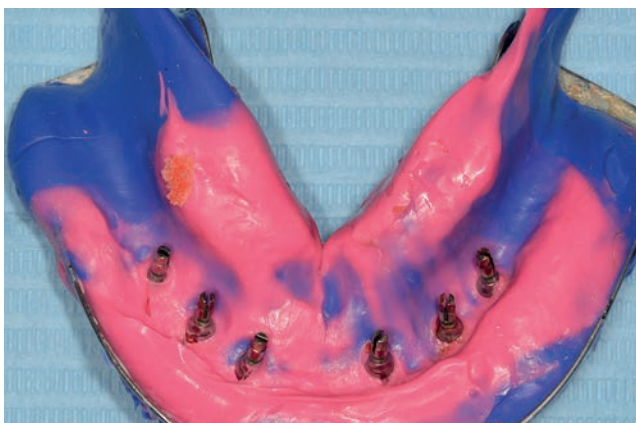


Fig. 12

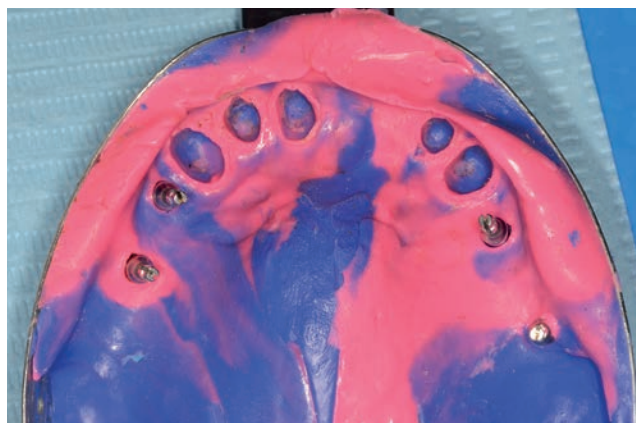


Fig. 13

Una volta progettati e fresati, il laboratorio invia i monconi "customizzati" insieme a dei comodi jig in resina che guideranno il loro posizionamento corretto (Fig. 14). I jig si inseriscono alla perfezione e questo testimonia la bontà delle impronte rilevate.



Fig. 14

Questo è un semplice espediente, praticamente a costo zero sia per l'operatore che per il laboratorio, che permette di evitare inutili sprechi di tempo per cercare la collocazione precisa dei monconi.

Una volta provati i monconi, si prepara uno strato di Duralay abbastanza spesso da alloggiare sul jig di posizionamento e si chiede al paziente di chiudere (Fig. 15).



Fig. 15

L'insieme Duralay-jig ci darà due principali aiuti:

- 1) servirà per solidarizzare tutti i monconi in un unico blocco
- 2) costituirà una vera e propria impronta di posizione poiché ci permetterà di "fotografare" la stabilità simultanea di tutti gli abutment e quindi trasferire questa informazione all'odontotecnico (Fig. 16).

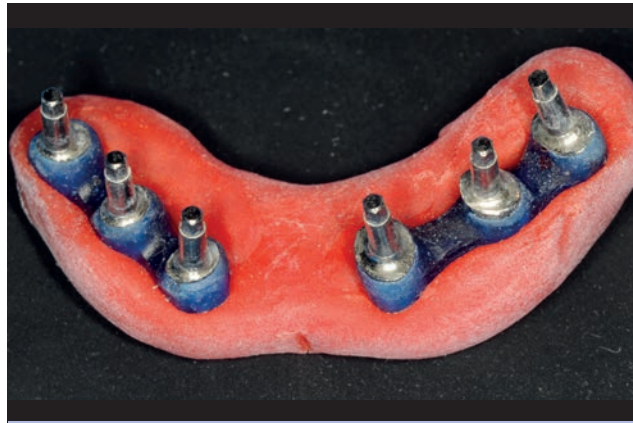


Fig. 16

L'odontotecnico possiede ora le informazioni necessarie per progettare entrambe le strutture (Figg. 17-20).

