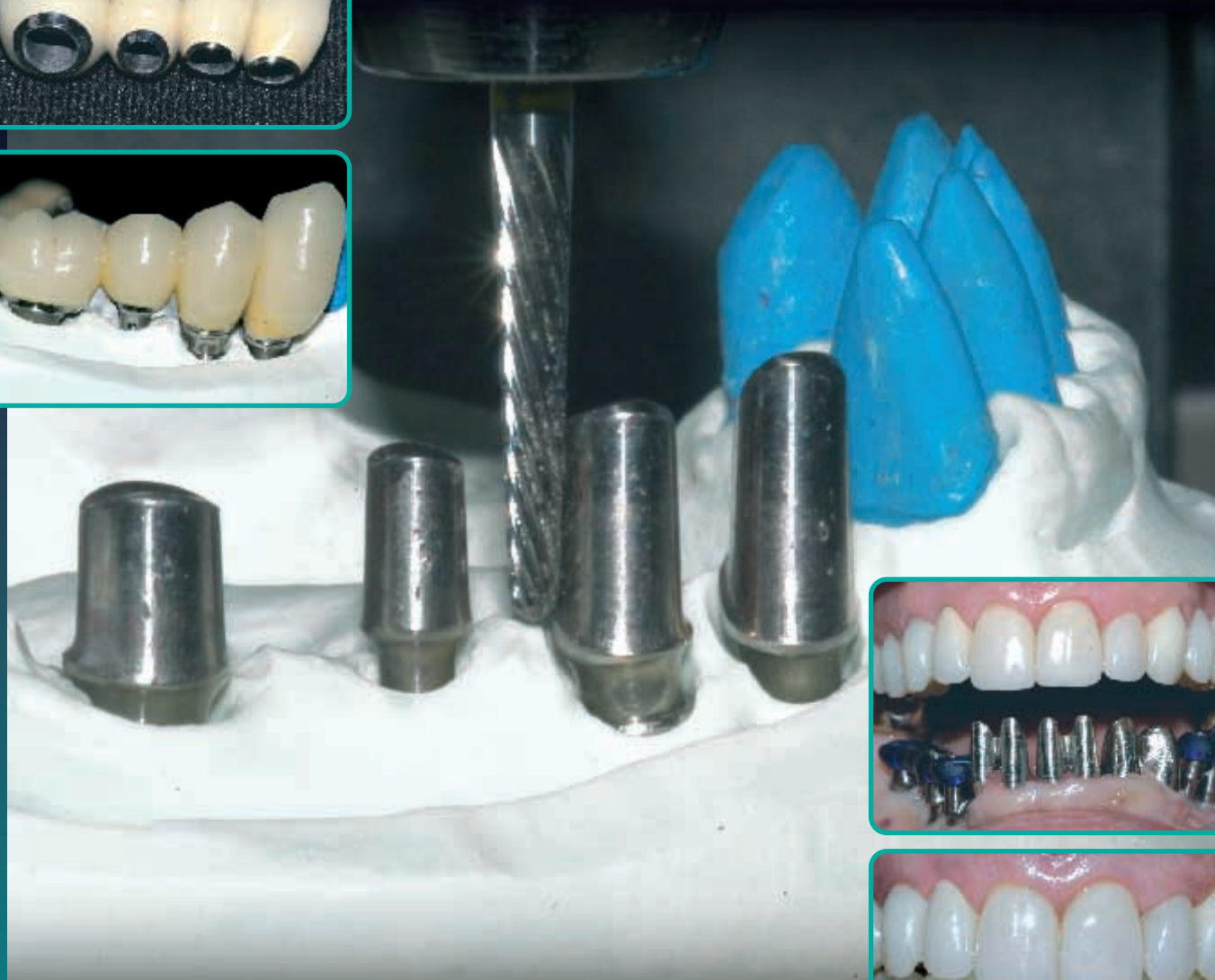


EXACONE News



IL BOLLETTINO DEL SISTEMA IMPLANTARE LEONE



L'efficienza della semplicità

DIECI CASI CLINICI

Monoimpianti per overdenture O-ring

L'efficienza della semplicità in 8 mosse



1

Incidere
la gengiva con
il mucotomo



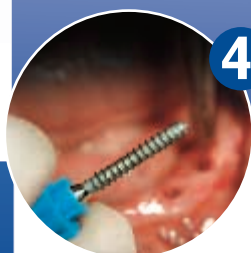
2

Utilizzare la fresa a pallina



3

Utilizzare la
fresa pilota



4

Prelevare il monoimpianto
dalla confezione



5

Inserire il monoimpianto



6

Inserire
gli altri monoimpianti



7

Fissare le
microcuffie



8

Il sorriso del
vostro paziente

Beneficio immediato con recupero funzionale e stabilizzazione della protesi nella stessa seduta dell'intervento mini invasivo.

Inserimento semplice anche in mandibole atrofiche ed estremamente riassorbite grazie al diametro ridotto di 2,7mm.

Possibile riutilizzo della protesi preesistente con le esclusive microcuffie.

Fabbricati in titanio grado medicale. Design autofilettante con ottima stabilità primaria.

Il collo liscio e tronco conico favorisce il sigillo mucoso. Resistenza alla torsione oltre 140 Ncm.



Ortodonzia e Implantologia

Una scommessa? No, grazie.

Sei anni fa iniziammo uno studio sulla fattibilità tecnica e l'accettazione clinica da parte dei professionisti di una linea di impianti Leone.

Qualcuno sentenziò che il Pozzi faceva una scommessa.

Oggi l'impianto Leone è una realtà. Per tanti professionisti sia italiani che esteri è divenuto l'impianto di eccellenza ed ha raggiunto quote altissime di applicazione con successo.

La mia non era una scommessa!

Non sono un giocatore: né a carte, né in borsa, né tanto meno scommetto sul mio lavoro.

Ecco, il lavoro, nella mia filosofia solo il lavoro può farti progredire e dare le soddisfazioni che vai cercando, "questo lavoro" che 6 anni fa imposi ai miei collaboratori e consulenti.

La prima cosa fu quella di costituire un gruppo di lavoro con l'Ing. Riccardo Chiti, l'Ing. Maurizio Dolfi, l'Ing. Tania Gamberini, l'Ing. Fabrizio Savino, Gabriele Scommegna, e con il Dott. Leonardo Targetti come consulente scientifico. Iniziammo una ricerca su tutto quanto esisteva sugli impianti e vagliammo tutti i pro ed i contro. Nacque così un nostro progetto, il progetto di un impianto che introducesse dei concetti nuovi ed intriganti, basato sulla semplicità ma che potesse dare grande affidabilità. Un impianto che doveva necessariamente essere prodotto con tecniche nuove di alta precisione ed efficienza. La presentazione sul mercato pose alcuni problemi, "gli esperti" del settore vollero dire la loro.

E chiaramente ci furono alcune critiche.

In 5 anni grazie al nostro lavoro sono stati inseriti più di 40.000 impianti, molti i lavori presentati e pubblicati da vari medici. Abbiamo disponibili statistiche di risultato a due, tre, quattro anni che ci confermano l'eccellenza del sistema e l'ottima osteointegrazione. Statisticamente gli insuccessi non superano l'1,5%.

Abbiamo costituito un gruppo di professionisti, l'Exacone™ Team, che realizza lavori scientifici presentandoli in tutta Italia e che nei prossimi mesi estenderà la presentazione dei casi anche in congressi internazionali.

Il Sistema Implantare Exacone™* Leone è brevettato in tutto il mondo, è costruito secondo le norme UNI EN 9001 e ISO 13485 ed è registrato alla Food & Drug Administration.

Non si tratta, quindi, di una scommessa ma di un lavoro di équipe che, grazie alla professionalità di tutti coloro che hanno contribuito alla sua realizzazione, ha dato i risultati previsti e programmati in fase di progetto.

Adesso, in concomitanza dell'uscita di questo nuovo numero di EXACONE™ NEWS terremo il primo Congresso Exacone™ qui a Firenze, presso l'Istituto Studi Odontoiatrici, al quale si sono già iscritti oltre 200 partecipanti.

Un grazie a tutti coloro che hanno permesso tutto questo e buon lavoro congressuale a tutti i medici che saranno con noi qui a Firenze il 9 giugno.

Alessandro Pozzi

Dr. Alberto Frezzato, Dr.ssa Irene Frezzato

Riabilitazione implanto-protetica in caso di grave atrofia ossea

Parole chiave

sella edentula, atrofia ossea, post-estrattivo immediato, tecniche osteotomiche, due fasi, carico protesico, estetica

pag. 4

Dr. Roberto Meli

L'implantologia sociale: la mia esperienza con i monoimpianti

Parole chiave

edentulia totale inferiore, stabilizzazione protesi, monoimpianti, overdenture O-ring, successo implantare

pag. 8

Dr. Salvatore Belcastro, Dr. Fesal El Zoobi, Dr. Leonardo Palazzo, Dr. Mario Guerra

Lunghezza implantare: vecchi concetti e nuove conoscenze

Parole chiave

due fasi, impianti corti, mini rialzo del seno mascellare, sopravvivenza implantare

pag. 11

Corsi di implantologia

pag. 18

Dr. Dario Mercuri, Dr. Fabio Cameracanna, Dr. Daniele Pistoni

Pilastrini dentali e impianti Exacone™*: metodologie riabilitative parallele

Parole chiave

selle edentule, due fasi, tecnica indiretta, faccette in ceramica

pag. 19

Nuovi prodotti

pag. 24

Dr. Salvatore Dettori

Corona singola molare supportata da due impianti

Parole chiave

edentulia singola, zona molare, corona singola, due impianti, ampiezza biologica

pag. 28

Dr. Marino Miccini

Grande rialzo di seno con inserimento contestuale di un impianto e inserimento di un impianto post-estrattivo

Parole chiave sella edentula, post-estrattivo, grande rialzo di seno mascellare, due fasi

pag. 34

Giornate propedeutiche di pratica implantologica su paziente

pag. 37

Dr. Fabio Boscolo

Edentulia in zona estetica: carico immediato con tecnica flapless

Parole chiave zona estetica, post-estrattivo ritardato, edentulia multipla inferiore, tecnica flapless, carico immediato, condizionamento dei tessuti molli

pag. 38

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

La protesi combinata nella riabilitazione implanto-protetica

Parole chiave edentulia totale, due fasi, mini-rialzo del seno mascellare, protesi combinata

pag. 40

Dr. Luigi Lucchiari

Riabilitazione del settore frontale e dell'emiarcata inferiore in paziente con grave compromissione parodontale

Parole chiave edentulia multipla, post-estrattivo, zona estetica, carico immediato

pag. 44

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-12-06/04



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 implanto-protetica in caso di grave atrofia ossea

Dr. Alberto Frezzato, Dr.ssa Irene Frezzato

Liberi professionisti a Rovigo

La presenza di atrofia ossea comporta sempre per il clinico una attenta valutazione prospettica sui risultati funzionali ed estetici del caso. È impensabile ottenere risultati estetici in caso di grave atrofia. Il problema dei “triangoli neri interdentali” può essere ridotto, in mancanza di trattamenti più completi e complessi, tramite ricontorno in composito delle corone dentarie. La posizione del labbro a riposo e durante il sorriso è fondamentale nell'evidenziare o mascherare tale inestetismo. Il ricorso a tecniche osteotomiche permette, con intervento scarsamente invasivo, di espandere il sito implantare. L'inserimento dell'impianto immediato in sito post-estrattivo comporta l'applicazione in vario grado di tecniche rigenerative.

