

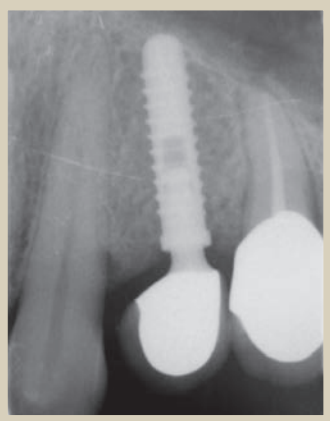
# EXACONE

## News

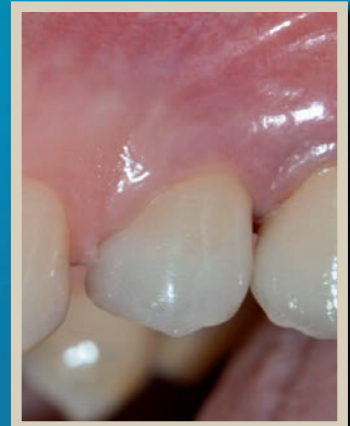


IL BOLLETTINO DEL SISTEMA IMPLANTARE LEONE

2003



follow-up 2013



# L'efficienza della semplicità

# ISO<sup>®</sup>

ISTITUTO  
STUDI  
ODONTOIATRICI



Ortodonzia e Implantologia



## Sede a Firenze..

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



## Attività..

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



## Professionalità..

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



## Relatori..

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





## 80 Anni e non sentirli

Sono passati 80 anni da quando nel 1934 mio nonno iniziò a produrre a Firenze prodotti per il dentale. Tanti anni, durante i quali la Leone è cresciuta e ha raggiunto traguardi forse neppure mai immaginati dal suo fondatore.

Ci potremmo quindi adagiare sugli allori e restare tranquilli a godere dei risultati ottenuti come pensionati ottantenni...Invece qui alla Leone tutti questi lustri non ce li sentiamo. Siamo nel pieno delle nostre forze. L'entusiasmo e la voglia di fare sono sempre alla base del nostro lavoro. Pensiamo che essere arrivati fino a qui sia il punto di partenza che ci dà la forza, l'esperienza e le risorse per crescere ancora.

Durante le riunioni che settimanalmente teniamo con i nostri dirigenti parliamo di tanti progetti, anche sogni, che vogliamo intraprendere e fra questi di sicuro quelli in implantologia sono numerosi.

In implantologia ci sentiamo ancora dei ragazzini, sono solo poco più di 10 anni che siamo entrati in questo ambito e, malgrado il successo del nostro sistema ci potrebbe far sentire appagati, abbiamo voglia di fare di più. Cerchiamo quindi di migliorare e ampliare la gamma dei prodotti (anche in questo Exacone News sono presentate delle novità) e siamo pronti ad ascoltare ogni nuovo input che ci arriva dal mercato, dalle ricerche, dalla tecnologia.

Dedichiamo inoltre sempre maggiore attenzione e cura a tutti i nostri clienti ottimizzando i servizi sia di vendita che di assistenza. La nostra offerta di corsi si evolve e si amplia continuamente per garantire una formazione esaustiva e affrontare tutti gli argomenti per rendere più agevole, sicuro e predicibile il vostro operare.

Proprio in occasione dei nostri ottant'anni abbiamo organizzato tanti eventi culturali per celebrare insieme a voi questo importante traguardo, come ad esempio i "Mercoledì da Leone": un mercoledì al mese di corso gratuito, su temi diversi di ortodonzia e implantologia, durante il quale oltre ad una trattazione clinica scientifica viene affrontata una parte più specificamente merceologica, con ampio spazio al confronto con la platea.

Per l'implantologia, poi, avremo il Congresso Exacone del 24 ottobre che sarà realizzato su misura per voi. Vi proponiamo infatti di scegliere, attraverso un sondaggio online, gli argomenti che dovranno trattare i nostri relatori dell'Exacone Team. In base alle vostre preferenze fra i temi proposti sarà sviluppato il programma della giornata. Per fare le vostre scelte collegatevi al sito [www.leone.it](http://www.leone.it) o rispondete alla Newsletter che riceverete nelle prossime settimane.

Vi invitiamo, quindi, a partecipare a questi nostri eventi per festeggiare gli ottant'anni della Leone e soprattutto per condividere con noi il futuro che ci aspetta.

Elena Pozzi

*Dott. Antoine Monin*

## Protesi "All-on-Six" avvitata a carico immediato su impianti Leone: i vantaggi di un sistema senza vite di connessione

Parole chiave protesi avvitata, All-on-Six, carico immediato, edentulia totale superiore

pag. 5

*Dott.ssa Irene Frezzato, Dott. Alberto Frezzato*

## Il successo in implantoprotesi: follow up a 7, 8 e 10 anni

Parole chiave follow up, mantenimento osseo, stabilità tessuti gengivali, connessione cono Morse

pag. 11

## Corsi di Implantologia 2014 Giornate dimostrative di pratica implantologica su paziente

pag. 20

## 9° Congresso Exacone

pag. 22

*Dott. Paolo Mazzola*

## Il mantenimento dell'osso intorno agli impianti Exacone: la mia esperienza clinica

Parole chiave mantenimento osseo, follow up, edentulia singola, corona singola, mini rialzo di seno

pag. 23

## Nuovi prodotti Leone

pag. 26



*Dott. Fabrizio Dell'Innocenti*

## Affollamento dentale: implantoprotesi vs ortodonzia

**Parole chiave**

affollamento, post-estrattivo immediato, connessione cono Morse, Platform Switching, biomateriale, sostituto osseo sintetico, membrana riassorbibile

**pag. 31**

## Aggiornamento pubblicazioni scientifiche 2014

**pag. 38**

## Prodotti per la rigenerazione tissutale

**pag. 39**

*Dott. Andrea Tedesco*

## Gli impianti zigomatici nella terapia delle gravi atrofie dei mascellari

**Parole chiave**

atrofia ossea, edentulia totale, carico immediato, replica anatomica

**pag. 41**

*Dott.ssa Maria Vittoria D'Alfonso*

## Impianto Max Stability post-estrattivo immediato, a carico immediato in un caso esteticamente difficile

**Parole chiave**

post-estrattivo immediato, impianto Max Stability, carico immediato, edentulia singola, sostituto osseo sintetico, moncone MultiTech, zirconia, cementazione extra-orale

**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. Sesto Fiorentino

**IT-30-12/18**



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

# sistema implantare

# EXACONE



## L'IMPIANTO SENZA VITE



## platform switching

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

## connessione EXACONE

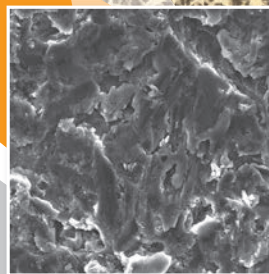
Il sistema di connessione EXACONE, grazie alla proprietà autobloccante del cono Morse e alla presenza dell'esagono interno, garantisce:

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



## superficie HRS

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



# Protesi “All-on-Six” avvitata a carico immediato su impianti Leone: i vantaggi di un sistema senza vite di connessione

Dott. Antoine Monin

Libero professionista a Vienne (Francia)

## Parole chiave

protesi avvitata, All-on-Six, carico immediato, edentulia totale superiore

In questo articolo si illustra il trattamento di un paziente totalmente edentulo in regione mascellare, trattato con una protesi totale di 12 elementi di tipo avvitato tipo “All-on-Six” a carico immediato.

Si è utilizzato il sistema implantare Leone che permette, grazie all'accoppiamento a cono Morse senza vite di connessione, di gestire senza limitazioni il parallelismo delle emergenze implantari, anche direttamente in fase chirurgica, qualunque sia l'angolazione scelta per gli impianti.

La gestione di questo parallelismo, quindi dei canali di accesso per le viti protesiche, è un problema comune a tutti i sistemi con protesi avvitata “a due fasi” (cioè con doppia vite di connessione, una impianto-moncone e una protesi), con cui si verificano spesso difficoltà di manipolazione intra-operatoria, soprattutto in presenza di monconi angolati. Questo difetto può essere compensato dalla scelta di una emergenza palatina per gli impianti, correndo però il rischio, nel mascellare superiore, di ridurre lo spazio linguale, provocando dei problemi di fonetica talvolta molto difficili da correggere.

## Diagnosi

La sig.ra M. desidera stabilizzare la protesi completa mobile che ha nel mascellare. Non vengono rilevate controindicazioni al trattamento implanto-protesico di questa edentulia.

Dall'esame clinico e radiologico (Fig. 1) si denota, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, un volume osseo residuo sufficiente a pianificare una riabilitazione protesica implanto-supportata su 6 impianti (“All-on-Six”).

## Studio oclusale

Dallo studio della situazione oclusale emerge una chiara perdita della dimensione verticale (Fig. 2), che dovrà essere trattata prima di eseguire l'intervento, tramite la “aggiunta” di resina sulle protesi esistenti.

Il progetto protesico, corretto sull'articolatore e successivamente trasferito in bocca, viene equilibrato grazie al gioco di muscolatura che la paziente esegue simulando la funzione masticatoria (Fig. 3).

Il blocco anteriore mandibolare è stato quindi modificato “per addizione” (compositi incollati tipo “Onlays”), per adattarsi al nuovo progetto funzionale (Fig. 4).

Gli attriti meccanico-fisiologici così applicati alla protesi mobile corretta sono i più adatti ad assicurare la durata della stessa e a maggior ragione di quella della futura protesi implantare ripartendo idealmente le forze su tutti i monconi.

Le successive tappe chirurgico-protesiche vengono realizzate in funzione di questa protesi corretta e poi indossata dalla paziente, che contiene, in effetti, la preziosa impronta funzionale masticatoria della paziente. Si realizza, quindi, una copia identica di questa protesi (Fig. 5).

Questa “protesi bis” in resina trasparente sarà il nostro riferimento chirurgico, per la gestione degli assi implantari (Fig. 7), e protesico, per la scelta dei monconi angolati e per il rilevamento dell'occlusione.

## Chirurgia

Il protocollo chirurgico è il seguente:

- Incisione crestale (Fig. 6) con scarico mediano in direzione della spina nasale anteriore



- Scollamento del lembo gengivale a tutto spessore
- Stabilizzazione dei lembi con filo di sutura
- Visualizzazione del punto mediano (Fig. 8)
- Identificazione delle emergenze protesiche ideali (Fig. 9)
- Angolazione a 25° dei due impianti 13 e 23 (Fig. 10)
- Preparazione del sito implantare (in accordo al protocollo del fabbricante)
- Inserimento degli impianti

Si sono posizionati 4 impianti Max Stability 4,5 x 12 mm nei siti mesiali e 2 impianti corti Exacone 6.5 nei siti distali.

### Posizionamento dei monconi per protesi avvitate

Al momento della scelta dei monconi e soprattutto della determinazione della loro angolazione, il sistema Leone si contraddistingue per la propria semplicità rispetto ai sistemi avvitati presenti sul mercato, necessariamente a doppia fase (cioè con doppia vite).

- Migliore precisione: la regolazione dell'emergenza delle teste filettate dei monconi è perfettamente aggiustabile e modificabile a piacimento, in quanto i monconi non sono stati ancora inconati negli impianti. L'operatore ha così tutto il tempo di parallelizzare le emergenze in bocca e, in seguito, di validare la propria scelta grazie alla "protesi bis".
- Minor tempo di lavoro: grazie alla eliminazione delle fastidiose manipolazioni delle viti protesiche sui monconi angolati.
- Maggiore flessibilità: grazie all'utilizzo di monconi non indicizzati o dotati di connessione Exacone 360°, che permettono ogni grado di rotazione del moncone intorno all'asse dell'impianto.

Si posizionano, quindi, con grande semplicità i monconi negli impianti, si attiva la connessione a cono Morse e si mettono le cuffie di protezione sulle teste dei monconi, (in questo caso si sono utilizzate delle cappette calcinabili, Fig. 11) per poter suturare i lembi intorno ai monconi stessi (Fig. 12).

### Presa dell'impronta

Una ulteriore semplificazione è data dal fatto che i monconi diritti hanno una geometria di interfaccia con la sovrastruttura identica a quella dei monconi angolati.