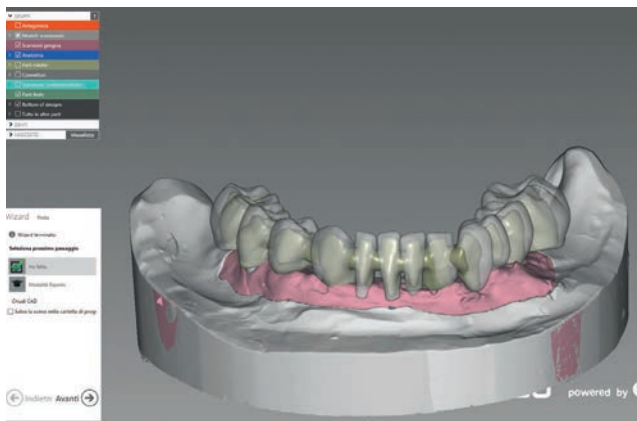


Fig. 17

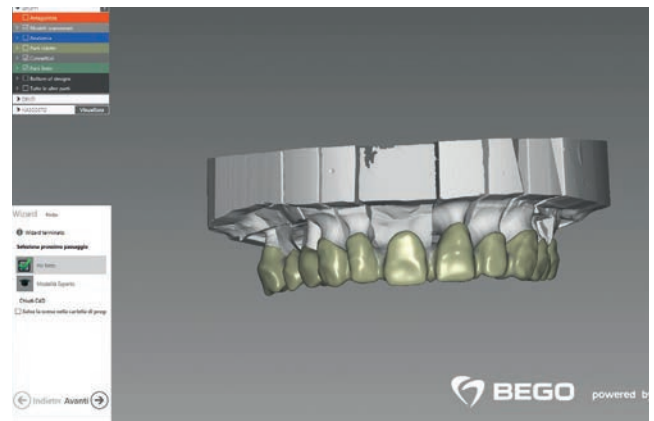


Fig. 18

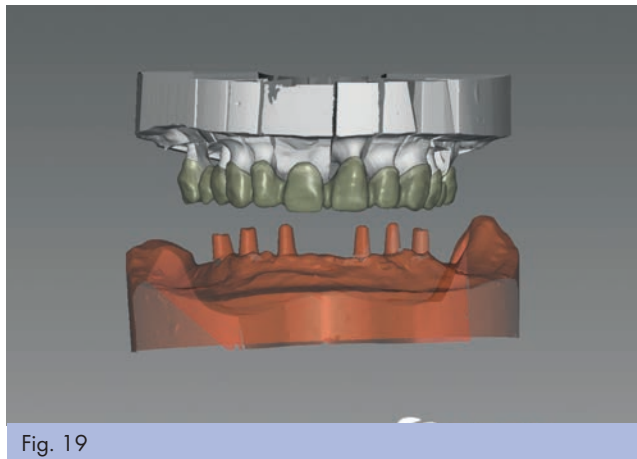


Fig. 19

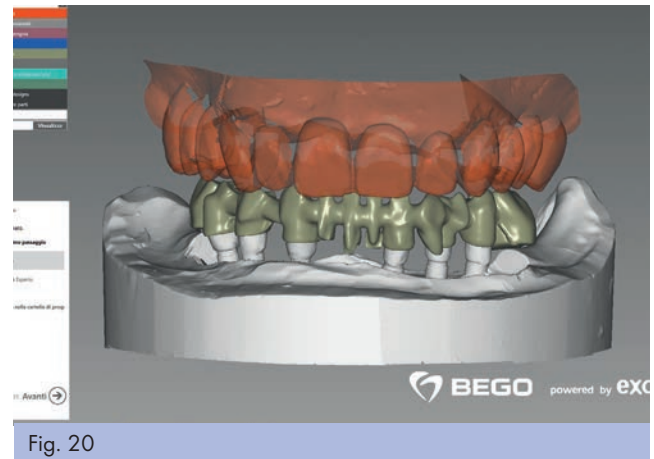


Fig. 20

Ci vengono inviate in prova le strutture in metallo insieme a due provvisori, del tutto coerenti con la riabilitazione finale in modo che la paziente possa abituarci in attesa dei restauri definitivi.

Gli abutment customizzati vengono posizionati negli impianti con l'aiuto dell'insieme Duralay-jig. Per fissare la posizione dei monconi si batte con il percussore sopra l'insieme Duralay-jig (Fig 21). Dopo averlo rimosso si posiziona il percussore direttamente sui monconi per inconarli alla perfezione.