Il grado di atrofia condiziona la direzione di inserzione degli impianti. Nel mascellare superiore l'atrofia si verifica nei tre piani dello spazio in senso centripeto e gli impianti saranno inseriti tanto più orizzontali quanto più marcata è l'atrofia. Nel caso in esame si verifica tale evenienza: ne consegue la necessità di usare monconi molto angolati. Monconi di titanio pieni fresabili ci permettono di sopperire alla notevole angolazione tra protesi e impianti. Ovviamente il carico risulta disassato rispetto all'asse implantare: è un compromesso dal punto di vista biomeccanico. Nel caso in esame il carico è ridotto dalla parziale assenza di antagonisti. L'eccessiva angolazione dei monconi comporterà un profilo di emergenza protesico non adeguatamente estetico. Solo una posizione più profonda dell'impianto permetterà di emergere col manufatto con un profilo più edeguito. La presenza di una connessione moncone-impianto in profondità comporta peraltro maggiori rischi di “instabilità microbiologica”. È, infatti, la presenza del gap moncone-impianto responsabile del riassorbimento osseo peri-cervico-implantare. Spesso una migliore estetica sarà un compromesso con il mantenimento microbiologico.

Paziente di sesso femminile di anni 74, affetta da parodontopatia cronica a lenta evoluzione che presenta marcata atrofia delle selle (figg. 1-3). La protesi al 2° quadrante data da oltre 20 anni e non risulta più adeguata alla funzione masticatoria per estrema mobilità sotto carico (fig. 4).

Si stabilisce un piano di trattamento che preveda una riabilitazione del 2° quadrante mediante protesi fissa supportata da impianti, secondo una procedura a due tempi (impianti post-estrattivi immediati e carico a distanza ad avvenuta osteointegrazione). L'intervento è trattato in ansiolisi. Si inseriscono 2 impianti diametro 4,1 mm lunghezza 12 mm post-estrattivi immediati in sede +3 e +5. Si inserisce un impianto diametro 3,3 mm lunghezza 12 mm su sito maturo in sede +4. In sede +3 si esegue un'espansione verticale di cresta secondo tecnica OSFE - Osteotomy Sinus Floor Elevation - di Summers per poter utilizzare un impianto sufficientemente lungo. Si esegue un intervento rigenerativo nella zona crestale in presenza di deiscenza alveolare, tramite apposizione di bone chips. Analogo trattamento si esegue in sede +5 (OSFE + bone chips). In sede +4 si esegue un'espansione trasversale tramite tecnica REO - Ridge Expansion Osteotomy - (figg. 5-10). All'atto dell'intervento implantare si confeziona, per fini estetici, un provvisorio di resina +2+6 (fig. 11) da mantenere per tutto il periodo della guarigione conservando il pilastro naturale +6, già rizectomizzato (fig. 12). Ad osteointegrazione avvenuta si effettua il secondo rientro chirurgico che permette di rimuovere i tappi di chiusura e di inserire i tappi di guarigione (fig. 13). Il pilastro +6, già rizectomizzato e non più recuperabile, viene estratto al momento della finalizzazione protesica (figg. 14-19).

Parole chiave

sella edentula, atrofia ossea, post-estrattivo immediato, tecniche osteotomiche, due fasi, carico protesico, estetica

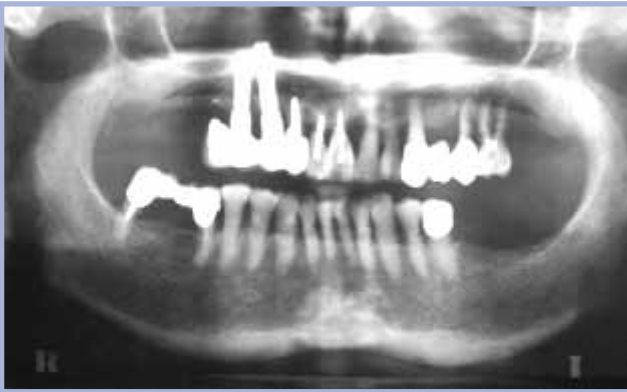


Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

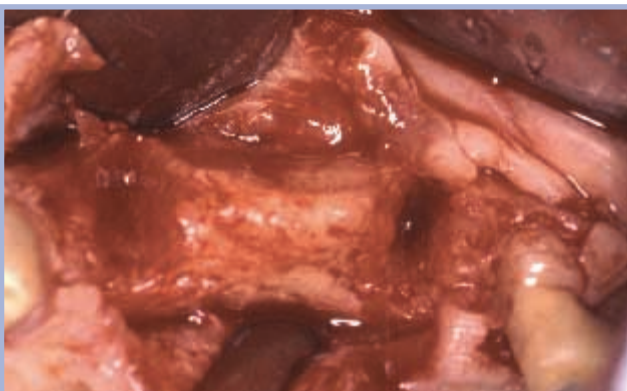


Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11

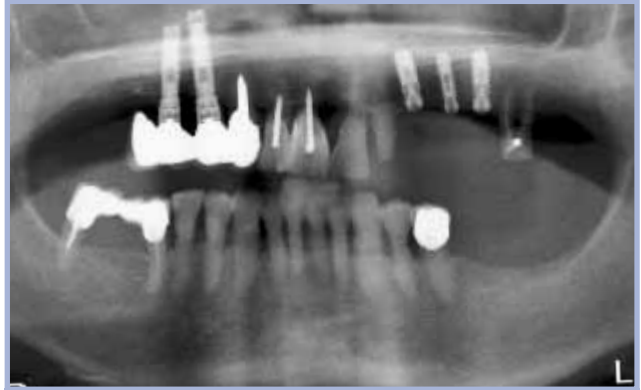


Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14



Fig. 15



Fig. 16



Fig. 17



Fig. 18



Fig. 19

Realizzazioni protesiche

Laboratorio Odontotecnico Ceramodent di Paolo Morbiato e C. - Padova

SAREMO PRESENTI

82° CONGRESSO E.O.S.

Vienna - 4/8 Luglio 2006

**34° EXPODENTAL
21° TECNODENTAL**

Milano - 4/7 Ottobre 2006

DENTAL GO

Napoli - 26/28 Ottobre 2006

**18° CONVEGNO
INTERNAZIONALE SIDO**

Firenze - 16/18 Novembre 2006

**24° CONGRESSO
INTERNAZIONALE AIOP**

Bologna - 23/25 Novembre 2006

**5TH WORLD CONGRESS
OF OSSEOINTEGRATION**

Venezia - 15/17 Febbraio 2007

VISITATECI PRESSO I NOSTRI STAND



L'implantologia sociale: la mia esperienza con i monoimpianti

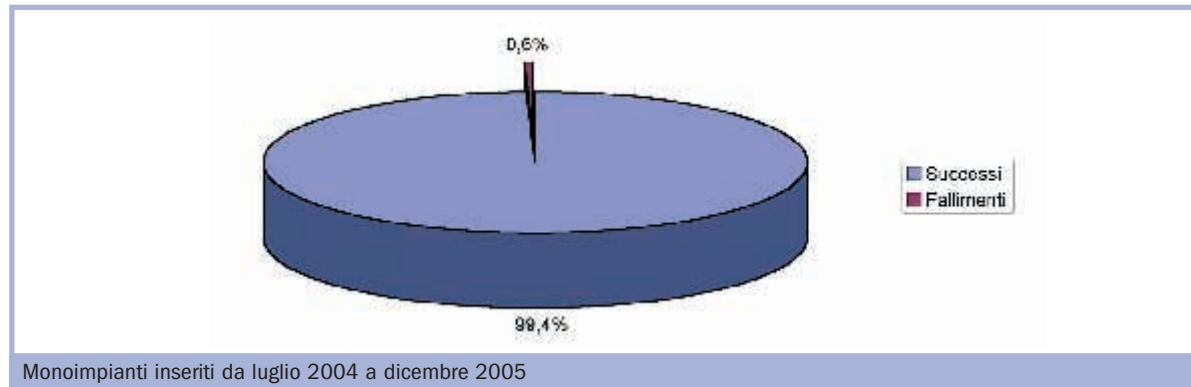
Dr. Roberto Meli

Libero professionista a Firenze

Il paziente edentulo solitamente è in età avanzata e presenta notevole avversione a tutti gli interventi invasivi, soprattutto di tipo chirurgico. D'altra parte essendo già portatore di protesi mobile si rivolge a noi per ottenere un miglioramento della stabilità e portabilità della sua dentiera. Inoltre, spesso ha una disponibilità economica limitata. La stabilizzazione con monoimpianti rappresenta, a mio avviso, la proposta terapeutica elettiva.

La motivazione del paziente si ottiene facendo leva sui punti di forza della metodica implantare con i monoimpianti: il recupero della protesi esistente come provvisorio o addirittura come definitivo; l'assenza di postumi; i tempi di trattamento ridotti (nei casi ideali è possibile limitarsi ad una sola seduta); i costi contenuti, in altre parole, proponendo un rapporto costo/beneficio estremamente favorevole.

Tra luglio 2004 e dicembre 2005 ho trattato 40 pazienti con 160 monoimpianti LEONE secondo il protocollo che prevede l'inserimento di 4 monoimpianti in zona interforaminale. Ho usato preferibilmente la tecnica flapless, anche se in presenza di creste irregolari, è consigliabile la creazione del lembo chirurgico. Ho caricato gli impianti in alcuni casi nella stessa giornata chirurgica o al massimo 2 settimane dopo aver atteso la guarigione dei tessuti molli. Un solo monoimplantato è stato perso, poiché il sito osseo ricevente non aveva spessori marginali adeguati, pertanto la mia personale percentuale di successo è del 99,4 %.



La paziente di anni 50 edentula da 10 e portatrice di protesi mobile totale superiore e inferiore ha sempre rifiutato ogni tipo di trattamento implantoprotesico.

Dopo una seduta di informazione sulle modalità della tecnica di riabilitazione la paziente ha dato il consenso all'inserimento di quattro monoimpianti in zona intermentoniera (figg. 1-4).

Dopo 15 giorni (fig. 5) dall'intervento sono state rilevate le impronte per la realizzazione di due protesi mobili totali con griglia metallica di rinforzo. L'impronta inferiore è stata rilevata con le microcuffie in dotazione ad ogni singolo monoimplantato (fig. 6) e poi inviate al tecnico per la realizzazione di alloggiamenti adeguati nella griglia e quindi nella protesi.

Dopo una seduta per la rilevazione del morso e dell'arco facciale ed una ulteriore seduta per una prova del montaggio, le protesi sono state consegnate.

Dopo un periodo di circa 15 giorni, necessario all'assestamento funzionale delle protesi, gli attacchi femmina sono stati fissati alla protesi inferiore con tecnica diretta (figg. 7-11):

- isolamento di ogni singolo attacco con quadratini di diga perforati al centro ed isolante per prevenire l'infiltrazione accidentale di resina sottogengiva
- alloggiamento delle femmine O-ring su ogni singolo monoimplanto
- inserimento della protesi nella sua sede dopo avere riempito gli alloggiamenti delle femmine con resina autoindurente
- dopo l'indurimento rimozione della protesi, rifinitura e lucidatura in laboratorio.

Il trattamento della edentulia totale con i monoimpianti Leone è uno strumento di lavoro semplice, efficace, economico, esso rappresenta un notevole contributo verso l'implantologia "sociale" rivolta a tutti.

Per alcuni casi, l'esperienza diretta mi ha portato a considerare i monoimpianti la terapia elettiva, per il rapporto costo beneficio assolutamente appagante. Tutti i pazienti trattati si sono dichiarati molto soddisfatti della minima invasività del trattamento, della quasi totale assenza di postumi e dei tempi estremamente ridotti dell'intero trattamento implantoprotesico.