Subito dopo la sutura, si prende una doppia impronta sui monconi già fissati agli impianti:

- la prima impronta con gli appositi transfer per monconi
- la seconda impronta con del silicone di occlusione, presa direttamente sulle cuffie posizionate sulle teste coniche dei monconi utilizzando la "protesi bis" (Figg. 13, 14).

La seconda impronta, che potrebbe essere definita anche "mascherina gengivale", è molto importante per definire gli spazi occlusali, in particolare in un caso come questo in cui, per motivi estetici, la spalla protesica dei monconi è stata posizionata al di sotto del livello gengivale. Il laboratorio, che è in possesso di una chiave di montaggio riposizionabile sul modello antagonista, ha così tutti gli strumenti per realizzare una struttura avvitata ideale.

L'odontotecnico cola il modello (Figg. 15, 16) e lo posiziona nell'articolatore insieme all'antagonista.

Si utilizzano poi le cappette in titanio, che vengono incollate all'armatura ed assicurano una perfetta passività a questa sovrastruttura. Il montaggio dei denti sull'armatura avviene con una resina autopolimerizzante utilizzando la chiave di riposizionamento in silicone; si ottiene così la protesi finale (Fig. 17).

### Posizionamento della protesi definitiva

Una volta rimosse le cuffie di protezione, l'operatore posiziona il ponte avvitato (Fig. 18), controlla la chiusura di tutte le viti protesiche e procede con le regolazioni occlusali.

Il controllo radiografico post-operatorio assicura la perfetta passività della sovrastruttura (Fig. 19). La paziente riceve le abituali indicazioni post-operatorie e lascia lo studio.

La incontreremo di nuovo per il controllo dopo 8 giorni, per rimuovere i punti di sutura accessibili (cioè senza rimuovere la protesi), poi a distanza di 45 giorni dall'intervento (prima della ripresa dell'alimentazione solida) per verificare la corretta distribuzione delle sollecitazioni occlusali in fase di masticazione.

Salvo eventuali complicanze, nessuna rimozione della protesi è prevista prima di un periodo di tre mesi. Il controllo clinico a 3 mesi evidenzia una perfetta guarigione dei tessuti molli (Fig. 20).

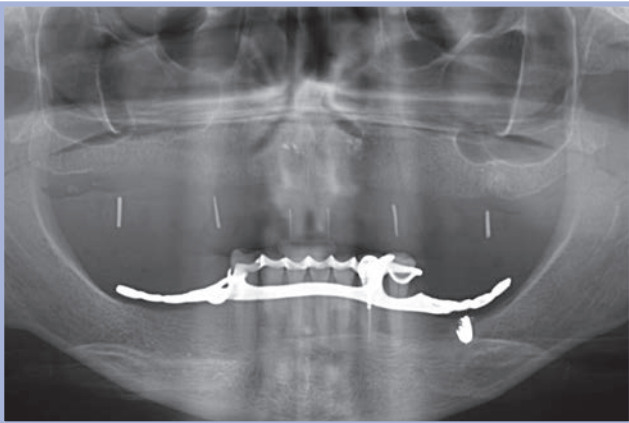


Fig. 1 - OPT pre-operatoria



Fig. 2 - Perdita della dimensione verticale della protesi pre-esistente



Fig. 3 - Correzione oclusale



Fig. 4 - Protesi pre-esistente modificata



Fig. 5 - Prova in bocca della copia in resina translucida ("protesi bis") della nuova protesi

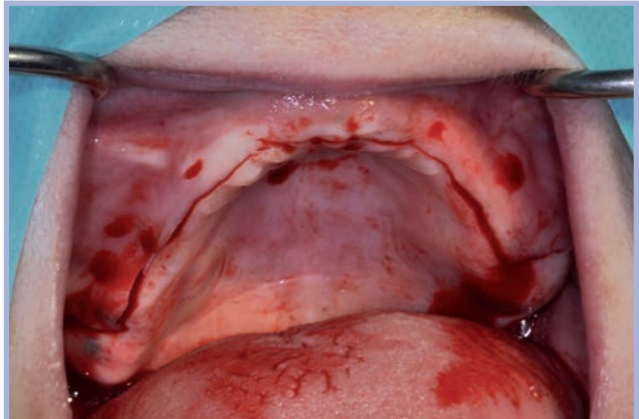


Fig. 6 - Incisione crestale



Fig. 7 - "Protesi bis" utilizzata come guida chirurgica

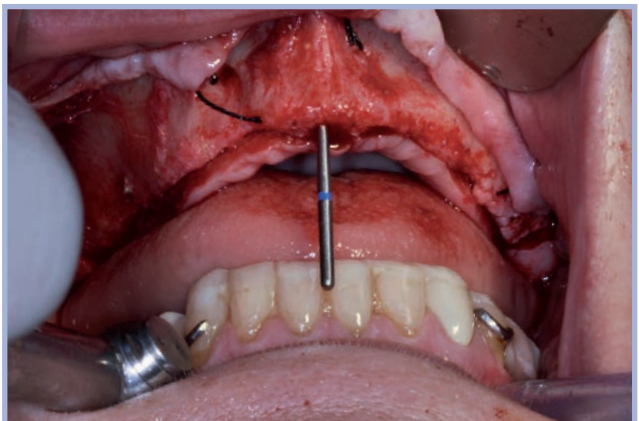


Fig. 8 - Visualizzazione del punto mediano



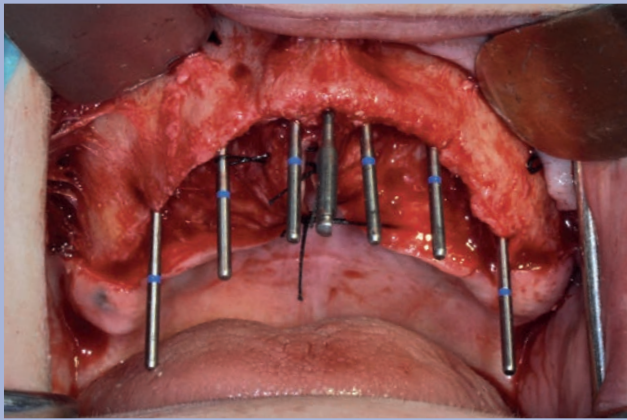


Fig. 9 - Identificazione delle emergenze protesiche ideali

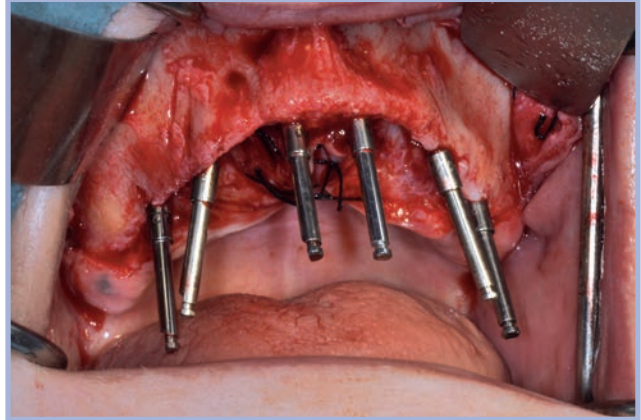


Fig. 10 - Angolazione a 25° dei due impianti 13 e 23

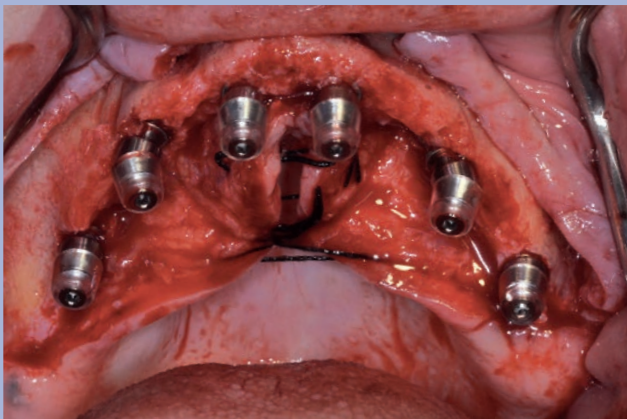


Fig. 11 - Posizionamento dei monconi per protesi avvitata

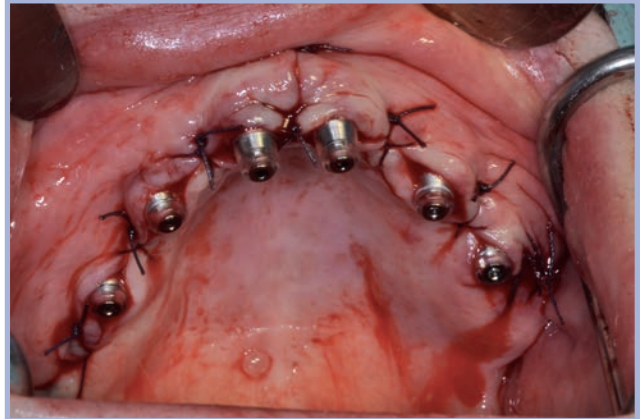


Fig. 12 - Sutura



Fig. 13-14 - Impronta per il rilevamento dell'occlusione



Fig. 14



Fig. 15-16 - Realizzazione del modello di lavoro partendo dall'impronta presa con i transfer per monconi



Fig. 16





Fig. 17 - Realizzazione della protesi avvitata



Fig. 18 - Posizionamento in bocca della protesi

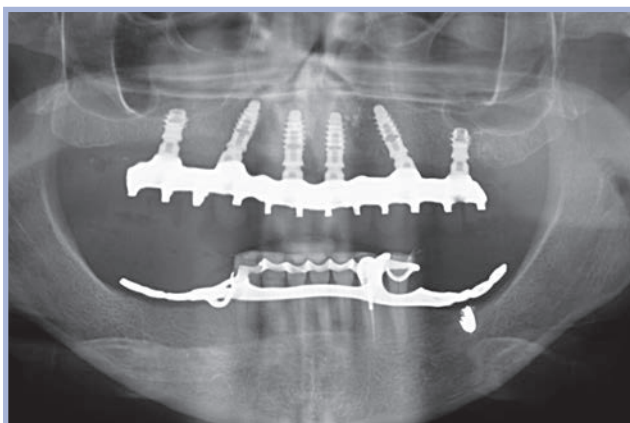


Fig. 19 - OPT post-operatoria



Fig. 20 - Controllo clinico a 3 mesi dall'intervento

## Discussione

Questo caso clinico illustra l'efficienza intra-operatoria di un sistema a connessione conica pura (senza vite) in caso di protesi completa avvitata.

Il sistema qui presentato permette all'operatore di risparmiarsi il troppo spesso difficile inserimento di monconi angolati per protesi avvitata per sistematiche con vite di connessione.

Questa fase, in tali sistemi, è resa molto più complessa dall'indicizzazione delle connessioni avvitate che obbligano il chirurgo a identificare la posizione del riferimento angolare durante l'intervento, in condizioni spesso complicate.

È facilmente comprensibile che un sistema a "doppio avvitamento" consenta una minore "flessibilità" nella regolazione delle angolazioni di ogni componente protesica e talvolta obblighi il medico a successive sostituzioni di uno o più monconi. Le sostituzioni del moncone a distanza dalla chirurgia dovrebbero essere evitate perché, inevitabilmente accompagnate da una completa ristrutturazione della protesi, generano notevoli costi supplementari in fase protesica.

La tecnica di incollaggio delle cappette in titanio permette una perfetta passivazione della struttura fusa tradizionale. Questa soluzione protesica risponde perfettamente, in termini di tempo, alle esigenze dei nostri pazienti.

Una simile protesi provvisoria, interamente passiva e concepita, come descritto, a monte della fase chirurgica, è in seguito utilizzabile a tutti gli effetti anche come protesi definitiva.

In futuro ulteriori miglioramenti arriveranno senza dubbio dalla tecnologia CAD-CAM che, al di fuori del vantaggio di una gestione interamente in studio di tutto il processo, dalla colatura del modello fino alla fabbricazione della struttura fresata, non permette ad oggi, in riabilitazioni complesse come questa, di rispettare le tempistiche richieste da una procedura di carico immediato.