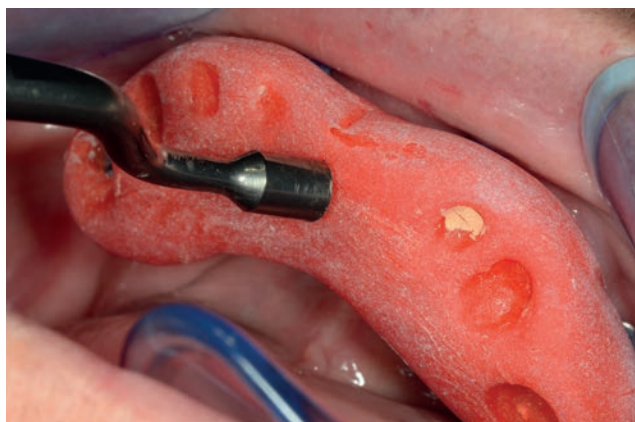


Fig. 21

I monconi appaiono perfettamente adattati alle mucose senza creare sofferenza a queste ultime (Fig. 22).

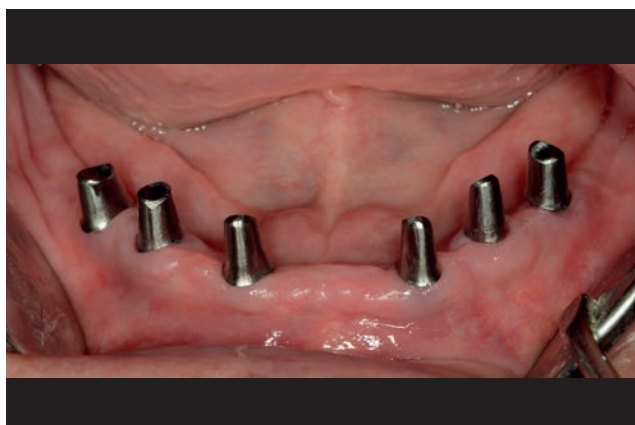


Fig. 22

Si esegue la prova dell'armatura metallica, si prendono le impronte di posizione per consentire al tecnico di procedere alla ceramizzazione (Figg. 23-25) e si applicano i due provvisori al paziente.



Fig. 23

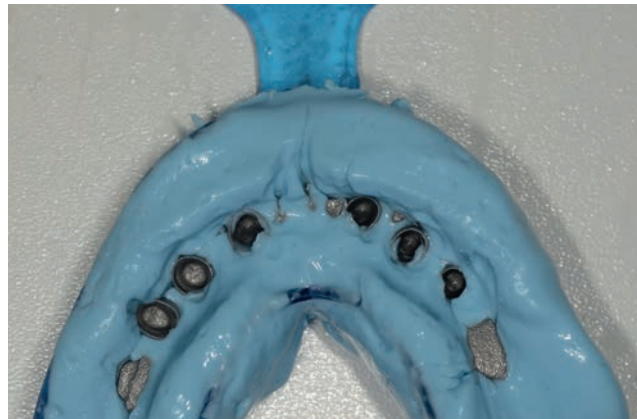


Fig. 24

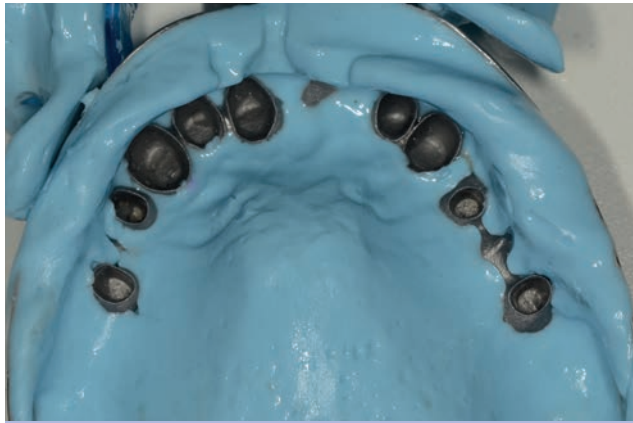


Fig. 25

La settimana seguente si cementano i manufatti definitivi (Figg. 26-30).