Parole chiave

edentulia totale inferiore, stabilizzazione protesi, monoimpianti, overdenture O-ring, successo implantare

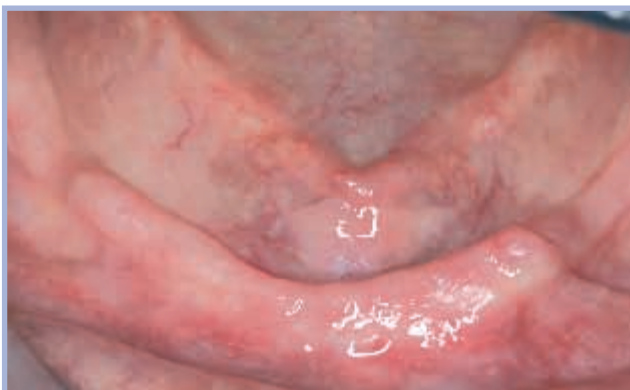


Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7

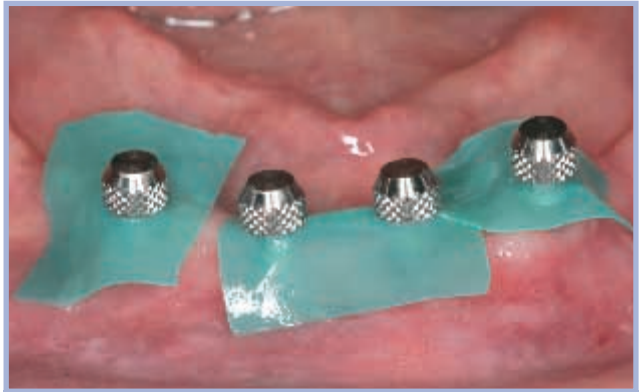


Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11

Lunghezza implantare: vecchi concetti e nuove conoscenze

Dr. Salvatore Belcastro, Dr. Fesal El Zoobi, Dr. Leonardo Palazzo, Dr. Mario Guerra

Servizio di Odontoiatria, Ospedale Civile di Gubbio

Responsabile: Dr. Mario Guerra

L'implantologia attuale, sempre più "protesicamente guidata", deve affrontare molto spesso casi caratterizzati da forte carenza di osso disponibile, sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo. I metodi possibili per superare tale difficoltà sono essenzialmente di due tipi: rigenerativo o conservativo.

Nell'ambito del secondo tipo di approccio si inserisce l'utilizzo, sempre più diffuso, di impianti di lunghezza e diametro ridotti con l'obiettivo di sfruttare al massimo l'osso disponibile ai fini implantologici evitando interventi più invasivi. Tale approccio risulta facilitato attualmente dal miglioramento della merceologia implantare (impianti con superfici trattate) e dal rapido sviluppo delle capacità diagnostiche con l'introduzione, sempre su più larga scala, di ausiliari come le TC dentali, Dentascan® o maxiscan, il cui utilizzo rende indubbiamente più agevole la valutazione pre-chirurgica di osso disponibile ai fini implantologici.

Fino a non molti anni fa era opinione comune, in alcuni casi avvalorata da evidenze scientifiche, che l'utilizzo di impianti di dimensioni ridotte fosse correlato ad una più bassa sopravvivenza degli stessi a breve ed a lungo termine. Tali opinioni erano basate su una serie di considerazioni biomeccaniche che ipotizzavano la minore efficacia degli impianti di lunghezza e diametro ridotti nel sostenere un carico protesico; l'alterato rapporto corona-radice che spesso si realizza utilizzando impianti corti, aggravato dai momenti flettenti derivanti da un posizionamento implantare angolato, associato al fatto che gli stessi impianti corti sono spesso posizionati nei settori posteriori dove frequentemente il volume osseo residuo non è ideale e per contro i carichi occlusali sono elevati, sono tutte condizioni prognostiche negative per la sopravvivenza a lungo termine delle riabilitazioni protesiche a supporto implantare. Tali considerazioni, che sul piano teorico appaiono plausibili, in realtà sono state gradualmente smentite dalla letteratura scientifica internazionale^(1,2,3,4,5,6,7,8) che ha dimostrato con i numeri e non semplicemente con le sensazioni cliniche che la sopravvivenza degli impianti di lunghezza ridotta (uguale o inferiore a 10 mm) è pressoché sovrapponibile a quella degli impianti di lunghezza standard.

Molto interessante a questo proposito appare uno studio di Misch⁽⁹⁾ il quale utilizzando impianti di lunghezza compresa tra 7 e 9 mm nei settori posteriori di entrambi i mascellari ha riportato una percentuale di sopravvivenza implantare pari al 99%; tali risultati, ovviamente, come riferisce lo stesso Misch, sono subordinati all'osservanza di semplici regole occlusali e di progettazione implanto-protesica volte a ridurre il sovraccarico occlusale sugli stessi impianti. Una modellazione dei tavolati occlusali tendente al piatto con cuspidi poco pronunciate e fosse poco profonde, una distribuzione omogenea dei contatti sia in massima intercuspidação che, soprattutto, nelle escursioni eccentriche, l'utilizzo del maggior numero possibile di impianti compatibilmente con le esigenze di mantenimento igienico, lo splintaggio degli impianti tramite sovrastrutture protesiche unite sono tutti accorgimenti suggeriti da Misch, e da noi appieno condivisi, che rendono l'utilizzo degli impianti di lunghezza ridotta una metodica predicibile e dagli ottimi risultati.

In ogni caso bisogna sempre tener presente che l'alternativa all'utilizzo di impianti corti, in caso di volume osseo residuo insufficiente, è rappresentata o dalla rinuncia alla protesi ad ancoraggio implantare oppure dall'applicazione di tutte quelle tecniche rigenerative-ricostruttive i cui alti costi biologici ed economici non sempre sono accompagnati da una predicibilità di risultati superiore a quella dell'utilizzo degli impianti corti.

Nella nostra pratica clinica abbiamo da sempre dato preferenza ad un approccio di tipo conservativo cercando di utilizzare al massimo l'osso disponibile residuo ed impiegando molto spesso impianti di lunghezza ridotta; ovviamente le semplici regole occlusali sopra menzionate hanno da sempre accompagnato i nostri progetti implanto-protesici.

In particolare, per le riabilitazioni complesse la tendenza generale è sempre quella di unire il più possibile gli impianti tra di loro; le protesi su barra sono di gran lunga preferite alle protesi rimovibili su attacchi singoli così come le arcate edentule da riabilitare con protesi fisse prevedono nella maggior parte dei casi l'utilizzo di 8 impianti come supporto per 12 elementi in mono-fusione. In linea generale la quantità di osso disponibile in senso verticale che noi consideriamo sufficiente ad intervenire senza l'ausilio di tecniche rigenerative-ricostruttive è di circa 8 mm nell'arcata inferiore, sufficiente per accogliere impianti della stessa lunghezza, e di 5- 6 mm nell'arcata superiore, dove, con semplici interventi di mini-rialzo del pavimento del seno mascellare o del naso, si riesce ugualmente ad utilizzare impianti di 8 mm. Operando in questo modo le percentuali di successo degli impianti corti - cioè uguali o inferiori a 10 mm - si sono dimostrate quasi sovrapponibili a quelle ottenute utilizzando impianti più lunghi (grafici 1, 2, 3); quando si tratta di riabilitazioni estese che prevedono l'uso di più impianti splintati le rispettive percentuali di successo si avvicinano ulteriormente. I dati illustrati derivano dall'analisi di un campione di 1253 impianti Exacone™* inseriti dal nostro gruppo di lavoro con follow-up variabile da 6 mesi a tre anni.

Parole chiave

due fasi, impianti corti, mini rialzo del seno mascellare, sopravvivenza implantare

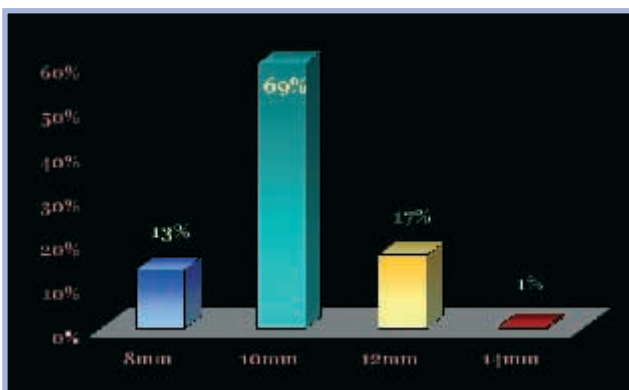


Grafico 1 - Impianti inseriti per lunghezza

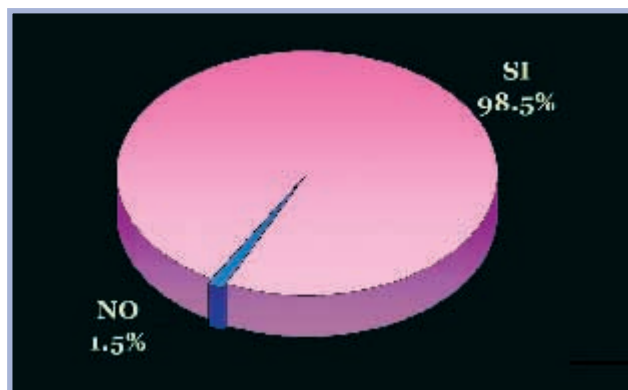


Grafico 2 - Sopravvivenza totale

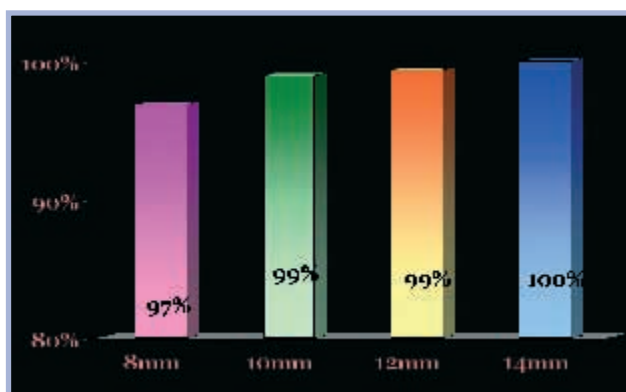


Grafico 3 - Sopravvivenza per lunghezze

Caso 1

A titolo esemplificativo si illustra un caso di riabilitazione nel secondo quadrante; la radiografia iniziale dimostra quantità ossee ridotte ma comunque compatibili con l'inserimento di 3 impianti rispettivamente di 10, 8, 8 mm nelle zone 24, 26, 27, cui è seguito l'allestimento di un ponte di 4 elementi in metallo-ceramica (figg. 1-17).