Realizzazioni protesiche

Laboratorio odontotecnico LOUBAT - Menton (Francia)

# THE FUTURE NOW!

## ~~E~~XACONE

### IL SISTEMA IMPLANTARE DIGITAL READY

L'impianto Exacone è presente nelle librerie dei software di pianificazione implantare più diffusi (SimPlant® Materialise, Implant3D Medialab, Sicat-Galileos Sirona) per consentire un accurato piano di trattamento e l'eventuale possibilità di realizzazione di mascherine per chirurgia assistita.

MultiTech è il nuovo moncone specificatamente realizzato per le tecnologie CAD/CAM impiegate in implantoprotesi. Il suo design dedicato favorisce l'acquisizione, con scanner da laboratorio o intraorali, e la personalizzazione del profilo di emergenza e dell'inclinazione.

Grazie alla mancanza del canale vite di connessione e alla conseguente alta resistenza strutturale, alla geometria e superficie specifica della porzione da incollaggio, MultiTech consente una completa individualizzazione del pilastro. È possibile, quindi, scegliere liberamente tra le varie metodologie CAD/CAM con l'utilizzo di materiali estetici quali la zirconia ed il disilicato di litio.



ORTODONZIA E IMPLANTOLOGIA

# Il successo in implantoprotesi: follow-up a 7, 8 e 10 anni

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

## Parole chiave

follow up, mantenimento osseo, stabilità tessuti gengivali, connessione cono Morse

Il raggiungimento di un risultato immediato e la stabilità del risultato nel tempo sono frutto di molte variabili legate alle caratteristiche del paziente, dell'operatore e del sistema implantare.<sup>(1)</sup>

Le variabili relative al paziente sono di carattere generale (fattori genetici, malattie sistemiche, farmaci, fumo, abitudini igieniche) e di carattere locale (volume e qualità ossea, fattori microbiologici, parodontiti, biomarker ossei, occlusione, parafunzioni...). Le variabili relative al curante comprendono la formulazione di una corretta diagnosi e di un adeguato piano di trattamento, una precisa esecuzione chirurgica, in particolare disegno del lembo e tecniche di preparazione del sito, una corretta esecuzione protesica (tipo di protesi, modalità di carico, cantilever, gestione dell'ampiezza biologica...). I fattori implantari comprendono: design implantare, macro e microgeometria, superficie, connessione implant-abutment, one o two-piece, tecnica sommersa/non sommersa ecc. Tali numerose variabili si intersecano necessariamente fra loro: il successo è ottenibile solo con una precisa e scrupolosa attenzione ad ognuna di queste. I criteri a tutt'oggi adottati per definire il successo implantare sono quelli proposti da Albrektsson e Zarb:<sup>(2)</sup> questi sono orientati a valutare prevalentemente gli aspetti ossei dell'impianto. Tali criteri, pur diffusamente accettati ed usati come metodo di valutazione del successo implantare, appaiono insufficienti alle necessità valutative attuali<sup>(3)</sup> che comprendono altri aspetti, come la stabilità della connessione protesico-implantare,<sup>(4)</sup> l'estetica soprattutto in zona frontale<sup>(5)</sup> e, non ultimo, la soddisfazione del paziente.<sup>(6,7)</sup>

Se molti fattori coinvolti nel rimodellamento osseo perimplantare possono sfuggire al nostro controllo, come ad esempio genetica ed abitudini del paziente, alcuni fattori dipendono da noi, come ad esempio la formulazione del piano di trattamento, la corretta esecuzione chirurgico-protesica ecc. Fondamentale appare l'utilizzo di un sistema implantare adeguato ed affidabile.

Utilizzatori del sistema implantare Exacone da oltre 10 anni, gli autori riportano il controllo a distanza di 3 case report relativi a trattamento implanto-protesico di monoedentulia, di edentulia parziale e di edentulia totale. Sono esemplificativi della affidabilità del sistema implantare Leone.

Realizzazioni protesiche

Laboratorio odontotecnico Ceramodent di Paolo Morbiato e C. - Padova



## CASO 1

Il primo case report è del 2003: riguarda una paziente di 44 anni, in cui il piano di trattamento comprendeva la sostituzione per vetustà di una protesi su pilastri naturali 25-27 con elemento in estensione 24 (Fig. 1). Si è optato per la sostituzione della vecchia protesi 25-27, in lega-resina, con una nuova protesi 25-27 in metallo-ceramica senza elemento mesiale in estensione, e per la sostituzione dell'elemento 24 in estensione tramite corona singola a supporto implantare. Il trattamento è stato di tipo bifasico, secondo protocollo tradizionale. La chirurgia è stata eseguita tramite apertura di lembo a tutto spessore: la cresta ossea è apparsa di ridotta ampiezza trasversale, si è eseguita una preparazione osteotomica secondo il concetto REO (Ridge Expansion Osteotomy) di Summers<sup>(8)</sup> e si è inserito un impianto 3,3x12 mm, pari cresta, con rispetto delle distanze mesio-distali e bucco-linguali ("comfort zones") (Fig. 2). Il controllo radiografico post-operatorio conferma il corretto posizionamento dell'impianto "narrow" per tutta l'altezza ossea disponibile (Fig. 3). A distanza di 3 mesi si è proceduto alla finalizzazione protesica (Figg. 4, 5). Il controllo clinico e radiografico, eseguito a oltre 10 anni di distanza, mostra il mantenimento della stabilità tissutale e dell'estetica iniziale: non sono evidenzibili segni di flogosi (se si esclude una modesta gengivite marginale a carico dei pilastri naturali). Tutti i parametri di successo sono rispettati: in particolare non si è verificata alcuna perdita ossea. Non si è verificata recessione dei tessuti molli. Questo risulta particolarmente importante perché in zona estetica (Figg. 6,7).



Fig. 1 - Anno 2003. Immagine radiografica: il progetto implanto-protetico concerne il sito edentulo 24, sede di elemento protesico in estensione

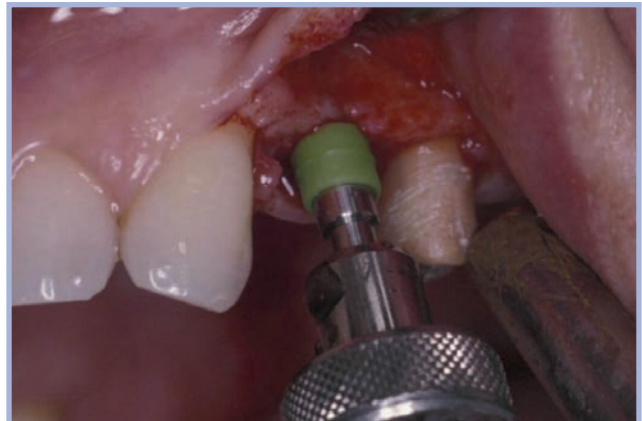


Fig. 2 - Alla preparazione osteotomica con metodica REO di Summers del sito implantare segue inserimento manuale di un impianto "narrow" (3,3x12 mm)



Fig. 3 - Immagine radiografica post-operatoria dell'impianto, che sfrutta tutta l'altezza ossea a disposizione



Fig. 4 - Immagine clinica della protesi fissa su pilastri naturali 25-27 e della corona implanto-supportata 24



Fig. 5 - Immagine radiografica dell'impianto 24 al momento della consegna protesica (anno 2003)



Fig. 6 - Immagine clinica della protesi impianto-supportata in sede 24 a oltre 10 anni (anno 2013). Si riscontra stabilità tissutale ed estetica

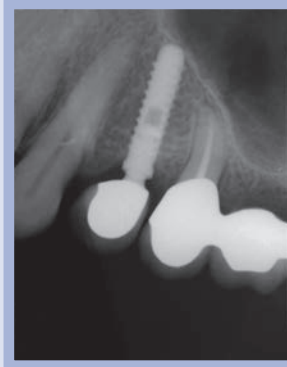


Fig. 7 - Immagine radiografica del controllo a oltre 10 anni (2013): stabilità ossea senza alcuna perdita di altezza

## CASO 2

Il secondo case report (già pubblicato con un controllo ad 1 anno nell'Exacone News n° 6) è inerente a una paziente donna di 66 anni trattata nel 2004 per una edentulia parziale intercalata al primo quadrante, conseguente ad estrazione di elemento 13 pilastro di protesi, per patologia parodontale non trattabile (Figg. 8, 9). Il piano di trattamento prevede una protesi a ponte di tre elementi impianto-supportata 15-13. Si mantiene l'elemento 16 come pilastro di sostegno della protesi preesistente per tutto il periodo della guarigione. Si pratica una chirurgia con lembo e si esegue una preparazione osteotomica dei due siti. In sede 15 si esegue la tecnica BAOSFE (Bone-Added Osteotome Sinus Floor Elevation) secondo Summers: l'altezza ossea è di circa 8 mm e si posiziona un impianto 4,1x10 mm. In sede 13 si posiziona un impianto 4,1x12 mm con tecnica OSFE (Osteotome Sinus Floor Elevation) (Figg. 10, 11). L'osso è di qualità 3, la stabilità primaria è buona. La sede 13 presenta ipotrofia verticale ed orizzontale (pregressa lesione parodontale) e quindi si pratica una GBR mediante membrana "Goretex" fissata con due chiodini.

A 5 mesi si effettua il rientro e si rimuove la membrana: si apprezza un ripristino dei volumi prima mancanti (Fig. 12). Dopo la guarigione dei tessuti molli si può finalizzare protesicamente il caso (Figg. 13, 14). Si rileva una integrità dei tessuti duri e molli ed una corretta integrazione estetica del manufatto nell'ambito del cavo orale. Abbiamo rivisto la paziente nel 2012, a distanza di 8 anni: il risultato si è mantenuto nel tempo, i tessuti appaiono sani ed i volumi sono sovrapponibili al tempo "0" (Fig. 15). La radiografia mostra un mantenimento del livello osseo sovrapponibile al quadro iniziale (Fig. 16). La soddisfazione della paziente è la nostra soddisfazione.



Figg. 8, 9 - Quadro clinico-radiografico iniziale (anno 2004): fallimento protesico al primo quadrante per parodontite grave complicata al pilastro 13, non recuperabile

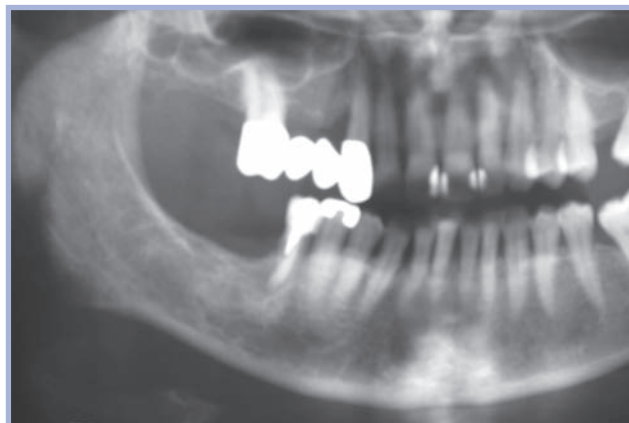


Fig. 9

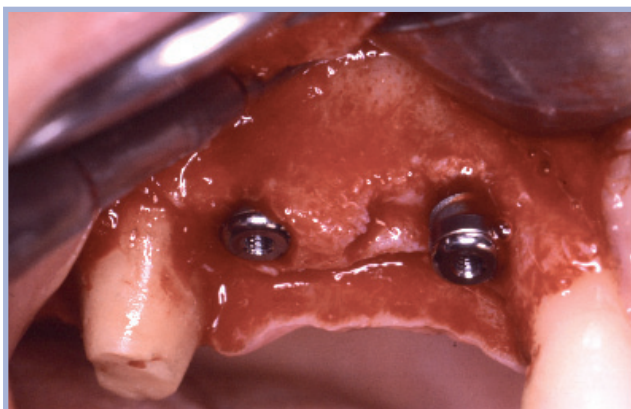


Fig. 10 - Dopo preparazione osteotomica dei due siti implantari si sono posizionati 2 impianti: 4,1x10 mm in sede 15 (Tecnica BAOSFE) e 4,1x12 mm in sede 13 (Tecnica OSFE). In sede 13 si pratica una GBR con membrana fissata con due chiodini