Fig. 26



Fig. 27

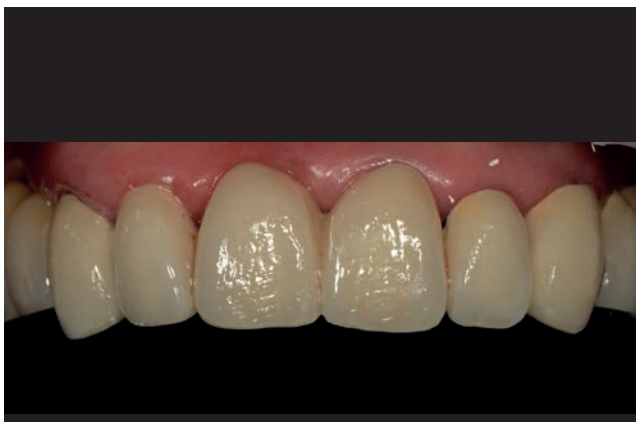


Fig. 28



Fig. 29

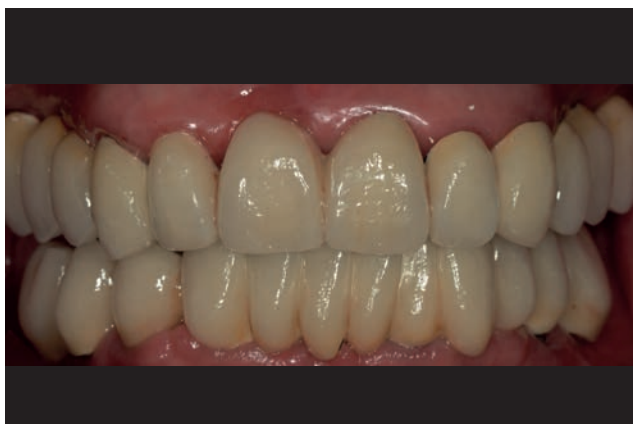


Fig. 30

Il controllo clinico e radiografico a 3 anni mostra un buon mantenimento dei margini ossei perimplantari. Anche il paziente appare pienamente soddisfatto (Figg. 31, 32).

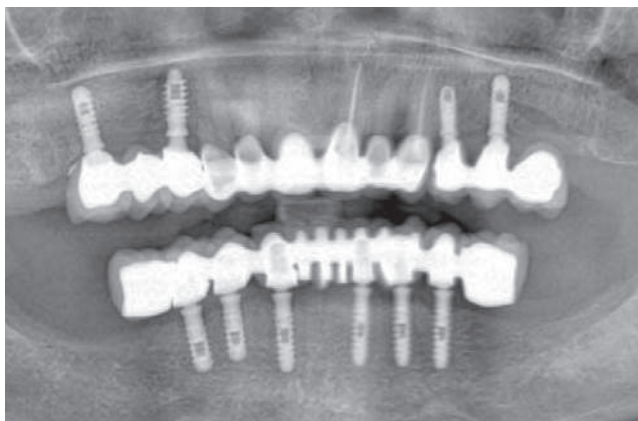


Fig. 31



Fig. 32

Conclusione

La routine del nostro lavoro spesso è molto lontana da quello che vediamo nei congressi e ai corsi. Di frequente si devono trovare compromessi tra le esigenze del curante e quelle dei pazienti.

Il case report presentato ne è un chiaro esempio. La paziente aveva avuto esperienze alla poltrona assolutamente negative che l'avevano portata a trascurarsi completamente.

Quando un paziente decide finalmente di donarci la sua fiducia, molte volte comincia a porre dei paletti che rappresentano dei limiti alle nostre facoltà operative.

È proprio in questi momenti che lavorando in team con il laboratorio, dobbiamo optare per la migliore delle soluzioni a nostra disposizione per accontentare le richieste del paziente.

Dovendo in questo caso far conciliare la chirurgia monofasica a tutti i costi con la presenza di una protesi totale, ci si deve affidare ad un impianto che sia stabile, affidabile e con una connessione molto performante.

Nonostante le pressioni esercitate dalla protesi e l'inevitabile accumulo di placca al di sotto di essa, i tessuti e l'osso hanno mantenuto un'assoluta stabilità grazie al cono Morse Leone.