Fig. 1 - Opt iniziale: necessità di estrazione dei 25, 28



Fig. 2 - Situazione clinica dopo le estrazioni



Fig. 3 - Preparazione dei siti implantari



Fig. 4-5-6 - Uso degli osteotomi per il mini-rialzo del seno mascellare



Fig. 5



Fig. 6

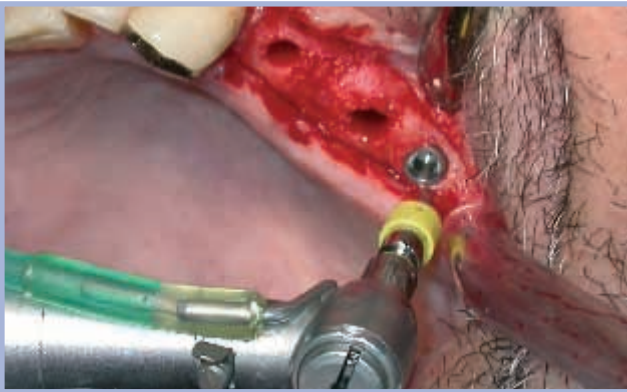


Fig. 7-8-9 - Inserimento degli impianti

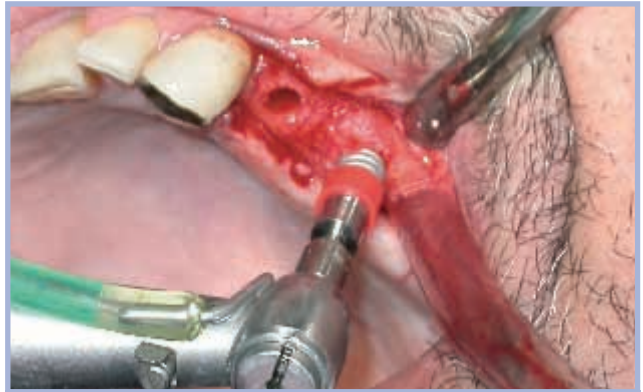


Fig. 8



Fig. 9

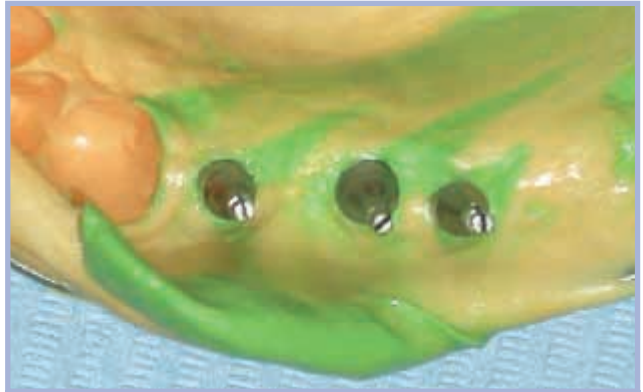


Fig. 10 - Impronta con transfer



Fig. 11 - Impronta con analoghi posizionati sopra i transfer



Fig. 12-13 - Manufatto pronto per la consegna



Fig. 13



Fig. 14 - Tessuti molli al momento della consegna del manufatto



Fig. 15 - Monconi inseriti



Figg. 16-17 - Consegna del manufatto



Fig. 17

Realizzazioni protesiche

Laboratorio Odontotecnico Wilocs - Roma

Caso 2

Nel caso di riabilitazioni singole le variabili biologiche (quantità e qualità ossea) ed occlusali dello specifico caso determineranno la scelta dell'utilizzo di impianti corti o di procedure volte ad aumentare la quantità di osso disponibile per non incorrere in insuccessi, a volte anche tardivi, legati spesso ad errata programmazione e riabilitazione del caso. Il caso esemplificativo (figg. 18-29) di seguito riportato dimostra come volersi spingere troppo nell'utilizzo degli impianti corti, soprattutto in caso di edentulia singola, possa portare ad un fallimento anche tardivo della terapia. Nel caso riportato il posizionamento implantare è stato effettuato in condizioni non ideali; l'intervento ha previsto, infatti, il mini rialzo del pavimento del seno mascellare utilizzando una quantità di osso disponibile scarso sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo (circa 4 mm di osso di qualità 3-4).



Fig. 18 - Endorale iniziale, si noti la scarsità di osso residuo



Fig. 19-20 - Situazione clinica iniziale



Fig. 20



Fig. 21 - Apertura del lembo



Fig. 22 - Mini rialzo del seno mascellare



Fig. 23 - Inserimento dell'implanto diametro 4,1 x 8 mm



Fig. 24 - Impianto inserito



Fig. 25 - Impianto con tappo di chiusura



Figg. 26-27 - Inserimento del moncone protesico piattaforma slim



Fig. 27



Fig. 28 - Consegna della corona metallo-ceramica



Fig. 29 - Fallimento tardivo: 1 anno dopo il carico

Realizzazioni protesiche

Laboratorio Odontotecnico Peducci e Monni - Perugia

Bibliografia

1. Renouard F, Nisand D, Short implants in the severely resorbed maxilla: a 2-year retrospective clinical study, *Clin Implant Dent Relat Res*, 2005; 7(Suppl.1):S104-10
2. Feldman S, Boitel N, Weng D, Kohles SS, Stach RM, Five-year survival distribution of short-length (10mm or less) machined-surfaced and Osseotite implants, *Clin Implant Dent Relat Res*, 2004; 6(1):16-23
3. Hagi D, Deporter DA, Pilliar RM, Arenovich T, A targeted review of study outcomes with short (< or = 7mm) endosseous dental implants placed in partially edentulous patients, *J Periodontol*, 2004 Jun; 75(6):798-804
4. Griffin TJ, Cheung WS, The use of short, wide implants in posterior areas with reduced bone height: a retrospective investigation, *J Prosthet Dent*, 2004 Aug; 92(2):139-44
5. Pierrisnard L, Renouard F, Renault P, Barquins M, Influence of implant length and bicortical anchorage on implant stress distribution, *Clin Implant Dent Relat Res*, 2003; 5(4):254-62
6. Nedir R, Bischof M, Briaux JM, Beyer S, Szmukler-Moncler S, Bernard JP, A 7-year life table analysis from a prospective study on ITI implants with special emphasis on the use of short implants. Results from a private practice, *Clin Oral Implants Res*, 2004 Apr; 15(2):150-7
7. Tawil G, Younan R, Clinical evaluation of short, machined-surface implants followed for 12 to 92 months, *Int J Oral Maxillofac Implants*, 2003 Nov-Dec; 18(6):894-901
8. Friberg B, Grondahl K, Lekholm U, Brånemark PI, Long-term follow-up of severely atrophic edentulous mandibles reconstructed with short Brånemark implants, *Clin Implant Dent Relat Res*, 2000; 2(4):184-9
9. Misch CE, Short dental implants: a literature review and rationale for use, *Dent Today*, 2005 Aug; 24(8):64-6, 68.



Corsi di **implantologia** *per medici e odontoiatri*

- **CORSO BASE DI IMPLANTOPROTESI con intervento su paziente**

Relatore: Dr. Leonardo Targetti

12-13 GIUGNO / 3-4 LUGLIO 2006

Firenze

c/o ISO

clinico-teorico-pratico

- **CORSO BASE DI IMPLANTOPROTESI con intervento su paziente**

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

16-17 GIUGNO / 7-8 LUGLIO 2006

Roma

c/o Sede WILOCS

clinico-teorico-pratico

- **CORSO BASE DI IMPLANTOPROTESI con intervento su paziente**

Relatore: Dr. Salvatore Dettori

22-23 SETTEMBRE / 20-21 OTTOBRE 2006

Sorso-SS

c/o Studio Dr. S.Dettori

clinico-teorico-pratico

- **CORSO BASE DI IMPLANTOPROTESI con intervento su paziente**

Relatore: Dr. Leonardo Targetti

25-26 SETTEMBRE / 16-17 OTTOBRE 2006

Firenze

c/o ISO

clinico-teorico-pratico

- **CORSO BASE DI IMPLANTOPROTESI con intervento su paziente**

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

27/28 OTTOBRE / 24-25 NOVEMBRE 2006

Roma

c/o Sede WILOCS

clinico-teorico-pratico

- **CORSO DI CHIRURGIA AVANZATA**

Relatori: Dr. Leonardo Targetti, Dr. Alberto Frezzato

26-27 OTTOBRE 2006

Firenze

c/o ISO

clinico-teorico-pratico

- **CORSO BASE DI IMPLANTOPROTESI con intervento su paziente**

Relatore: Dr. Leonardo Targetti

6-7 NOVEMBRE / 27-28 NOVEMBRE 2006

Firenze

c/o ISO

clinico-teorico-pratico

- **CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN PARODONTOLOGIA ED IMPLANTOLOGIA**

Direttore del Corso: Prof. Giovan Paolo Pini Prato

16-17 NOVEMBRE 2006 / 11-12 GENNAIO 2007

Firenze

c/o ISO

Pilastri dentali e impianti EXACONE™*: metodologie riabilitative parallele

Dr. Dario Mercuri, Dr. Fabio Cameracanna, Dr. Daniele Pistoni
Liberi professionisti a Roma

Paziente di sesso femminile, di anni 50, con processi alveolari superiori posteriori estrusi in seguito ad edentulia inferiore posteriore bilaterale non riabilitata (fig. 1); nelle aree edentule superiori presenta una vecchia protesi fissa in oro-resina.

Si effettua la riabilitazione protesica di entrambe le arcate per ripristinare il piano oclusale totalmente perso. Dopo gli interventi di allungamento della corona clinica sui canini e sui sestri superiori, si restaura la zona anteriore con faccette estetiche su 11, 21, 22 di ceramica feldspatica stratificata su refrattario e corona di oro-ceramica sul 12 dove i processi cariosi in zona palatale controindicavano il restauro parziale.

Si cementano le faccette con materiale composito dopo la preparazione degli elementi naturali (fig. 2) e la rimozione delle faccette provvisorie di resina acrilica (fig. 3).

Nell'arcata inferiore si inseriscono sette impianti nelle aree edentule posteriori (figg. 4, 5).

Si realizzano il modello di gesso, la ceratura diagnostica e le mascherine di controllo; le mascherine sono utili per controllare gli spazi delle armature metalliche prima della lavorazione sia sulle fixture sia sulle preparazioni protesiche (figg. 6-7). Si procede al fresaggio dei monconi sul modello di gesso (figg. 8-10).

Si realizzano quindi delle chiavi di resina fotoindurente per facilitare il posizionamento dei monconi in bocca (figg. 11, 12).

Dopo aver fuso le armature metalliche (fig. 13), si esegue il controllo oclusale sul modello (figg. 14, 15).

In seguito si prova il lavoro in bocca alla paziente (figg. 16-18).

Ottenuto l'esito positivo della prova si termina il lavoro protesico (figg. 19-23).

I manufatti protesici ultimati sono cementati sui monconi (fig. 24).

Parole chiave

selle edentule, due fasi, tecnica indiretta, faccette in ceramica



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

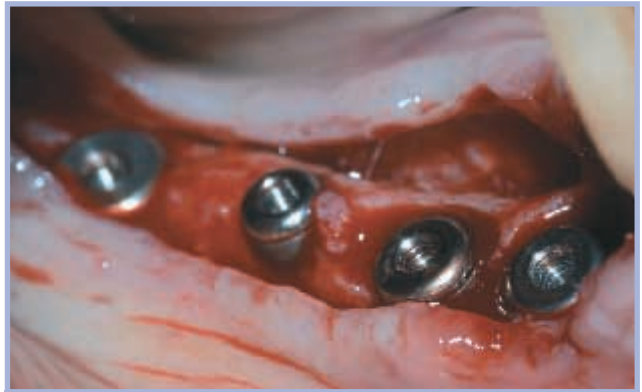


Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

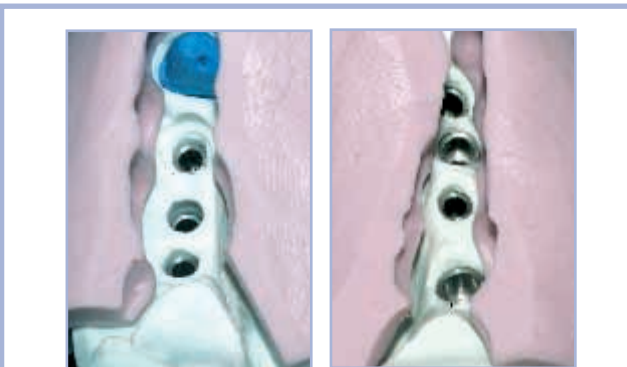


Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14



Fig. 15



Fig. 16



Fig. 17



Fig. 18



Fig. 19



Fig. 20



Fig. 21



Fig. 22



Fig. 23



Fig. 24

CHIROPRO 980 BIEN AIR - LEONE

SISTEMA PER IMPLANTOLOGIA



- Chiropro 980 con micromotore Basch completo di contrangolo riduttore 30:1
- Velocità da 20 a 1300 gir/min.
- Micromotore ad induzione
- Totale controllo della coppia
- Micromotore e cordone autoclavabili

Prezzo di listino Euro 5.705,00

Prezzo offerta
fino esaurimento scorte
Euro 3.390,00 IVA esclusa

NUOVO KIT CHIRURGICO

Il kit completamente autoclavabile, racchiude tutti gli accessori chirurgici necessari per gli interventi chirurgici con il sistema implantare Exacone™*.

La confezione contiene un pratico cartoncino indicante la sequenza degli strumenti da utilizzare.