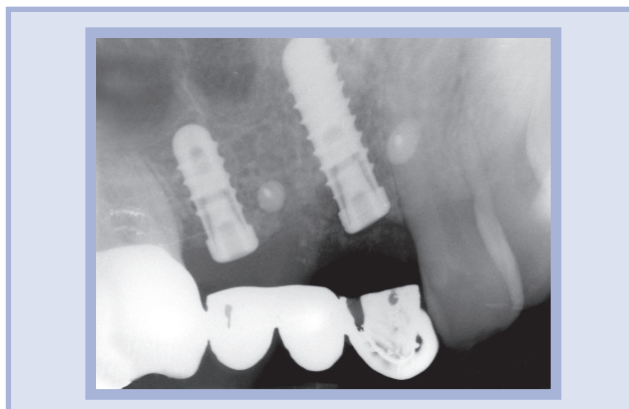


Fig. 11 - Immagine radiografica post-operatoria dell'intervento implantare



Fig. 12 - Rimossa la membrana si apprezza una ricostituzione dei volumi ossei



Fig. 13 - Finalizzazione protesica: quadro clinico



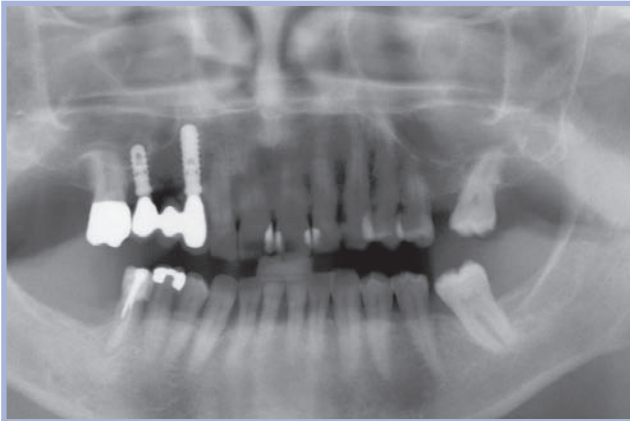


Fig. 14 - Finalizzazione protesica: immagine radiografica



Fig. 15 - Immagine clinica al controllo dopo 8 anni (anno 2012). Mantenimento dei volumi tissutali. Stabilità del risultato nel tempo

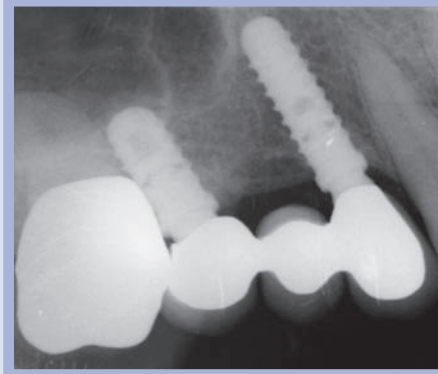


Fig. 16 - Immagine radiografica al controllo dopo 8 anni (anno 2012). Mantenimento dei livelli ossei. Stabilità ossea nel tempo

## CASO 3

Il terzo case report riguarda una paziente donna di anni 74 sottoposta nel 2007 a trattamento implanto-protesico “full arch” dell’arcata superiore, con procedura di carico immediato, eseguito in tecnica flapless.<sup>(9)</sup> La paziente era portatrice di una protesi totale mobile nell’arcata superiore, ritenuta soddisfacente dal punto di vista estetico e funzionale, ma non accettata dal punto di vista psicologico. La sua richiesta era di avere denti fissi nel più breve tempo possibile, senza avere dolore. L’esame della ortopantomografia (Fig. 17) evidenziava altezza ossea sufficiente all’inserimento implantare. La TC spirale portata dalla paziente permetteva di evidenziare un osso piuttosto rarefatto, di qualità 3-4 soprattutto nei settori posteriori, ma volumi ossei sufficienti al posizionamento implantare in tecnica flapless (Fig. 18). Il piano di trattamento, rivolto a soddisfare le richieste della paziente, ha previsto una protesi implanto-supportata “full arch”, a carico immediato, eseguita in chirurgia flapless sotto sedazione vigile. Il fattore di rischio relativo alla scarsa qualità ossea è stato affrontato aumentando il numero degli impianti (sono stati posizionati 10 impianti) e utilizzando la massima lunghezza possibile in relazione al sito. Inoltre la paziente non richiedeva al momento una riabilitazione delle selle edentule posteriori inferiori e quindi gli impianti posteriori inseriti in osso di scarsa qualità venivano risparmiati dal carico diretto. La programmazione del caso è avvenuta mediante l’utilizzo di una mascherina radiologica, costruita dopo ceratura diagnostica, che ha permesso di valutare le corrette distanze mesio-distali dei siti implantari. Il mappaggio della mucosa ha permesso di evidenziare gli spessori della mucosa nei vari siti implantari. Le misure dello spessore mucoso sul versante

vestibolare, crestale e palatale dei vari siti implantari sono state sottratte allo spessore totale del modello in gesso così da evidenziare il reale spessore osseo disponibile. Queste indicazioni hanno guidato il corretto posizionamento degli analoghi implantari sul modello in gesso. Dal modello in gesso è stata ricavata una mascherina chirurgica che ha guidato la fresa pilota iniziale nella preparazione flapless (Fig. 19). La preparazione flapless è stata perfezionata mediante osteotomi. L'inserimento dei transfer e la relativa impronta hanno permesso la costruzione in laboratorio di un modello di lavoro che riproduceva l'esatta posizione implantare. Su tale modello sono stati inseriti i monconi in titanio pieno fresati al parallelometro. Quindi è stato preparato un provvisorio in composito su struttura metallica di sostegno. A 24 ore dall'intervento chirurgico si è provveduto alla consegna della protesi circolare provvisoria. Il quadro clinico era nettamente favorevole: nessun sanguinamento, assenza di edema, dolore trascurabile. Si è proceduto all'inserimento dei monconi tramite battitura con apposito percussore (Fig. 20) e si è cementata la protesi con cemento provvisorio Temp Bond (Fig. 21). L'ortopantomografia immediatamente successiva ha permesso di controllare il fitting protesico sugli impianti (Fig. 22). L'estetica e la funzionalità hanno soddisfatto la paziente. In 26 ore si è completata la procedura di carico immediato. A distanza di 6 mesi il provvisorio è stato sostituito da una protesi circolare definitiva in oro-ceramica. Sono state eseguite le varie valutazioni funzionali ed estetiche ed è stato eseguito un controllo radiografico (Fig. 23). Nel tempo la paziente è stata seguita mediante controlli periodici, includenti igiene professionale. Il controllo estetico, clinico e radiologico nel 2014, dopo quasi 7 anni (Figg. 24-26), permette di constatare un mantenimento dei livelli tissutali e dell'estetica nel tempo. Non si sono verificate complicanze implantari e/o protesiche. La paziente manifesta la sua soddisfazione per il trattamento eseguito.



Fig. 17 - Radiografia panoramica pre-intervento

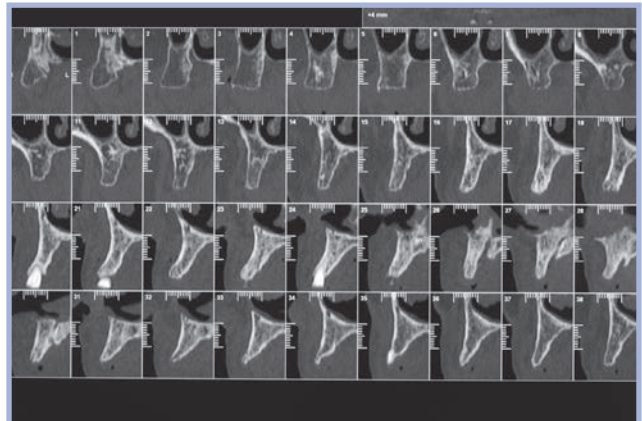


Fig. 18 - TC spirale pre-intervento: le varie proiezioni permettono di valutare la presenza di volumi sufficienti per intervenire in tecnica flapless. L'osso appare rarefatto



Fig. 19 - Sul modello in gesso viene costruita una mascherina chirurgica utilizzata durante l'intervento implantare per il passaggio della fresa pilota. Si perfeziona la preparazione flapless mediante osteotomi



Fig. 20 - Inserimento dei monconi 24 ore dopo la chirurgia implantare



Fig. 21 - Procedura di carico immediato: consegna del manufatto provvisorio metallo-composito a 24 ore dall'intervento

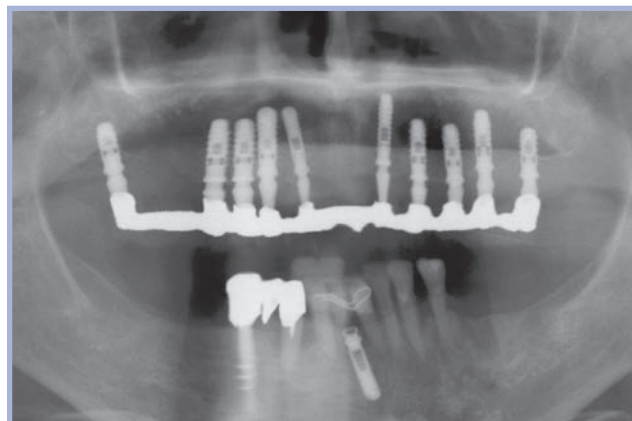


Fig. 22 - Controllo radiografico al momento della consegna del manufatto provvisorio

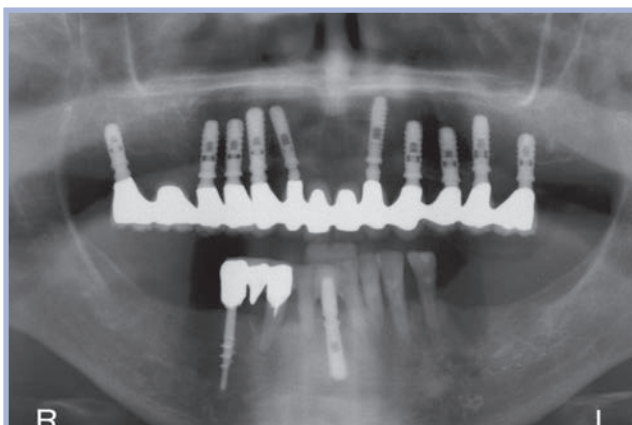


Fig. 23 - Immagine radiologica della protesi definitiva in sede



Fig. 24 - Controllo clinico a 7 anni

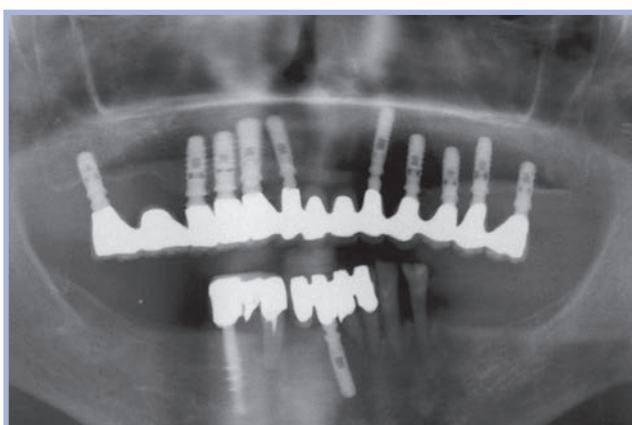


Fig. 25 - Controllo radiografico a 7 anni



Fig. 26 - Controllo a 7 anni. Estetica protesica integrata nell'estetica del viso