La rapidità d'esecuzione nelle fasi chirurgiche e nel posizionamento implantare, il lavoro di squadra con il laboratorio e le caratteristiche dell'impianto Leone ci hanno consentito di portare a termine il piano di cura mantenendo il risultato stabile nel tempo ed eliminando qualsiasi tipo di complicità nei momenti più critici della riabilitazione.

REALIZZAZIONI PROTESICHE

Odt. Plinio Lovaglio (Roma)



EXACONE MAX STABILITY

L'IMPIANTO
IDEALE
IN CASO DI:

- scarsa densità ossea
- siti post-estrattivi
- split crest



Ortodonzia e Implantologia

All-on-six nel mascellare superiore con utilizzo della protesi pre-esistente come provvisorio immediato

Dott. Massimo Barbera

Libero professionista a Padova

Dott. Nazario Go

Libero professionista a Montegrotto Terme - Pd

Dott. Alberto Fioretti

Libero professionista a Vicenza

PAROLE CHIAVE

all-on-six, carico immediato, edentulia totale superiore, protesi avvitata, monconi per protesi avvitata

Nella nostra pratica clinica ci troviamo spesso a dover rispondere alle esigenze ed aspettative sempre crescenti dei nostri pazienti.

Tra le più frequenti troviamo sicuramente la rapidità di esecuzione, una estetica immediata ed una prognosi sicura associata a costi sempre più contenuti.

L'articolo illustra l'esecuzione di una protesi di dodici elementi avvitata su impianti con carico immediato in paziente edentulo in regione mascellare superiore, utilizzando il protocollo fornito dalla Leone per la protesi avvitata.

Questa metodica unisce le grandi doti della connessione conometrica (altissima resistenza ai carichi dislocanti dovuta all'assoluta stabilità del sistema impianto-abutment e annullamento dei micro gap che garantiscono un eccellente mantenimento dell'osso marginale) alla possibilità di gestire senza limitazioni il parallelismo delle emergenze implantari anche durante la fase chirurgica.

Caso clinico

Si presenta alla nostra attenzione un paziente di sesso maschile di anni 80, in ottima salute, non fumatore, con edentulia mascellare, portatore di protesi totale superiore, che ci chiede di migliorare la propria situazione clinica. Dalla valutazione clinica e radiologica si evince che la quantità e qualità del tessuto osseo risultano adeguate per l'esecuzione di una riabilitazione implanto-protetica a carico immediato su sei impianti (Fig. 1).

Occlusalmente non si riscontrano perdite di dimensione verticale, quindi si decide per l'utilizzo della vecchia protesi, dopo le opportune modifiche, come provvisorio avvitato su impianti.



Fig. 1 - RX preoperatoria

Dopo aver eseguito un'incisione crestale e successivo scollamento del lembo gengivale a tutto spessore e aver valutato le emergenze protesiche ideali, si procede all'inserimento di quattro impianti Leone Exacone da 3.3 mm di diametro per 10 mm di lunghezza e due da 4.1 mm di diametro per 12 mm di lunghezza in sede da canino a secondo premolare bilateralmente (Figg. 2, 3).



Fig. 2 - Scollamento lembo spessore totale con minima invasività



Fig. 3 - Guida per emergenza protesica

Una volta inseriti gli impianti, abbiamo potuto scegliere durante la chirurgia l'angolazione più opportuna per riuscire a parallelizzare tutti gli impianti grazie all'utilizzo di un kit di monconi di prova in materiale plastico replicanti fedelmente la gamma dei monconi definitivi (Figg. 4, 5).



Figg.4,5 – Monconi di prova



Fig. 5

I monconi di prova permettono al clinico di gestire in modo diretto e semplice un passaggio cruciale nella conduzione del carico protesico. Sono stati scelti due monconi da 4,1 mm di diametro GH 3, uno diritto e uno angolato a 15° e quattro monconi da 3,3 mm di diametro GH 3, uno diritto e tre angolati a 15°.

Abbiamo rimosso l'esagono apicale ai monconi angolati e avvitato i transfer PickUp ai monconi per protesi avvitata (Fig. 6). I monconi sono stati posizionati negli impianti, orientati e parallelizzati. Dopo aver trovato le posizioni più idonee abbiamo attivato la connessione conometrica battendo sulle viti PickUp.