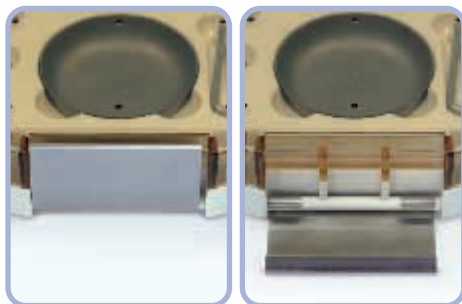
Fori calibrati

sono stati previsti per la verifica del diametro delle frese



Presca degli strumenti taglienti in tutta sicurezza

grazie agli ergonomici spazi creati



Sistema di chiusura estremamente affidabile

previene aperture accidentali ed ha dimensioni ridotte



Vaschetta di titanio

utile come momentaneo supporto per prodotti impiantabili senza rischio di contaminazione



Indicatori di profondità

e posizionatore integrati nel kit

Data la quantità degli strumenti presenti, il kit è disponibile in **3 versioni**

156-0016-03 KIT CHIRURGICO COMPLETO

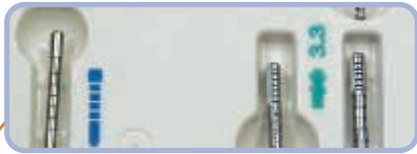
Euro 1.615,00 (IVA esclusa)

156-0016-02 KIT CHIRURGICO CON FRESE E MASCHIATORI LUNGI

Euro 1.219,00 (IVA esclusa)

Contenuto del kit completo:

1 fresa a pallina, 3 frese a gradino \varnothing 3,3-4,1-4,8 mm, 2 frese pilota, lunga e corta \varnothing 2,2 mm, 6 frese elicoidali, lunghe e corte \varnothing 2,8-3,5-4,2 mm, 6 maschiatori, lunghi e corti \varnothing 3,3-4,1-4,8 mm, 3 pin di parallelismo \varnothing 2,2 mm, 1 profondimetro \varnothing 2,2 mm, 1 avvitatore manuale large, 1 prolunga, 1 strumento per tappi, 1 cricchetto, 1 chiave angolare, 1 estraattore a testa esagonale, 1 vaschetta di titanio, 1 driver per impianto, 1 raccordo per manipolo, 14 indicatori di profondità per frese \varnothing 2,2-2,8-3,5-4,2.



Facile riposizionamento degli strumenti, senza possibilità di errore

accanto ad ogni spazio è disegnata la sagoma dello strumento



Spazio a disposizione

per personalizzare il kit con altri dispositivi chirurgici, bisturi circolari ecc.



Visione diretta e completa del contenuto

grazie al collocamento in posizione orizzontale degli strumenti



Superfici lisce, senza sottosquadri

assicurano rapidità e sicurezza nell'operazione di pulizia



Ingombro ridottissimo

solo 3 centimetri di spessore

156-0016-01

**KIT CHIRURGICO
CON FRESE E MASCHIATORI CORTI**

Euro 1.219,00 (IVA esclusa)

156-0016-00

**KIT CHIRURGICO
VUOTO**

Euro 500,00 (IVA esclusa)

156-0018-00 KIT STRUMENTI PER OSTEOTOMIA

Completamente autoclavabile, racchiude gli strumenti necessari per gli interventi di osteotomia realizzati unitamente all'inserimento degli impianti Exacone™*.

Contenuto: 1 presa pallina, 1 presa pilota lunga, 3 manici polifunzionali, 3 punte per rialzo del seno Ø 3,3-4,1-4,8 mm, 3 punte compattatrici 3,3-4,1-4,8 mm, 3 punte per apposizione materiale 3,3-4,1-4,8 mm, 1 raccordo curvo per manico polifunzionale, 1 chiave per il cambio delle punte, 1 martelletto chirurgico, 1 vaschetta di titanio.

Euro 775,00 (IVA esclusa)



Spazio a disposizione
per personalizzare il kit
con altri strumenti



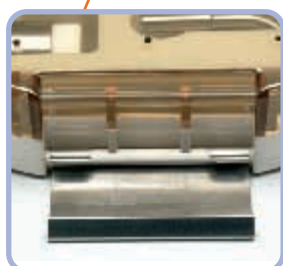
**Chiave per il cambio
delle punte**
per assicurare e per rimuovere
le punte dal manico polifunzionale
con facilità e rapidità



**Presa degli strumenti
facile e in sicurezza**
grazie agli ergonomici spazi creati



**Visione diretta
e completa del contenuto**
gli strumenti sono collocati
in posizione orizzontale



Sistema di chiusura estremamente affidabile
previene aperture accidentali e ha dimensioni ridotte



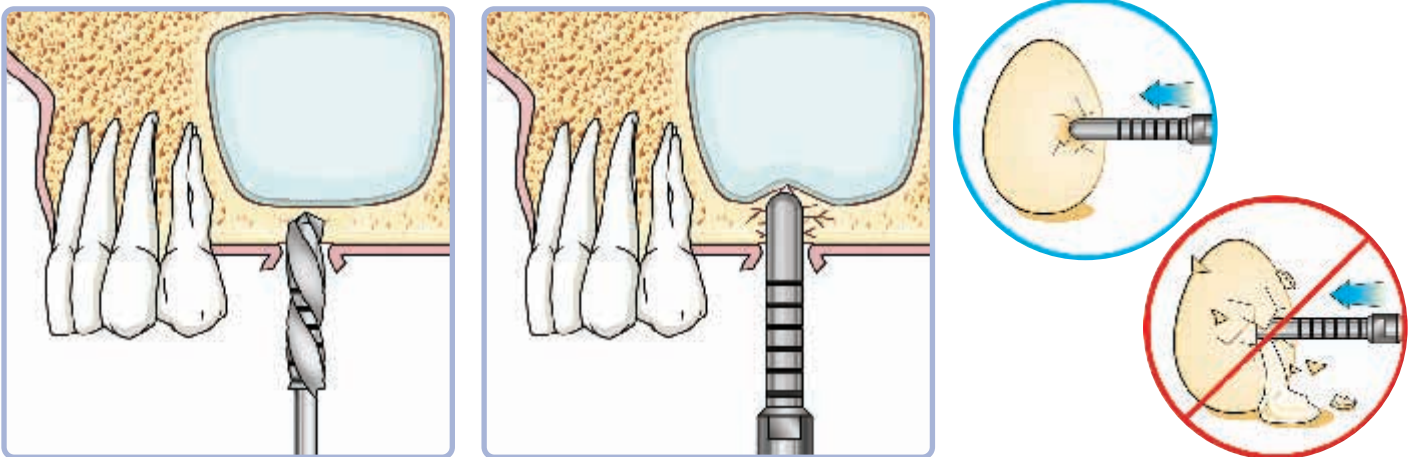
Vaschetta di titanio
utile come momentaneo
supporto per prodotti senza
rischio di contaminazione



Ingombro ridottissimo
solo 3 cm di spessore

MINI RIALZO DEL SENO MASCELLARE

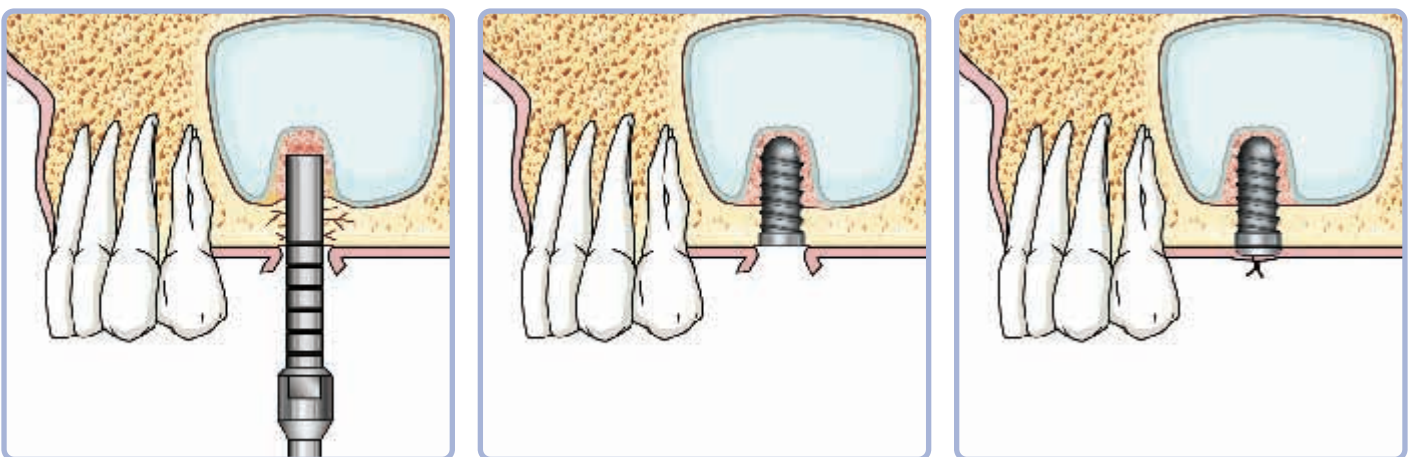
In implantologia la presenza di un osso di adeguata qualità e volume rappresenta il presupposto fondamentale al successo; spesso il clinico si trova limitato nell'inserimento di impianti di adeguata lunghezza a causa di creste atrofiche nei quadranti posteriori ed è oltremodo limitato dalla sovrastante presenza dei seni mascellari. Per superare questi limiti una metodica oramai di uso comune è quella del mini rialzo del seno mascellare con l'utilizzo di appositi strumenti.



Allargare il sito implantare con le frese tradizionali fino all'altezza del seno mascellare. A questo punto la tecnica prevede la frattura a legno verde del pavimento del seno mascellare utilizzando il manico polifunzionale unito all'apposita punta convessa.

Il diametro della punta deve essere congruente con la fresa elicoidale utilizzata in relazione all'impianto prescelto. La frattura è eseguita mediante l'inserimento della punta nel sito preparato esercitando piccole percussioni sopra il manico. La punta è munita di tacche di profondità in modo da realizzare un sito congruo alla lunghezza della fixture.

Durante questa operazione fare bene attenzione a non perforare la membrana del seno mascellare che dovrà poi contenere il materiale da innesto per il rialzo del seno.



Apposizione del materiale da innesto con apposita punta concava dello stesso diametro della precedente.

Inserimento dell'impianto prescelto.

Applicazione del tappo di chiusura e sutura dei lembi gengivali a totale copertura dell'impianto. Se la zona dove effettuare il rialzo del seno non è accessibile con le punte montate direttamente sul manico polifunzionale, applicare sul manico il raccordo curvo su cui posizionare la punta prescelta.

Corona singola molare supportata da due impianti

Dr. Salvatore Dettori

Libero professionista a Sorso (SS)

Paziente di sesso femminile di anni 40.

Nel terzo quadrante sono mancanti il 36 ed il 37, mentre il 34, il 35 ed il 38 sono devitalizzati (fig. 1). La presenza di denti devitalizzati da incapsulare all'estremità dell'area edentula, orienta verso una riabilitazione mediante protesi fissa sui monconi naturali. La paziente chiede una riabilitazione con denti singoli, rendendo necessaria l'implantologia.

Il 38 è mesializzato, per cui l'area edentula residua nella posizione del 36 è lunga circa 14 mm. Per motivi di ordine biomeccanico, legati al ruolo guida dei sestri antagonisti nella fase di entrata ed in quella di uscita di ciascun ciclo masticatorio, si decide di inserire due impianti, ad imitazione delle radici naturali dell'elemento da sostituire.

Dopo avere allestito il lembo a spessore totale (figg. 2, 3), si preparano due alveoli chirurgici, uno per l'impianto che sostituirà la radice mesiale, orientato in modo tale da risultare in asse con i carichi funzionali che si creano nella fase di entrata del ciclo masticatorio ed uno che sostituirà la radice distale, orientato in asse con i carichi funzionali che si creano nella fase di uscita. Poiché è necessario intaccare la corticale con estrema precisione, si inizia la preparazione con una fresa a palla montata su turbina (figg. 4, 5); si prosegue con il protocollo classico (figg. 6-14). Si inseriscono gli impianti, si assemblano i relativi tappi (figg. 15-19) e si sutura (fig. 20) secondo il protocollo bifase. Dopo tre mesi, quando l'osteointegrazione ha raggiunto una maturazione sufficiente ad assicurare la stabilità primaria degli impianti, si interviene con il secondo momento chirurgico per posizionare i tappi di guarigione e creare i condotti mucosi (figg. 21-24) che si epitelizzeranno in circa dieci giorni. Segue la presa delle impronte mediante transfer da impronta (figg. 25-28). Il tecnico assembla gli analoghi da gesso sui transfer, sviluppa i modelli, monta i monconi sugli analoghi ed esegue il fresaggio (fig. 29). In studio si verificano i monconi (fig. 30) e si rimandano in laboratorio per la preparazione delle cappette (fig. 31) e la relativa ceramizzazione (fig. 32).