## Bibliografia

- 1) Canullo L, Cocchetto R, Loi I. Rimodellamento osseo perimplantare. Quintessenza Edizioni. 2012
- 2) Albrektsson T, Zarb GA. Determinants of correct clinical reporting. Int J Prosthodont 1998;11:517-521
- 3) Lops D, Chiapasco M, Rossi A, Bressan E, Romeo E. Incidence of interproximal papilla between a tooth and a adjacent immediate implant placed into a fresh extraction socket: 1-year prospective study. Clin Oral Impl Res 2008;19:1135-1140
- 4) Mangano F, Mangano C, Ricci M, Sammons RL, Shibli JA, Piattelli A. Single-tooth Morse taper connection implants placed in fresh extraction sockets of the anterior maxilla: an aesthetic evaluation. Clin Oral Impl Res 2012;23:1302-1307
- 5) Raes F, Cosyn J, Crommelinck E, Coessens P, De Bruyn . Immediate and conventional single implant treatment in the anterior maxilla: 1-year results of a case series on hard and soft tissue response and aesthetics. J Clin Periodontol 2011;38:385-394
- 6) Mangano C, Mangano F, Muscas M, Figliuzzi M, Piattelli A. Studio prospettico multicentrico su 2707 impianti a connessione conometrica. Implantologia 2010;2:13-23
- 7) Furze D, Byrne A, Donos N, Mardas N. Risultati clinici ed estetici di impianti singoli nel mascellare anteriore. Implantologia 2012;2:37-45
- 8) Summers RB. The Osteotome technique: Part 2 - The ridge expansion osteotomy (REO) procedure. Compendium Cont Educ Dent 1994;15:422-436
- 9) Frezzato A, Frezzato I, Tocchio C. Chirurgia minimamente invasiva per riabilitazione implanto-protesica a carico immediato di mascellare superiore edentulo: case report. Italian Oral Surgery 2009;4:223-233

**ISO**  
ISTITUTO  
STUDI  
ODONTOIATRICI  
divisione scientifica della



Ortodonzia e Implantologia



in occasione degli

80 Anni  
1934-2014

UN CORSO GRATUITO  
AL MESE PER TUTTO  
IL 2014

MERCOLEDÌ  
DA LEONE

PROSSIME DATE PER I  
CORSI IMPLANTOLOGIA:

**Impianto corto: indicazioni, vantaggi e prognosi.**

Relatore: Dr. Alberto Frezzato

**28 Maggio 2014**

**Biomateriali: criteri di scelta, protocolli e follow up.**

Relatore: Dr. Leonardo Targetti

**29 Ottobre 2014**

Per informazioni:

Segreteria ISO • Tel. 055.304458 • Fax 055.304455

e-mail: iso@leone.it • www.leone.it

Seguici su Facebook



Visitate la rinnovata sezione

## **VIDEO APPLICAZIONI CLINICHE**

nel nostro sito [www.leone.it](http://www.leone.it)

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

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



### **IMPLANTOLOGIA BASE**

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

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

### **CHIRURGIA GUIDATA**

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

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

### **IMPLANTOLOGIA AVANZATA**

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

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

### **IMPLANTOPROTESI DIGITALE**

Impronta digitale  
Realizzazione CAD-CAM di una corona provvisoria

Dr. Leonardo Targetti  
Odt. Massimiliano Pisa

### **CHIRURGIA RIGENERATIVA**

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

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

### **MONOIMPIANTI**

Monoimpianti per overdenture o-ring

Dr. Roberto Meli





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

Relatori: Dr. Mario Guerra, Dr. Salvatore Belcastro, Dr. Leonardo Palazzo  
16-17 MAGGIO / 6-7 GIUGNO 2014

**Roma**  
c/o studio Dr. G. Marano

• **CORSO DI CHIRURGIA AVANZATA**

Relatori: Dr. Leonardo Targetti, Dr. Alberto Frezzato  
19-20 MAGGIO 2014

**Firenze**  
c/o ISO

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

Relatori: Dr. Leonardo Targetti, Dr. Roberto Meli  
26-27 MAGGIO / 16-17 GIUGNO 2014

**Firenze**  
c/o ISO

• **LA GESTIONE DELL'ALVEOLO POSTESTRATTIVO IN IMPLANTOLOGIA**

Relatore: Dr. Fabrizio Dell'Innocenti  
4 LUGLIO 2014

**Firenze**  
c/o ISO

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

Relatori: Dr. Leonardo Targetti, Dr. Roberto Meli  
22-23 SETTEMBRE / 20-21 OTTOBRE 2014

**Firenze**  
c/o ISO

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

Relatori: Dr. Mario Guerra, Dr. Salvatore Belcastro, Dr. Leonardo Palazzo  
24-25 OTTOBRE / 14-15 NOVEMBRE 2014

**Roma**  
c/o studio Dr. G. Marano

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

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

**Firenze**  
c/o ISO





**Leone**

**GOLD SPONSOR**



SOCIETÀ ITALIANA  
DI IMPLANTOLOGIA  
OSTEINTEGRATA

## GIORNATE DIMOSTRATIVE DI PRATICA IMPLANTOLOGICA SU PAZIENTE

# Chirurgia dal vivo

SISTEMA  
IMPLANTARE | **EXACONE**



Relatore:  
Dott. **LEONARDO TARGETTI**

- 27 GIUGNO 2014
- 16 SETTEMBRE 2014
- 12 OTTOBRE 2014
- 28 NOVEMBRE 2014

**40 posti** per assistere gratuitamente  
ad interventi live surgery

orario:  
**10,00 / 17,30**

PER INFORMAZIONI ED ISCRIZIONI: ISO, Leone S.p.A Via Ponte a Quaracchi 48/50  
50019 Sesto Fiorentino Firenze • Tel. 055.304458 • Fax. 055.304455 • iso@leone.it • www.leone.it

**ISO**<sup>®</sup>  
ISTITUTO  
STUDI  
ODONTOIATRICI

divisione scientifica della



Ortodonzia e Implantologia



Università degli  
Studi di Cagliari

## CORSO DI IMPLANTOLOGIA CLINICO PRATICO SU PAZIENTE Base e Avanzato

**Cagliari 2014**

### Programma:

Studio dei casi da trattare con tutor ed interventi su paziente. Interventi di chirurgia avanzata o inserimento di almeno tre impianti al giorno per ciascun corsista.

### Relatori - Tutor:

Dr. Nazario Russo, Dr. Giacomo Coppola,  
Dr. Davide Montisci



**Per iscrizioni e informazioni:** Segreteria ISO - Tel. 055.304458 Fax 055.304455 iso@leone.it



# 9° Congresso

# EXACONE



ISO<sup>®</sup>  
ISTITUTO  
STUDI  
ODONTOIATRICI

FIRENZE

24 Ottobre 2014

**Proponi,**  
**Partecipa,** **Intervieni.**

Gli argomenti del prossimo Congresso li scegli tu, vai sul sito [www.leone.it](http://www.leone.it) e indica i tuoi argomenti preferiti, massimo 3, tra i seguenti:

- 1 Chirurgia ambulatoriale implantare: limiti e possibilità.
- 2 Gestione dei tessuti molli: lembi, one-stage surgery, innesti, microchirurgia.
- 3 Successo a lungo termine: criteri, letteratura, casi clinici.
- 4 Biomateriali: classificazione, scelta e utilizzo.
- 5 Implantoprotesi su edentuli: opzioni, procedure, casi clinici.
- 6 Il carico immediato: quando, come e con quali dispositivi.
- 7 Chirurgia guidata: diagnosticare, pianificare, protesizzare.
- 8 Implantoprotesi software assistita: mito o realtà?
- 9 Diagnosi, tecniche, risultati nei casi chirurgici multidisciplinari.
- 10 Radiologia 3D, impronta ottica, CAD-CAM: la sinergia possibile.
- 11 Post-estrattivi: criteri, procedure, prognosi.
- 12 Complicanze in implantoprotesi: chi è senza peccato...

Oppure partecipa al sondaggio su [facebook.com/ISOcorsi](https://www.facebook.com/ISOcorsi)



#### SEDE DEI LAVORI:

ISO • Istituto Studi Odontoiatrici "Aula Magna Marco Pozzi"  
Via Ponte a Quaracchi, 48 • 50019 Sesto Fiorentino (FI)

#### PER INFORMAZIONI ED ISCRIZIONI:

Segreteria ISO • Tel. 055.30.44.58 Fax 055.30.44.55  
[iso@leone.it](mailto:iso@leone.it) [www.leone.it](http://www.leone.it)

La partecipazione è gratuita e riservata ai soli medici odontoiatri

# Il mantenimento dell'osso intorno agli impianti Exacone: la mia esperienza clinica

Dott. Paolo Mazzola  
Libero professionista a Trento

## Parole chiave

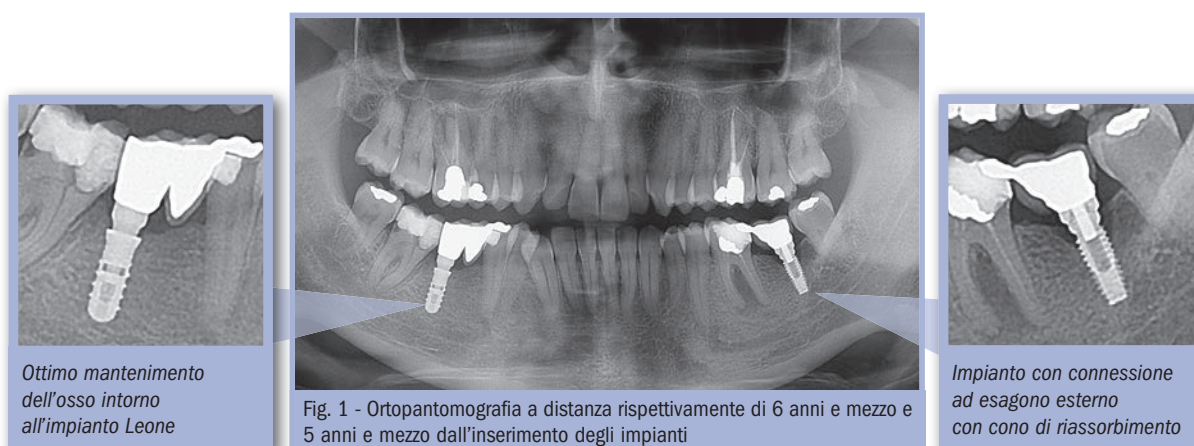
mantenimento osseo, follow up, edentulia singola, corona singola, mini rialzo di seno

*Io sono un odontoiatra del tutto generico e nel mio studio monoprofessionale svolgo personalmente tutte le attività, dal detartraggio alla protesizzazione degli impianti.*

*Da più di un lustro utilizzo, con piena soddisfazione, le varie linee del Sistema Implantare Leone. Tra i molteplici restauri implanto-protesici che ho realizzato negli anni ne ho scelto tre, con i quali vorrei testimoniare gli eccellenti risultati clinici che ottengo nella mia pratica clinica con l'impianto Leone e come questi si mantengono nel tempo.*

## 1° Caso clinico

Il 22 maggio 2007 inserii al paziente E. L. un impianto con connessione ad esagono esterno in zona edentula 3.7. Le misure dell'impianto erano diametro 4 mm per 10 mm di lunghezza. Il 2 aprile 2008 fu la volta invece di un impianto Leone D 4,1 per 10 mm di lunghezza in zona 4.6. Entrambi gli impianti furono protesizzati con corone in metallo ceramica con un'estensione mesiale, che io a quei tempi reputavo necessaria come elemento antirotazionale. Non rividi più il paziente fino al novembre 2013, quando si presentò nel mio studio per una carie penetrante a livello del 4.7. La situazione degli impianti era quella testimoniata dalla ortopantomografia (Fig. 1):



Si nota come non vi sia cono di riassorbimento a livello dell'impianto Leone, evento che purtroppo si presenta nel caso dell'impianto con connessione ad esagono esterno. Si aggiunga il fatto che la vite di connessione di quest'ultimo si è allentata, provocando la mobilità della corona. Ho dovuto intervenire forando la capsula occlusalmente, per poi "tirare" la vite stessa con il cacciavite da 1,2 mm; questa è sempre un'operazione che induce un po' di ansia, per il rischio di rovinare l'esagono della vitolina. Lo svitamento della vite di connessione è il motivo per cui, sei anni fa, passai alla metodica Leone.