Fig. 6 – Transfer PickUp avvitati sui monconi per protesi avvitata

Abbiamo opportunamente modificato la vecchia protesi utilizzandola come cucchiaio individuale per prendere un'impronta di precisione (Figg. 7-9).



Fig. 7- Adattamento vecchia protesi per impronta di precisione con silicone per addizione



Figg. 8,9 - Impronta

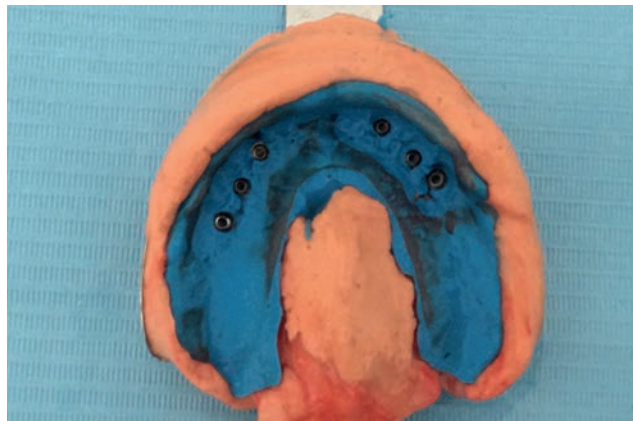


Fig. 9

I monconi per protesi avvitata, che rimangono in bocca, vengono protetti con delle apposite cuffie di protezione (Fig. 10).



Fig. 10 - Monconi per protesi avvitata con cuffie di protezione

La radiografia di controllo evidenzia il corretto posizionamento degli impianti (Fig. 11).

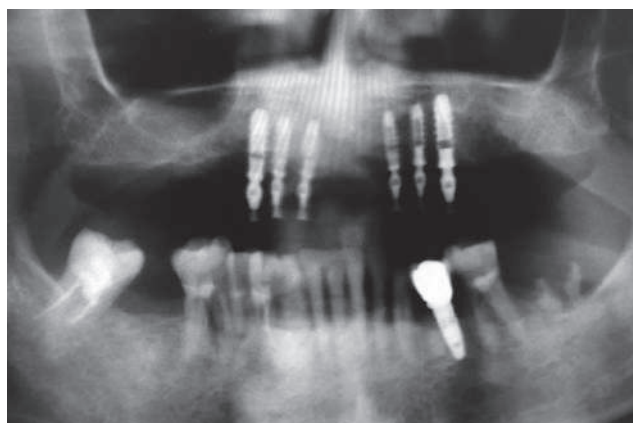


Fig. 11 – Radiografia postoperatoria

In poche ore l'odontotecnico riadatta la vecchia protesi rinforzata, trasformandola in un provvisorio avvitato su impianti (Figg. 12-14).



Figg. 12,13 – Protesi provvisoria pronta per la consegna



Fig. 13



Fig. 14 – Protesi provvisoria immediata avvitata su impianti

Dopo quattro mesi, ad osteointegrazione avvenuta, procediamo con la consegna della protesi totale definitiva avvvitata su impianti (Figg. 15-20).



Fig. 15 – Dopo 4 mesi: visione dei tessuti perimplantari dopo aver rimosso la protesi provvisoria