Il manufatto protesico finito, costituito da elementi singoli, arriva in studio per la verifica funzionale. Si assemblano i monconi sugli impianti, si monta il manufatto protesico e si verifica la perfetta congruenza degli elementi assemblati e la loro armonia funzionale con i tessuti molli, con gli elementi contigui e con l'arcata antagonista (fig. 33); si verifica, infine, la facilità di detersione del tunnel creato tra i due monconi (fig. 34).

Si conclude con un riscontro su Rx ortopantomica (fig. 35).

Per il fissaggio degli elementi sui monconi naturali si utilizza un cemento definitivo, mentre per il fissaggio dell'elemento sui monconi implantari si utilizza un cemento provvisorio.

Si osserva che per la mancanza del sistema arterioso parodontale intorno agli impianti, onde evitare una sofferenza cronica delle papille interimplantari da ridotto apporto ematico nutrizionale, l'ampiezza biologica interimplantare deve essere maggiore di quella richiesta tra elementi naturali. Una maggiore distanza tra gli impianti, infatti, consente ai sistemi arteriosi osseo e mucoso di compensare la mancanza del sistema arterioso parodontale. Nel sistema Exacone™, il collo del pilastro implantare ha un diametro minore della testa dell'impianto, quindi, a livello dell'ampiezza biologica, il sistema arterioso mucoso è mediamente doppio rispetto a quello delle altre sistematiche implantari. Grazie a questa caratteristica dei monconi, gli impianti Exacone™ LEONE, possono essere posizionati ad una distanza equivalente a quella che si ha tra radici naturali senza causare una riduzione dell'apporto ematico nutrizionale alle papille interimplantari, come nel caso clinico esposto.

Parole chiave

edentulia singola, zona molare, corona singola, due impianti, ampiezza biologica



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8

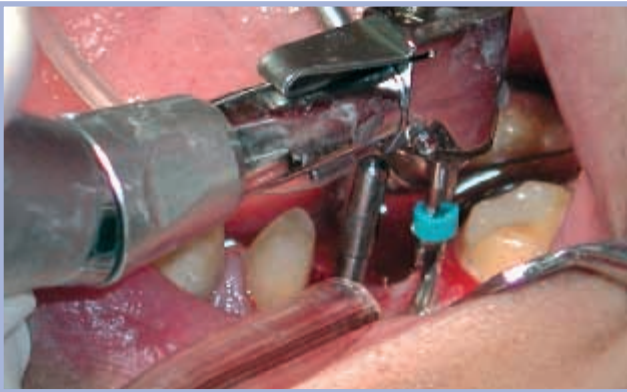


Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11

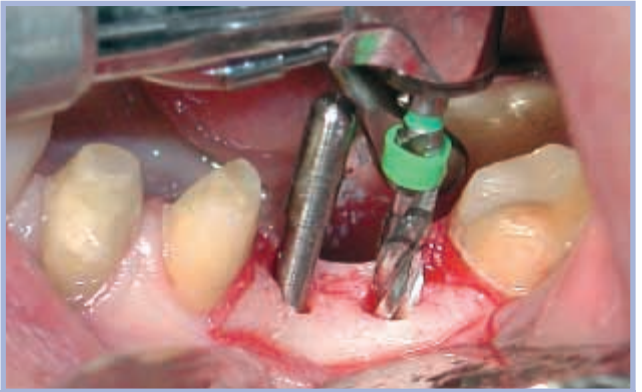


Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14



Fig. 15



Fig. 16



Fig. 17



Fig. 18

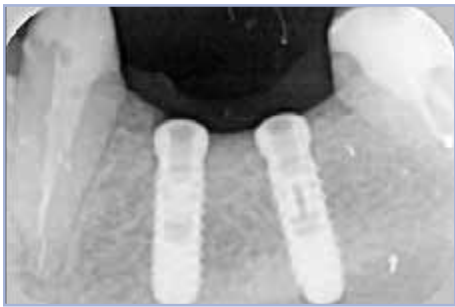


Fig. 19



Fig. 20



Fig. 21



Fig. 22



Fig. 23



Fig. 24



Fig. 25



Fig. 26



Fig. 27

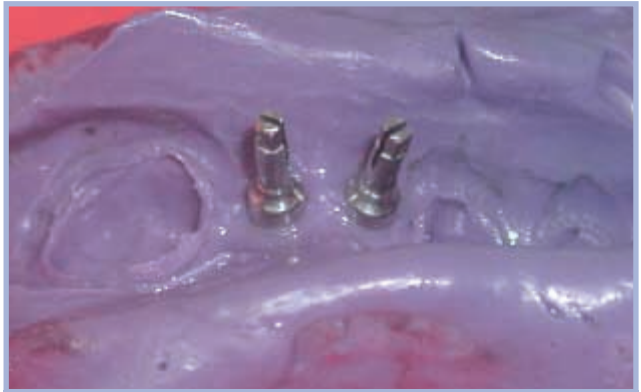


Fig. 28



Fig. 29



Fig. 30



Fig. 31



Fig. 32



Fig. 33

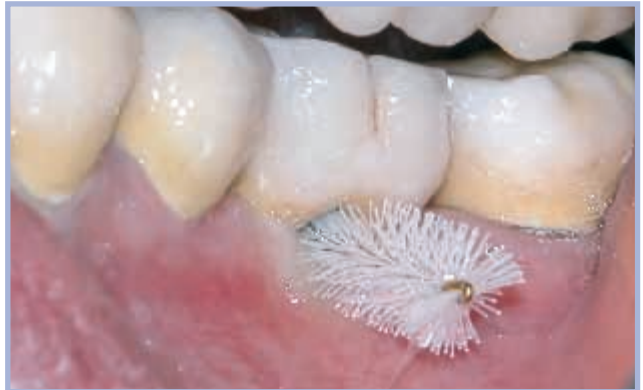


Fig. 34



Fig. 35

Realizzazioni protesiche

Laboratorio Odontotecnico Franco Petretto - Sassari

Per il vostro Studio



*POSTER
Sistema
Implantare
Exacone™ *
Leone*

*BROCHURE
informativa
per il paziente*



DISPONIBILI GRATUITAMENTE

tel. 055.30441 - fax 055.374808 - e-mail: clienti@leone.it

Grande rialzo di seno con inserimento contestuale di un impianto e inserimento di un impianto post-estrattivo

Dr. Marino Miccini

Responsabile del Servizio di Chirurgia Orale dell'Ospedale di Tolentino (MC) e della Casa di Cura Villa Pini di Civitanova Marche (MC)
Libero professionista a Montesilvano (PE)

Paziente di sesso femminile di anni 50.

La foto 1 mostra la situazione pre-operatoria dove si evidenzia la grave situazione parodontale del 1.7 e del 1.4 che vengono estratti.

Si procede quindi all'inserimento di un impianto post-estrattivo in regione 1.4 (figg. 2-4).

Si pratica la corticotomia della parete vestibolare del seno mascellare per effettuare il grande rialzo dello stesso (figg. 4, 5). Sono da sottolineare le ridotte dimensioni della botolina di accesso al seno.

Si asporta la corticale, mettendo a nudo la mucosa endosinusale (fig. 6), che viene sollevata senza lacerazioni (fig. 7).

Si inserisce l'impianto in regione 1.6 mantenendo il parallelismo con l'impianto in regione 1.4 (figg. 8, 9).

Si riempie la nuova cavità sinusale con materiale di sintesi (fig. 10) e si riposiziona la botolina di accesso al seno (fig. 11).

Si esegue una sutura a punti staccati (fig. 12).

Si effettua un controllo con RX a 6 mesi dall'inserimento degli impianti (fig. 13).

Si termina il lavoro secondo le procedure standard con trasferimento di impronta in laboratorio.

Si cementa, infine, la protesi definitiva sopra i monconi (fig. 14).

Parole chiave

sella edentula, post-estrattivo, grande rialzo di seno mascellare, due fasi



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

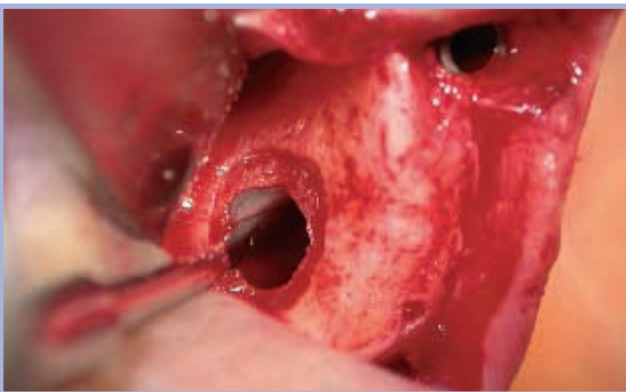


Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10

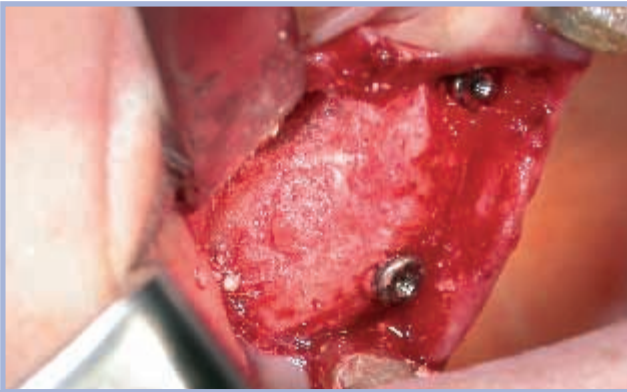


Fig. 11



Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14

Realizzazioni protesiche

Laboratorio Odontotecnico di Mirco Rossi - Montesilvano (PE)

SONO USCITE...

LA NUOVA EDIZIONE
DEL CATALOGO GENERALE
DEI PRODOTTI PER
ORTODONZIA

e LA NUOVA EDIZIONE
DEL CATALOGO GENERALE
DEI PRODOTTI PER
IMPLANTOLOGIA

www.leone.it



Giornate propedeutiche di **pratica implantologica su paziente**

IMPLANTOLOGIA IN PRIMA FILA

*40 posti per assistere gratuitamente
ad interventi implantologici dal vivo*

Le nostre giornate propedeutiche di pratica implantologica su paziente consistono in incontri gratuiti per medici durante i quali gli ingegneri del nostro staff tecnico illustrano approfonditamente le caratteristiche tecniche del nostro Sistema Implantare Exacone^{TM*}.

Nello studio dentistico i dottori Leonardo Targetti e Roberto Meli, nostri consulenti scientifici, operano su paziente dimostrando nella pratica la semplicità e l'efficienza del nostro Sistema Exacone^{TM*}.

I dottori sono a disposizione per rispondere ad eventuali domande con scambio di opinioni tra colleghi.

Ai partecipanti è garantita ampia visibilità degli interventi dalla sala adiacente lo studio dentistico.

Nell'arco della giornata sarà effettuata una visita ai nostri stabilimenti, particolare attenzione sarà riservata ai reparti produzione e qualità.

Ogni partecipante riceverà materiale informativo, cataloghi, manuali di procedura chirurgica, CD con filmati di interventi chirurgici, ecc.