## 2° Caso clinico

Il 13 maggio 2008 estrassi al paziente R. M. il dente 4.6 perché profondamente compromesso (Fig. 2). In data 3 luglio del medesimo anno inserii nella zona edentula un impianto Leone diametro 4,1 per 12 mm di lunghezza (Figg. 3 e 4). Durante il mese di dicembre 2008 protesizai l'impianto con una corona in metallo ceramica. Poi per cinque anni non rividi più il paziente. Nell'ottobre del 2013 il medesimo paziente si presentò nel mio studio per delle carie. La situazione dell'impianto è quella testimoniata dalla panoramica (Fig. 5).

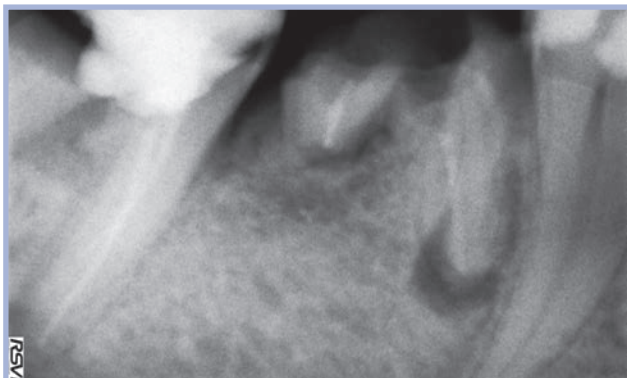


Fig. 2 - RX iniziale. Visione del dente 4.6 profondamente compromesso

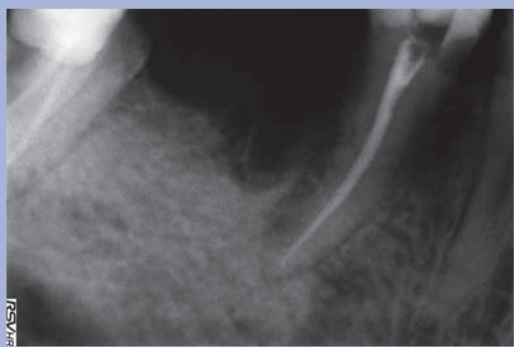


Fig. 3 - Situazione prima dell'inserimento dell'impianto

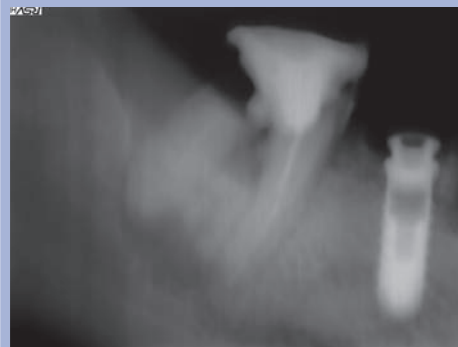


Fig. 4 - RX di controllo: impianto Leone diametro 4,1 x 12 mm in posizione 4.6

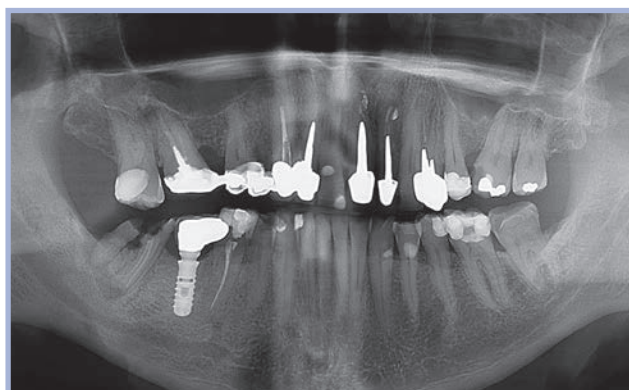


Fig. 5 - Ortopantomografia a distanza di 5 anni

Anche in questo caso il profilo osseo si è mantenuto, senza cono di riassorbimento, nonostante l'assoluta mancanza di igiene professionale per quasi cinque anni.

### 3° Caso clinico

Il 29 luglio 2009 il paziente A. P., bruxista digrignatore, si recava presso il mio studio odontoiatrico, presentando una frattura interradicolare del 2.6.



Fig. 6 - RX iniziale. Visione della frattura interradicolare del 2.6

Estrassi il dente le cui radici mesio-vestibolare e mesio-distale misuravano 9 mm, la palatale 12 mm. In data 16 ottobre 2009 inserii nel sito edentulo un impianto Leone diametro 4,8 per 10 mm di lunghezza, associato ad un intervento di rialzo del seno per via transsettale, senza l'apporto di alcun riempitivo (Fig. 7). In data 29 ottobre 2009 tolsi i punti di sutura e dimisi il paziente che non presentava alcuna sintomatologia, né problema (Fig. 8).

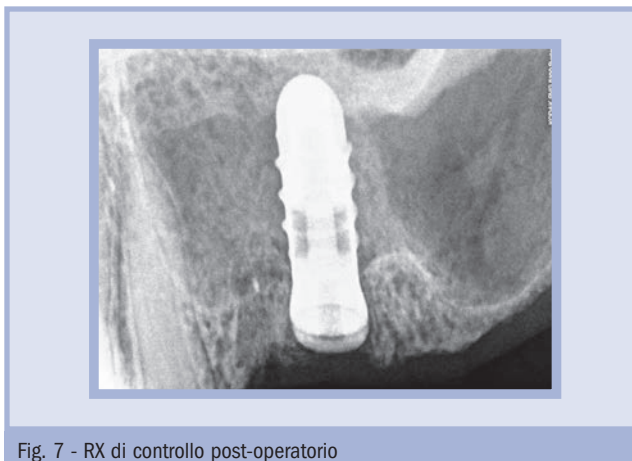


Fig. 7 - RX di controllo post-operatorio

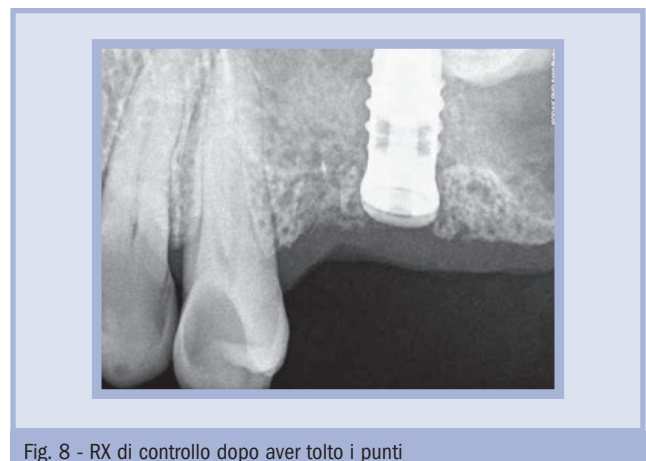


Fig. 8 - RX di controllo dopo aver tolto i punti

Nei mesi di aprile e maggio 2010 protesizzai l'elemento. Il 20 ottobre 2013 la situazione radiologica era la seguente:

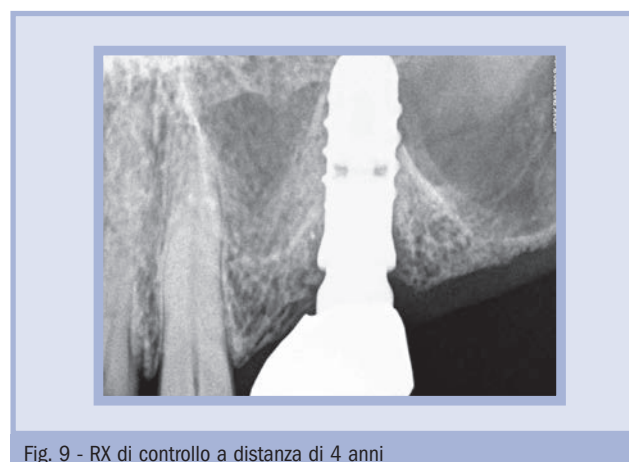


Fig. 9 - RX di controllo a distanza di 4 anni

La piramide ossea intorno all'impianto mostra un guadagno di struttura, quantificabile con un calcolo approssimativo con il programma KODAK Dental Imaging Software 6.8 di oltre 5 mm.

In conclusione si evidenzia come, rispettando rigidamente i protocolli indicati del fabbricante, anche il comune odontoiatra generico riesca a raggiungere buoni risultati che si mantengono stabili nel tempo.

## MONCONI A TESTA SFERICA PER OVERDENTURE

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






I monconi presentano oggi una testa con geometria perfettamente sferica e rivestita in nitruro di titanio, in modo da aumentarne la resistenza all'usura.

I monconi angolati sono caratterizzati dalla connessione EXACONE 360°, protetta da un brevetto internazionale, che prevede un esagono apicale staccato dal resto del moncone. Il suo posizionamento libero a 360° sul modello rende semplice il recupero dei disallineamenti, mentre il suo fissaggio permanente guiderà il clinico nel posizionamento sul paziente con la massima precisione.

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

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

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

		<b>MORBIDA</b>
		<b>MEDIA</b>
		<b>RIGIDA</b>

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

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

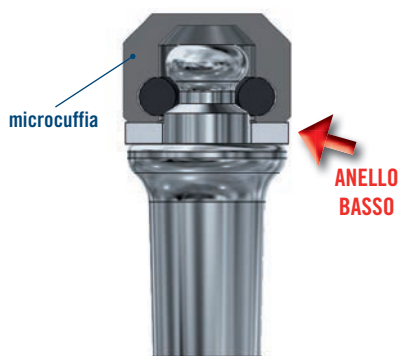
A completamento della componentistica relativa ai monconi per testa sferica, sono stati realizzati degli anelli distanziali, cioè anelli in materiale plastico da posizionare sul moncone al momento del fissaggio delle cuffie all'interno della protesi mobile, finalizzati a dare un piano di appoggio alle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

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

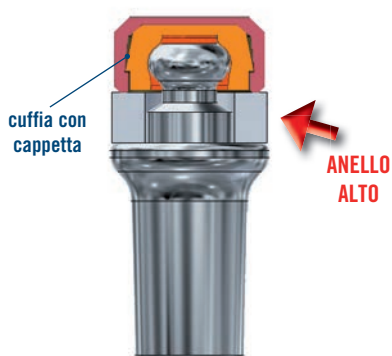
Al momento della sostituzione della cappetta, dopo aver rimosso quella usurata dalla cuffia si potrà inserire a pressione la nuova cappetta utilizzando l'apposito strumento Cat. 156-1004-00.

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

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



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



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





## MONCONI A TESTA SFERICA PER OVERDENTURE

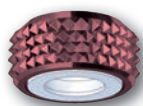
Fabbricati in titanio grado medicale 5, si fissano agli impianti tramite la connessione EXACONE 360°.

Confezioni composte da:

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



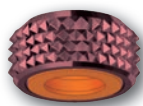
	Ø 3,3 - 3,75			Ø 4,1 - 4,5 - EXACONE 6.5		
per impianto	Ø 3,3 - 3,75			Ø 4,1 - 4,5 - EXACONE 6.5		
altezza tratto transmucoso	1,5 mm	3 mm	5 mm	1,5 mm	3 mm	5 mm
DIRITTI	<a href="#">123-3300-01</a>	<a href="#">123-3300-03</a>	<a href="#">123-3300-05</a>	<a href="#">123-4100-01</a>	<a href="#">123-4100-03</a>	<a href="#">123-4100-05</a>
ANGOLATI 15°	<a href="#">123-3315-01</a>	<a href="#">123-3315-03</a>	<a href="#">123-3315-05</a>	<a href="#">123-4115-01</a>	<a href="#">123-4115-03</a>	<a href="#">123-4115-05</a>



### 123-0004-02

#### CUFFIA OVERDENTURE CON CAPPETTA MORBIDA BIANCA

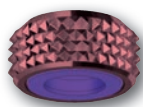
Fabbricata in titanio grado medicale 5, diametro esterno 4 mm, altezza 2 mm. Con cappetta morbida bianca premontata all'interno.