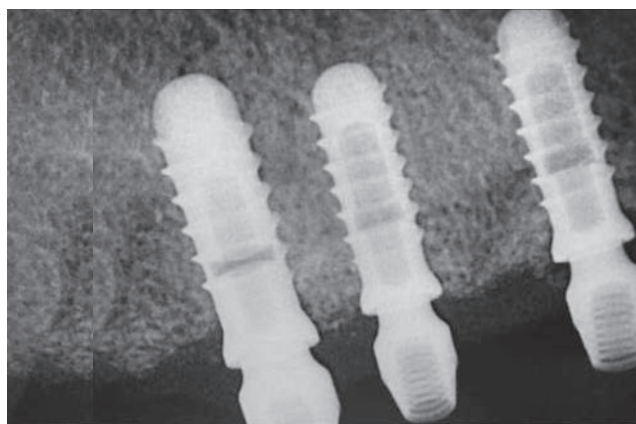


Fig. 16 – Controllo RX primo quadrante dopo 4 mesi dall'intervento

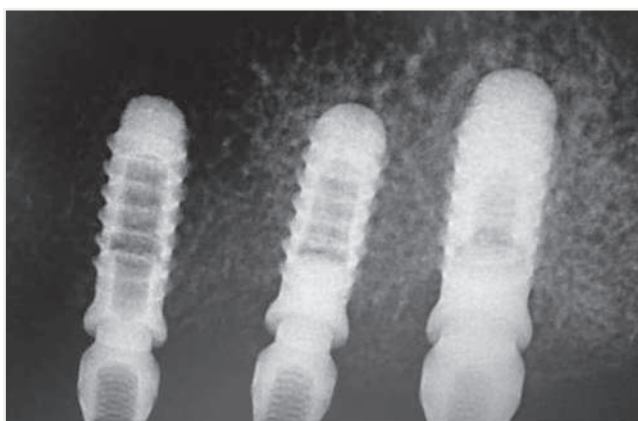


Fig. 17 – Controllo RX secondo quadrante dopo 4 mesi dall'intervento



Fig. 18 – Prova della protesi definitiva sul modello



Figg. 19, 20 - Consegna della protesi definitiva



Conclusioni

Questa metodica permette di riabilitare un'arcata edentula con una protesi totale su impianti nel giro di poche ore garantendo una estetica ottimale e un discomfort limitato per il nostro paziente.

La moderna letteratura evidenzia come la predicibilità dell'osteointegrazione di un impianto a carico immediato dipenda molto dall'assenza di micromovimenti. Risulta quindi importante riuscire a creare una struttura protesica la cui biomeccanica mantenga tali micromovimenti al di sotto della soglia di tolleranza.

L'utilizzo della vecchia protesi assicura inoltre il mantenimento della dimensione verticale del paziente.

monconi anatomici EXACONE®

360°

PER FACILITARE
LA FINALIZZAZIONE PROTESICA
IN LABORATORIO E IN STUDIO



presenza di tacca

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

inclinazione ottimale e 2 facce piane contrapposte

migliorano la collocazione
e la ritenzione delle cappette

spalla preformata

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

4 altezze di tratto transmucoso

per un preciso adattamento
allo spessore dei tessuti molli

esagono apicale

separato dal resto
del moncone

L'innovazione principale,
protetta da un brevetto inter-
nazionale, risiede nella rea-
lizzazione dell'**esagono
apicale staccato dal
resto del moncone:**

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



Ortodonzia e Implantologia

*L'efficienza
della semplicità!*



PROFESSIONALITÀ
ESPERIENZA
INFORMAZIONE
CONSULENZA

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

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

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

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

Preparatevi ad affrontare le nuove esigenze professionali con Exacone Team!



Dr. LEONARDO TARGETTI
Firenze



Dr. ROBERTO MELI
Firenze



Dr. SALVATORE BELCASTRO
Ponte Valleceppi - PG



Dr. LEONARDO PALAZZO
Perugia



Dr. MARIO GUERRA
Roma



Dr. ALBERTO FREZZATO
Rovigo



Dr. NAZARIO RUSSO
Benevento



Dr. GIACOMO COPPOLA
Arzano - NA



Dr. RENATO TURRINI
Massarosa - LU



Dr. FULVIO FLORIDI
Città di Castello - PG



Dr. LUIGI LUCCHIARI
Due Carrare - PD



Dr. MARINO MICCINI
Montesilvano - PE



Dr. FABRIZIO DELL'INNOCENTI
Ponsacco - PI



Dr. GIANCARLO ROMAGNUOLO
Roma, Torino, Capri



Dr. ALFONSO SINISI
Ca' Savio - VE



Dr. SALVATORE DETTORI
Sorso - SS



Dr. BRUNO PORTELLI
Vicenza



Dr. DARIO MERCURI
Roma

EXACONE[®] 2.9



Grande performance
Piccolo diametro

Leone S.p.a.

Via P. a Quaracchi 50
50019 Sesto Fiorentino | Firenze | Italia

Ufficio Vendite Italia:

tel. 055.3044600 | fax 055.374808
italia@leone.it | www.leone.it



Ortodonzia e Implantologia