- **27 GIUGNO 2006**

Relatore: Dr. Leonardo Targetti

- **6 LUGLIO 2006**

Relatore: Dr. Roberto Meli

- **19 SETTEMBRE 2006**

Relatore: Dr. Leonardo Targetti

- **10 OTTOBRE 2006**

Relatore: Dr. Leonardo Targetti

- **21 NOVEMBRE 2006**

Relatore: Dr. Leonardo Targetti



Orari:

10,00 - inizio lavori
13,00 - light lunch
17,30 - termine lavori

Per informazioni ed iscrizioni:

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

Edentulia in zona estetica: carico immediato con tecnica flapless

Dr. Fabio Boscolo

Libero professionista a Sottomarina (VE)

La paziente, di anni 53, si presenta nello studio per una parodontopatia grave con gli incisivi anteriori ormai compromessi. Dall'anamnesi non emerge nessun dato particolare da segnalare.

Dopo aver provveduto alle cure necessarie (pulizia e sanificazione), si procede all'estrazione dei quattro incisivi inferiori. Dopo un mese e mezzo (fig. 1) si procede all'inserzione di tre impianti Exacone™* diametro 3,3 mm con tecnica flapless (senza eseguire nessun lembo gengivale di accesso al processo alveolare), previa misurazione della cresta ossea mediante tecnica indiretta con spessimetro transgengivale (figg. 2-5).

Dopo aver valutato l'ottima stabilità primaria si procede al carico immediato con un provvisorio confezionato in precedenza dall'odontotecnico e ribasato sopra i monconi standard appena inseriti (figg. 6-7).

La particolarità del caso è l'assoluta mancanza di limatura dei monconi, che, grazie al parallelismo con cui sono stati inseriti gli impianti, non si è resa necessaria nella prima fase dall'applicazione del provvisorio.

L'impianto Exacone™*, se ben posizionato, permette l'inserzione del provvisorio anche senza la limatura dei monconi con ridottissimi tempi di esposizione della ferita chirurgica e minori rischi di complicanze infettive.

In seguito si preparano i monconi in bocca con chamfer vestibolare e si applica un nuovo provvisorio per il condizionamento della gengiva. Dopo la maturazione dei tessuti molli (circa 15 giorni) si prende l'impronta come sui monconi naturali per permettere la costruzione di un restauro in ceramica dall'estetica ottimale (figg. 8-10).

Con la tecnica flapless a carico immediato si migliora notevolmente il comfort post-operatorio con soddisfazione del paziente; inoltre con l'applicazione di un provvisorio si riescono a gestire i tessuti molli ottenendo un buon risultato estetico, molto importante per la zona trattata.

Parole chiave

zona estetica, post-estrattivo ritardato, edentulia multipla inferiore, tecnica flapless, carico immediato, condizionamento dei tessuti molli



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

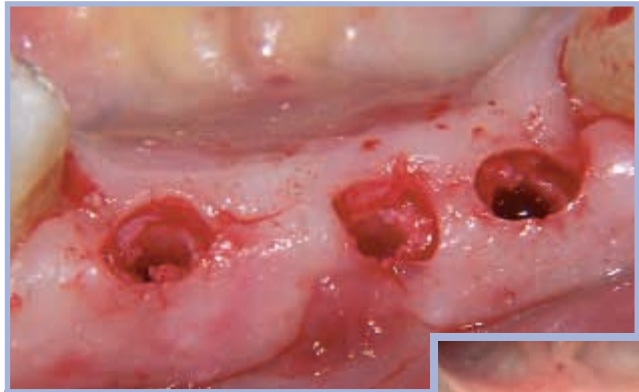


Fig. 4



Fig. 5

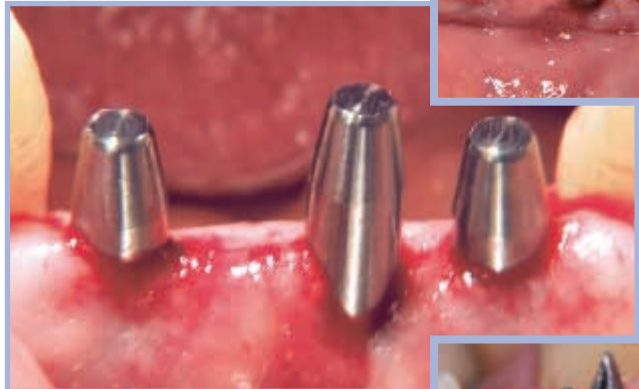


Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10

La protesi combinata nella riabilitazione implanto-protesica

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

Servizio di Odontoiatria, Ospedale Civile di Gubbio

Responsabile: Dr. Mario Guerra

La gestione implanto-protesica delle edentule totali rappresenta un capitolo importante dell'implantologia moderna. L'atrofia dei mascellari non sempre consente una riabilitazione fissa su impianti con protesi cementata o avvitata. La protesi ibrida in tali casi rappresenta l'opzione di scelta. Si tratta di un particolare tipo di protesi totale con la caratteristica di essere ancorata su pilastri naturali o impianti osteointegrati. Ciò consente una ottima ritenzione meccanica del manufatto che comporta una maggiore stabilità protesica con la garanzia di una estetica migliore ed una fonazione adeguata. Di seguito si illustra un caso di paziente con edentulia totale dell'arcata superiore riabilitata con una protesi combinata su impianti.

La paziente, di anni 44, a causa di una grave sofferenza dento-parodontale, ha perso tutti gli elementi dentali (fig. 1). Si decide di inserire 4 impianti per sostenere una protesi combinata, nel frattempo si realizza una protesi provvisoria (fig. 2). I quattro impianti diametro 3,3 mm vengono inseriti nelle zone 13, 14 e 22, 23 con l'uso alternato di frese ed osteotomi in relazione alla scarsa qualità ossea reperita. In considerazione delle esigenze estetiche e funzionali della paziente si opta per una tecnica sommersa (figg. 3-16). Dopo il condizionamento dei tessuti molli (fig. 17), si prende l'impronta con i transfer per la preparazione dei monconi e la realizzazione della protesi definitiva in laboratorio (figg. 20-22), si inseriscono i monconi negli impianti (figg. 18-19) e si posiziona il manufatto protesico (figg. 23, 24).

La soluzione implantoprotesica della protesi combinata presenta gli indubbi vantaggi della protesi cementata (agevole ricerca del fitting, eliminazione delle viti di fissaggio) associati alla semplicità esecutiva familiare a tutti i dentisti.

Trova indicazione soprattutto nelle situazioni in cui lo scarso o moderato riassorbimento crestale in zona anteriore non consente di avere gli spazi adeguati per le componentistiche delle mesio-strutture di altri tipi di protesi ibride (barre fresate in particolare).

Parole chiave

edentulia totale, due fasi, mini-rialzo del seno mascellare, protesi combinata



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

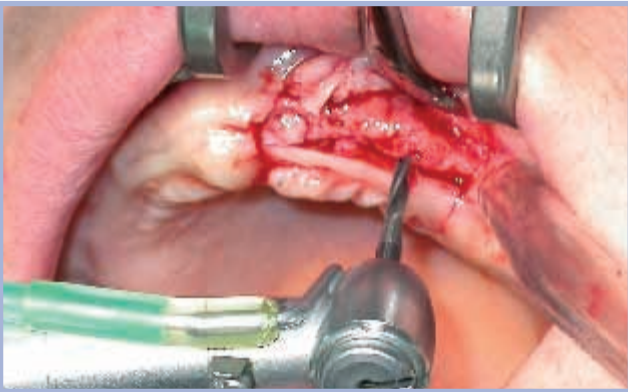


Fig. 5

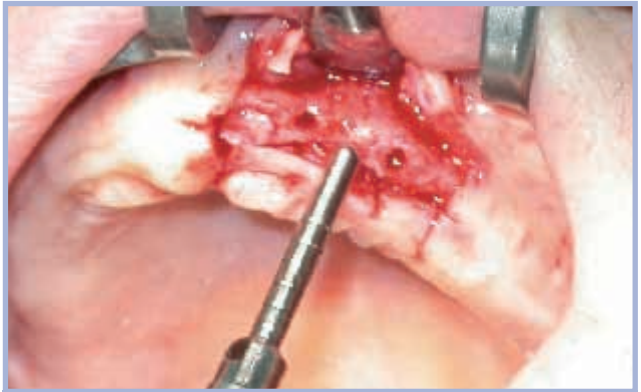


Fig. 6

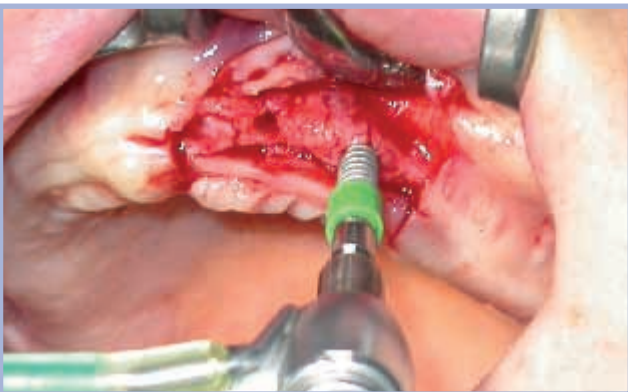


Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9

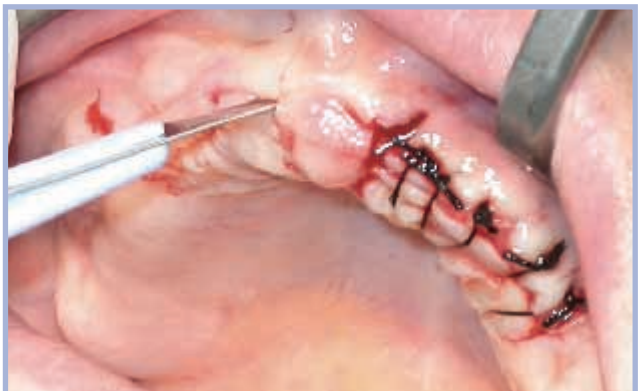


Fig. 10

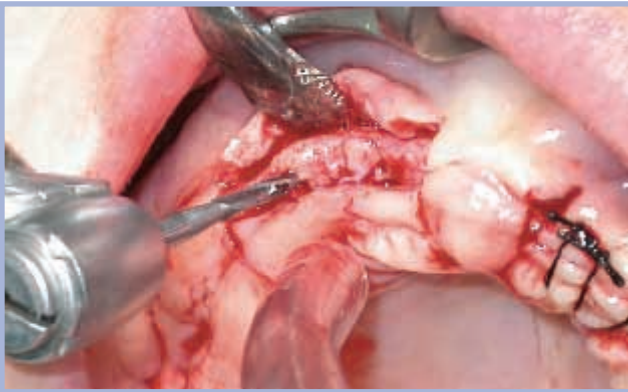


Fig. 11

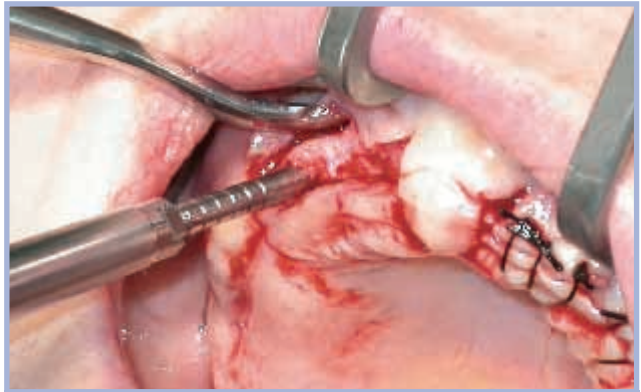


Fig. 12



Fig. 13

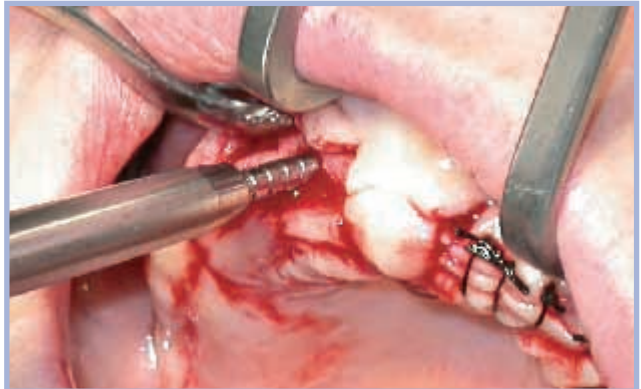


Fig. 14



Fig. 15

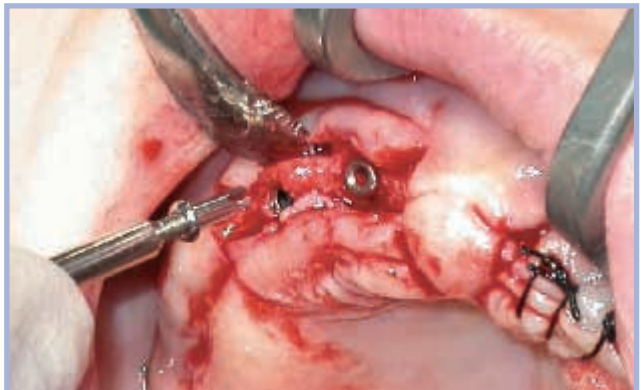


Fig. 16



Fig. 17



Fig. 18



Fig. 19



Fig. 20



Fig. 21



Fig. 22



Fig. 23



Fig. 24

Realizzazioni protesiche

Laboratorio Odontotecnico Wilocs - Roma

Riabilitazione del settore frontale e dell'emiarcata inferiore in paziente con grave compromissione parodontale