### 123-0004-03

#### CUFFIA OVERDENTURE CON CAPPETTA MEDIA ARANCIONE

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



### 123-0004-04

#### CUFFIA OVERDENTURE CON CAPPETTA RIGIDA VIOLA

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

Confezioni da 2 pezzi

### 123-0001-02

#### RICAMBIO

#### CAPPETTA MORBIDA BIANCA

### 123-0001-03

#### RICAMBIO

#### CAPPETTA MEDIA ARANCIONE

### 123-0001-04

#### RICAMBIO

#### CAPPETTA RIGIDA VIOLA

Confezioni da 6 pezzi

## STRUMENTO PER MONTAGGIO CAPPETTA PER OVERDENTURE

Fabbricato in acciaio inossidabile.

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

Confezione da 1 pezzo



[156-1004-00](#)

## NUOVI MONCONI PER PROTESI AVVITATA

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

Confezioni composte da: 1 moncone, 1 esagono, 1 cappetta calcinabile standard, 1 vite di connessione standard, 1 cappetta calcinabile alta, 1 vite di connessione a testa alta

## MONCONI PER PROTESI AVVITATA ANGOLATI A 35°

La maggiore angolazione rispetto ai monconi presenti in catalogo consente di estendere l'impiego delle protesi di tipo avvitate, e li rende particolarmente adatti per la protesizzazione di impianti "tiltati", come richiesto ad esempio nella tecnica "All-on-4®"\*. I monconi per protesi avvitate angolati a 35° sono disponibili nella piattaforma protesica Standard solo per impianti Ø3,3 e Ø3,75 mm (diametro di connessione verde) e per impianti Ø4,1, Ø4,5 mm e EXACONE 6.5 (diametro di connessione giallo).



per impianto	Ø 3,3 - 3,75		Ø 4,1 - 4,5 - EXACONE 6.5	
altezza tratto transmucoso	3 mm	5 mm	3 mm	5 mm
<b>ANGOLATI 35°</b>	<b>126-3303-35</b>	<b>126-3305-35</b>	<b>126-4103-35</b>	<b>126-4105-35</b>

\*All-on-4 è un marchio registrato Nobel Biocare

## MONCONI PER PROTESI AVVITATA ANGOLATI GH 1,5 mm

La specifica geometria consente di minimizzarne l'ingombro in caso di gengiva molto sottile e di impianti molto vestibolarizzati.

I monconi per protesi avvitate angolati GH 1,5 mm sono disponibili nella piattaforma protesica Standard solo per impianti Ø3,3 mm e Ø3,75 mm (diametro di connessione verde) e per impianti Ø4,1 mm, Ø4,5 mm e EXACONE 6.5 (diametro di connessione giallo).



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

Disponibilità:  
30 GIUGNO 2014


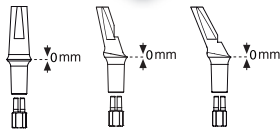
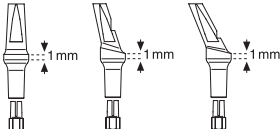
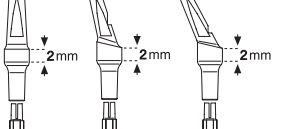
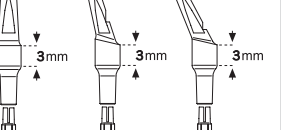
## MONCONI ANATOMICI EXACONE 360° SPALLA ZERO

I monconi anatomici EXACONE 360° spalla zero rappresentano un ampliamento della linea protesica dei monconi anatomici e sono ideati per i casi di scarso spessore gengivale in cui si desidera sfruttare la comodità della geometria anatomica e la versatilità della connessione EXACONE 360°. L'altezza della spalla preformata è stata ridotta al massimo, mantenendo, nelle versioni angolate, la porzione vestibolare, quella a maggiore valenza estetica, più bassa rispetto a quella linguale. I monconi anatomici EXACONE 360° spalla zero sono disponibili nella piattaforma protesica Standard solo per impianti Ø3,3 e Ø3,75 mm (diametro di connessione verde) e per impianti Ø4,1, Ø4,5 mm e EXACONE 6.5 (diametro di connessione giallo).


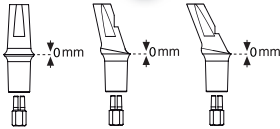
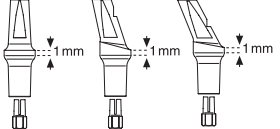
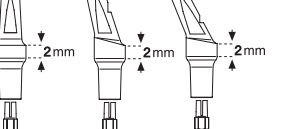
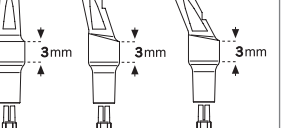
Fabbricati in titanio grado medicale 5, si fissano agli impianti tramite la connessione EXACONE 360°.

Confezioni composte da: 1 moncone ed 1 esagono

**NEW**

				
per impianto	Ø 3,3 - 3,75			
altezza minima spalla	0 mm	1 mm	2 mm	3 mm
<b>DIRITTI</b>	<b>129-3300-03</b>	<b>129-3301-00</b>	<b>129-3302-00</b>	<b>129-3303-00</b>
<b>ANGOLATI 15°</b>	<b>129-3300-01</b>	<b>129-3301-01</b>	<b>129-3302-01</b>	<b>129-3303-01</b>
<b>ANGOLATI 25°</b>	<b>129-3300-02</b>	<b>129-3301-02</b>	<b>129-3302-02</b>	<b>129-3303-02</b>

**NEW**


				
per impianto	Ø 4,1 - 4,5 - EXACONE 6.5			
altezza minima spalla	0 mm	1 mm	2 mm	3 mm
<b>DIRITTI</b>	<b>129-4100-03</b>	<b>129-4101-00</b>	<b>129-4102-00</b>	<b>129-4103-00</b>
<b>ANGOLATI 15°</b>	<b>129-4100-01</b>	<b>129-4101-01</b>	<b>129-4102-01</b>	<b>129-4103-01</b>
<b>ANGOLATI 25°</b>	<b>129-4100-02</b>	<b>129-4101-02</b>	<b>129-4102-02</b>	<b>129-4103-02</b>

## FRESA A LANCIA

Indicata, come alternativa alla fresa a pallina, per creare sulla cresta ossea l'invito per le frese successive. Particolarmente adatta in caso di creste affilate e sottili.

Fabbricata in acciaio inossidabile.

Confezione da 1 pezzo

	
per impianto	
Ø	max 1,9 mm
lunghezza	30 mm
	<b>151-1930-02</b>



# monconi anatomici EXACONE

PER FACILITARE  
LA FINALIZZAZIONE PROTESICA  
IN LABORATORIO E IN STUDIO

360°



**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 interna-  
zionale, risiede nella realizzazione  
dell'**esagono apicale  
staccato dal resto  
del moncone:**

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



Ortodonzia e Implantologia

[www.leone.it](http://www.leone.it)

*L'efficienza  
della semplicità!*

# Affollamento dentale: implantoprotesi vs ortodonzia

Dott. Fabrizio Dell’Innocenti  
Libero professionista a Ponsacco (PI)

## Parole chiave

affollamento, post-estrattivo immediato, connessione con Morse, Platform Switching, biomateriale, sostituto osseo sintetico, membrana riassorbibile

In questo Case Report descriviamo un affollamento dentale gestito con soluzione implantoprotetica contro la più classica e condivisibile soluzione ortodontica. Per motivi di tempo e per la mancata accettazione di un apparecchio ortodontico fisso, oggi sempre di più il paziente chiede soluzioni rapide e circoscritte al sito interessato.

Paziente di sesso maschile di anni 45 in buone condizioni di salute generale presenta una condizione di affollamento in sede 4.1 / 4.2 con compromissione parodontale superficiale e profonda dei siti suddetti (Fig. 1).

Procediamo all'estrazione degli elementi dentari 4.1 e 4.2 da cui residua un'importante deiscenza dei tessuti molli linguali. Notiamo inoltre come le estrazioni evidenzino uno spazio interdentale residuo anomalo con ampiezza al terzo incisale minore rispetto alla stessa al terzo cervicale. I suddetti due particolari rappresentano i punti focali di questo trattamento (Fig. 2).

Liberiamo un lembo linguale e un lembo vestibolare "a scorrimento" che ci permetterà di coprire tutto il letto operatorio. La visione incisale ci permette di identificare l'alveolo dentale dell'elemento 4.1 completamente conservato e collocato mesialmente adiacente all'elemento 3.1. Diversamente il sito alveolare dell'elemento 4.2 risulta mancante della parete linguale e dislocato linguo-distalmente al precedente (Fig. 3).

Decidiamo di utilizzare l'alveolo dell'elemento 4.1 modificandolo in fase di perforazione, questo comporta un'inclinazione di perforazione ad emergenza distale. Utilizzando un impianto Leone cilindrico trasformiamo la cavità alveolare residua da troncoconica a cilindrica. Quanto sopra ci permette di recuperare stabilità primaria al terzo medio e apicale (Fig. 4).

Per la fase ricostruttiva utilizziamo i biomateriali della linea Biomimetic Line. Allettiamo l'impianto nell'alveolo implantare precedentemente costruito chiudendo con un tappo basso con connessione conica standard h 1,5 mm. L'uso del tappo basso anziché del tappo di chiusura determina una geometria di guarigione "Platform Switching" del tratto transmucoso già in fase intraoperatoria.

Riempiamo gli spazi vuoti perimplantari con il sostituto osseo sintetico MBCP<sup>+</sup> utilizzando la granulometria da 0,5 - 1 mm intorno all'impianto e da 1 - 2 mm per riempire il sito alveolare linguodistale dell'elemento 4.2. Le caratteristiche elettive di questi granuli sono la bioattività e la completa sostituzione con osso vitale. Dopo aver posizionato i granuli copriamo il letto chirurgico con la membrana EZ Cure in collagene di origine suina che rimarrà attiva per circa quattro mesi. I valori aggiunti di questa membrana sono la grande adattabilità tridimensionale, la perfetta aderenza all'osso e la microporosità che garantisce la diffusione dei fluidi nutritivi (Fig. 5).

L'intervento si completa con una sutura attenta che possa garantire la chiusura stabile del campo operatorio (Fig. 6).

Vediamo poi la condizione di salute dei tessuti molli nel momento in cui togliamo i punti di sutura (Fig. 7).

Trascorsi tre mesi dall'intervento pratichiamo una piccola incisione sul tessuto crestale, intercettiamo e sostituiamo il tappo basso con un tappo di guarigione di h 7 mm. Su questo tappo ribasiamo e modelliamo un provvisorio preformato che possa calare nella zona interdentale incisale e che aumenti di volume nella zona cervicale in modo da riempire adeguatamente lo spazio papillare (Fig. 8).

Dopo ancora un mese verificiamo la salute e la geometria "Platform Switching" del tratto transmucoso che incrementa il tessuto molle connettivo in altezza e in volume sigillando e proteggendo l'osso marginale (Fig. 9).

Ultimo passaggio: la corona ceramica definitiva.

L'immagine del moncone svela l'esclusiva connessione Leone che assicura l'assenza di micromovimenti e infiltrazioni migliorando la salute dei tessuti molli. Nel caso specifico necessitava una volumetria particolare della corona ceramica definitiva riassumibile nei seguenti punti:

- a) uno scavo distale e linguale che permettesse la discesa;
- b) una posizione coronale vestibolare avanzata in leggera sovrapposizione all'elemento 4.3;
- c) un terzo gengivale "a goccia" che chiudesse il grande spazio vuoto papillare distale;
- d) una caratterizzazione cromatica dell'abbozzo radicolare che copiasse lo stesso a livello dei denti naturali (Fig. 10).

Il Case Report si completa con la raccolta della radiologia iniziale, dell'intervento, della sostituzione del tappo di guarigione, della fine cura a 5 mesi (Fig. 11); si chiude infine con l'accostamento delle immagini del caso iniziale e finale (Fig. 12).