Dr. Luigi Lucchiari

Libero professionista a Due Carrare - (PD)

Il paziente, di sesso maschile, porta protesi su impianti ben osteointegrati su 3.6 e 3.5 (fig. 1) e grave compromissione parodontale di 3.4, 3.3 e dei quattro incisivi (fig. 2); come prima fase si programma il trattamento del settore frontale con estrazione dei quattro incisivi.

Il posizionamento degli impianti avviene sotto cresta fino a reperire osso al di sotto di quello residuo occupato dai denti estratti. In questo modo il sito implantare è a quattro pareti e la zona permette la realizzazione di un carico masticatorio immediato ma progressivo.

Dopo aver analizzato la TAC (figg. 3, 4) si decide l'utilizzo di due impianti Exacone™* Leone Ø 4,1, lunghezza 14 mm. Per il corretto posizionamento degli impianti si utilizza una mascherina preparata in laboratorio (fig. 5) e provvisori di resina completamente cavi, anch'essi preparati in laboratorio, sullo stesso modello di studio (fig. 6). Visto l'affollamento dei denti, il provvisorio sarà di tre elementi anziché quattro, la protesi definitiva sarà invece realizzata con quattro elementi. Si posizionano i gommini di stop a 14 mm sulle frese (fig. 7), si segue la consueta sequenza di lavoro: fresa pilota (fig. 8) e fresa finale (fig. 9). Gli impianti, come sempre nella situazione post-estrattiva, si inseriscono sotto cresta di 1-2 mm (fig. 10).

La fase protesica inizia con il posizionamento di due monconi standard dritti Ø 4,1 mm, segnati nella parte anteriore per riconoscerne la posizione sul modello di gesso, che saranno poi rimossi con del materiale da prima impronta (fig. 11); si prepara il modello di gesso con un'ampia finestratura nella zona di lavoro (fig. 12), nella finestratura si inserisce lo stesso materiale da prima impronta (fig. 13): i monconi bloccati in posizione dall'impronta presa in bocca sono così trasferiti sul modello di gesso in posizione precisa (fig. 14). Le radiografie degli impianti (fig. 15) sono state eseguite senza tappo mentre il tecnico stava fresando i monconi.

Il tecnico per fresare i monconi usa un micromotore con disco. Il moncone viene fissato sull'apposito manico per monconi Leone Ø 4,1 mm (fig. 16). Le fotografie 17 e 18 mostrano i monconi finiti. Si inconano i monconi (fig. 19), si ribasa il provvisorio (fornito dal laboratorio completamente cavo) che sarà accuratamente rifinito dal tecnico presente in studio (fig. 20). Quindi, lo si fissa con cemento provvisorio e non sarà più rimosso fino alla seconda fase chirurgica. Tre mesi dopo avviene la seconda fase della riabilitazione: alla rimozione del provvisorio, dopo aver verificato con RX una corretta osteointegrazione degli impianti (fig. 22), si osserva una buona guarigione dei tessuti molli (fig. 23). A questo punto si rimuove la protesi provvisoria dagli impianti 3.6, 3.5 e si procede all'estrazione di 3.4, 3.3 (figg. 24, 25). Rimesso il provvisorio, dopo due settimane si procede alla presa di impronta, visto il perfetto stato delle mucose (figg. 26, 27). Le foto 28, 29, 30, 31 documentano la prova della struttura della protesi fissa di otto elementi, la prova biscotto ed il lavoro ultimato che evidenzia un valido rapporto fra la corona ed i tessuti molli.

Parole chiave

edentulia multipla, post-estrattivo, zona estetica, carico immediato

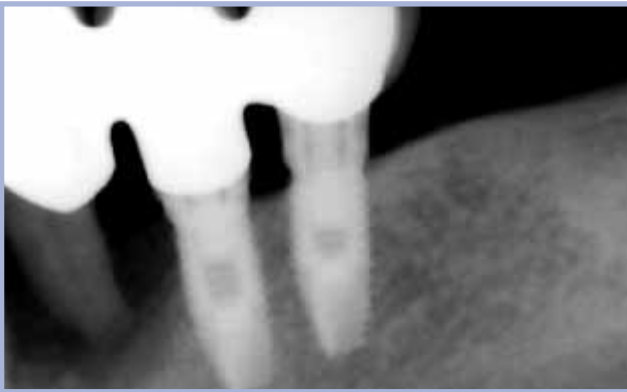


Fig. 1



Fig. 2

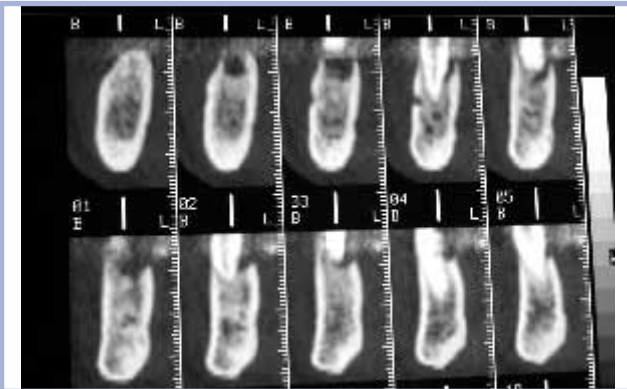


Fig. 3

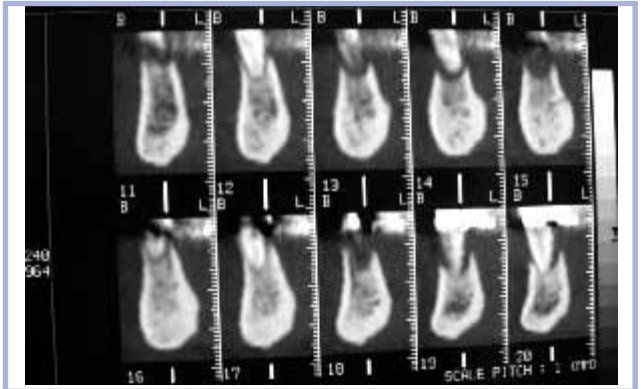


Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

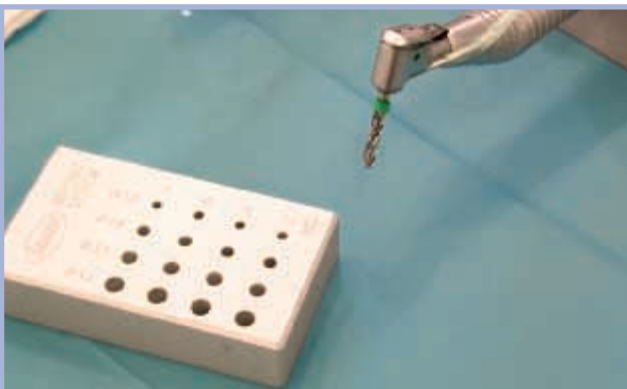


Fig. 7



Fig. 8

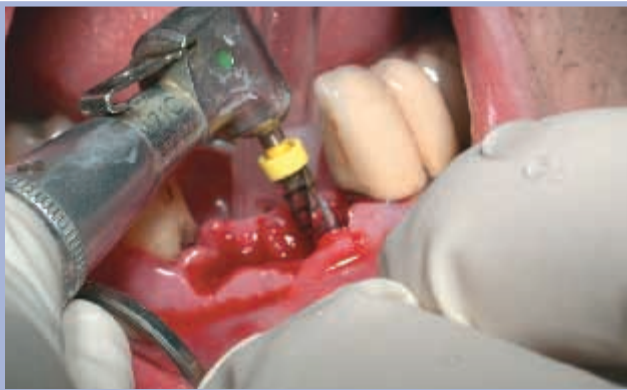


Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12



Fig. 13

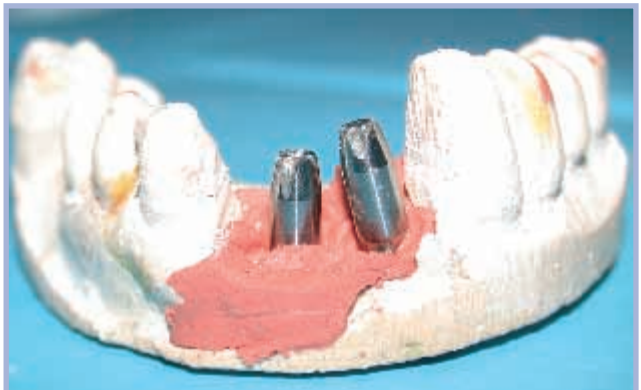


Fig. 14

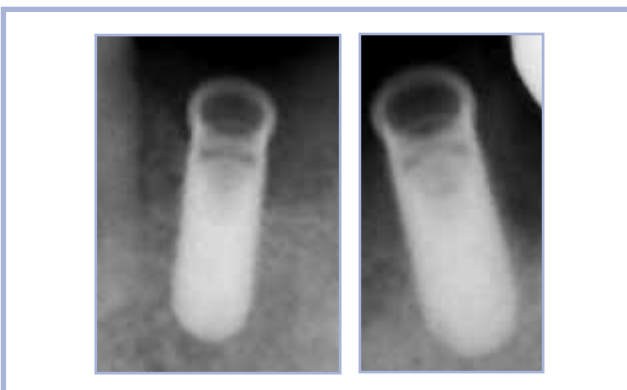


Fig. 15



Fig. 16



Fig. 17



Fig. 18



Fig. 19



Fig. 20



Fig. 21



Fig. 22



Fig. 23



Fig. 24



Fig. 25



Fig. 26



Fig. 27



Fig. 28



Fig. 29



Fig. 30



Fig. 31



PROFESSIONALITA' ESPERIENZA INFORMAZIONE CONSULENZA

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

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

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

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

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



Dr. Salvatore Belcastro



Dr. Alberto Frezzato



Dr. Fulvio Floridi



Dr. Mario Guerra



Dr. Roberto Meli



Dr. Luigi Lucchiarì



Dr. Marino Miccini



Dr. Dario Mercuri



Dr. Leonardo Targetti



Dr. Alfonso Sinisi



Dr. Bruno Rocchetti



Dr. Salvatore Dettori



Dr. Leonardo Palazzo

I.P.

clienti@leone.it

È USCITA

LA NUOVA EDIZIONE 2007 DEL CATALOGO GENERALE DEI PRODOTTI PER IMPLANTOLOGIA



Ortodonzia e Implantologia

Leone S.p.a. - Via P. a Quaracchi, 50
50019 Sesto Fiorentino - Firenze - Italia
Tel. +39 055.30.44.1 - Fax +39 055.37.48.08
e-mail: info@leone.it - www.leone.it