Fig. 1





Fig. 2

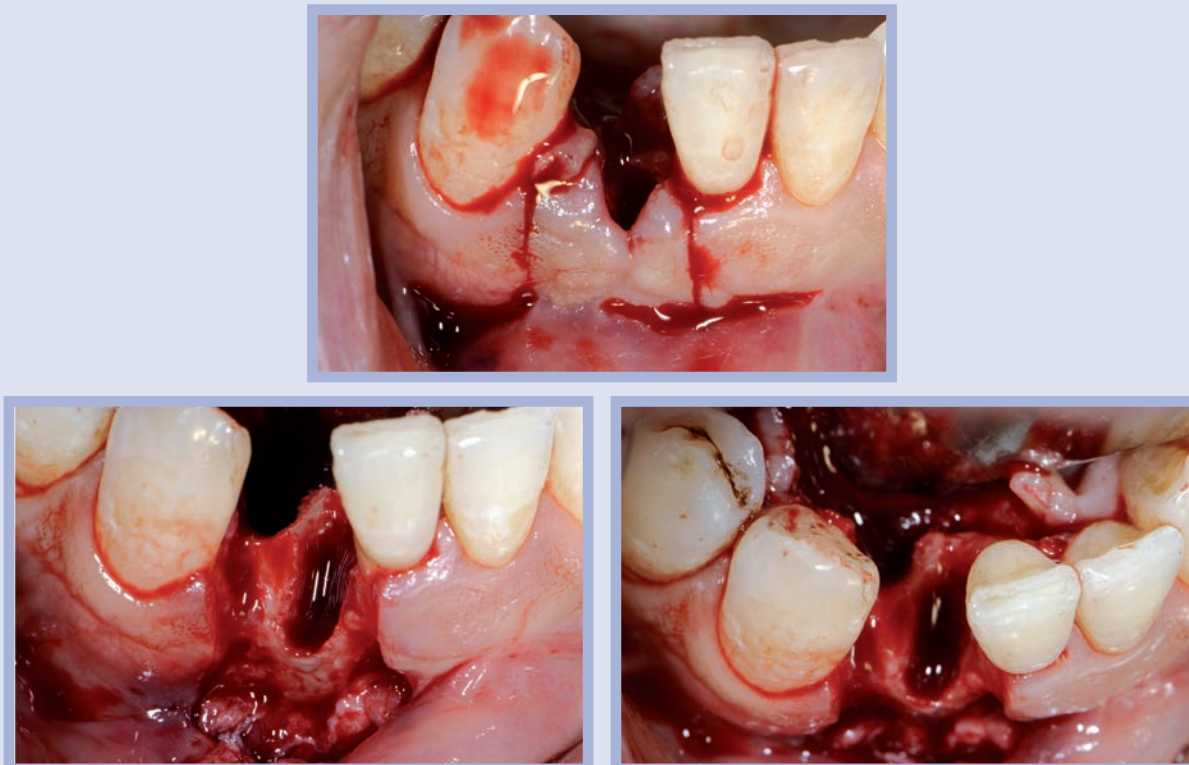


Fig. 3



Fig. 4

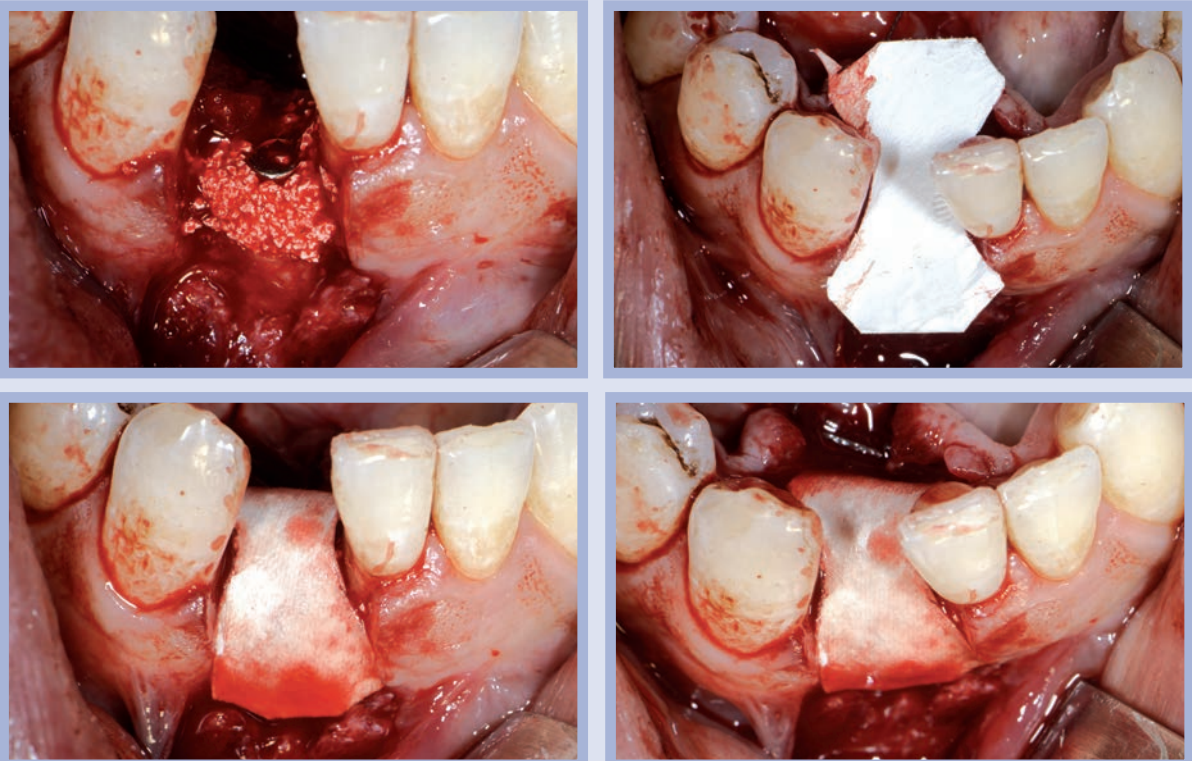


Fig. 5





Fig. 6



Fig. 7





Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10

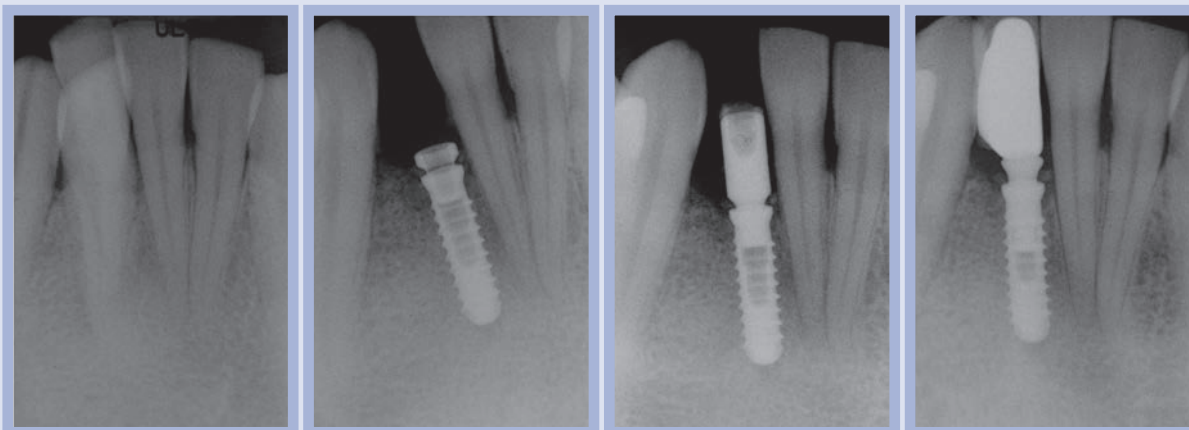


Fig. 11



Fig. 12

Realizzazioni protesiche

Laboratorio "SP LaborDental" di Stolfi, Parolo e Meloni - Ospedaletto (PI)

**follow-up  
a 10 anni**

## AGGIORNAMENTO PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE 2014 sul Sistema Implantare **EXACONE**

- **SURVIVAL AND COMPLICATION RATES OF FIXED RESTORATIONS SUPPORTED BY LOCKING-TAPER IMPLANTS: A PROSPECTIVE STUDY WITH 1 TO 10 YEARS OF FOLLOW-UP**  
Mangano F, Macchi A, Caprioglio A, Sammons RL, Piattelli A, Mangano C  
*J Prosthodont* 2014; [Epub ahead of print]
- **SHORT (8-mm) LOCKING-TAPER IMPLANTS SUPPORTING SINGLE CROWNS IN POSTERIOR REGION: A PROSPECTIVE CLINICAL STUDY WITH 1-TO 10-YEARS OF FOLLOW-UP**  
Mangano FG, Shibli JA, Sammons RL, Iaculli F, Piattelli A, Mangano C  
*Clin Oral Impl Res* 2014;[Epub ahead of print]
- **CLINICAL OUTCOME OF NARROW-DIAMETER (3.3-MM) LOCKING-TAPER IMPLANTS: A PROSPECTIVE STUDY WITH 1 TO 10 YEARS OF FOLLOW-UP**  
Mangano F, Shibli JA, Sammons RL, Veronesi G, Piattelli A, Mangano C  
*Int J Oral Maxillofac Implants* 2014;29(2):448-455
- **ESTHETIC EVALUATION OF IMPLANTS PLACED AFTER ORTHODONTIC TREATMENT IN PATIENTS WITH CONGENITALLY MISSING LATERAL INCISORS**  
Mangano C, Levrini L, Mangano A, Mangano F, Macchi A, Caprioglio A  
*J Esthet Restor Dent* 2014;26(1):61-71
- **DIMENSIONAL AND MICROBIOLOGICAL IN VITRO ANALYSIS OF A DENTAL IMPLANT LOCKING TAPER CONNECTION**  
Giorgini G, Santangelo R, Bedini R, Pecci R, Manicone PF, Raffaelli L, Sanguinetti M, D'Addona A  
*J Biol Regul Homeost Agents* 2013;27(4):1077-88
- **LA TERAPIA IMPLANTARE NEI PAZIENTI IN TRATTAMENTO CON BIFOSFONATI AD USO ORALE**  
Guerra M, Cipressa A, Russomanno M, Belcastro S, Lolli F M  
*Doctor OS* 2013;XXIV(7):631-636

L'elenco completo è consultabile nel nostro sito [www.leone.it](http://www.leone.it) sezione SERVIZI





# prodotti per la rigenerazione tissutale



Prodotto da



Distribuito in esclusiva da




ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA



MICROPOROUS  
BIPHASIC  
CALCIUM  
PHOSPHATE



## SOSTITUTO OSSEO SINTETICO MBCP™ Putty

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



MICRO-MACROPOROUS  
BIPHASIC  
CALCIUM  
PHOSPHATE



## SOSTITUTO OSSEO SINTETICO MBCP+™


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



TECNOLOGIA CROSS-LINKING  
RIASSORBIMENTO CONTROLLATO  
BI-SIDE  
MICROPOROSA



## MEMBRANA RIASSORBIBILE NATURALE EZ CURE™

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

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

\*Tutti i prezzi indicati sono da intendersi IVA esclusa

# Gli impianti zigomatici nella terapia delle gravi atrofie dei mascellari

Dott. Andrea Tedesco

Specialista in Chirurgia Odontostomatologica

Responsabile dell'U.O. Trattamento delle gravi atrofie mascellari con impianti zigomatici dell'Istituto Stomatologico Toscano diretto dal Prof. Ugo Covani presso l'Ospedale della Versilia

## Parole chiave

atrofia ossea, edentulia totale, carico immediato, replica anatomica

L'allungamento dell'età media e la richiesta sempre maggiore di un miglioramento della qualità della vita da un punto di vista sia estetico che funzionale, ha fatto sì che le tecniche odontoiatriche fossero sempre più vicine alle necessità dei pazienti.

Spesso nei soggetti edentuli con marcata atrofia mascellare, la protesi mobile rappresenta un vero problema per la ridotta stabilità e per il disagio che essa comporta.

In questi casi l'inserimento implantare è possibile solo dopo aver effettuato importanti interventi di chirurgia ricostruttiva, spesso con prelievi ossei da sedi extraorali, quali la cresta iliaca o la calvaria.

Gli impianti zigomatici in questi casi rappresentano una valida alternativa alla chirurgia additiva, in quanto, sfruttando l'osso disponibile nella regione zigomatica, si ancorano direttamente ad esso evitando tutte quelle procedure precedentemente descritte, riducendo i tempi di attesa per la possibilità di effettuare il carico immediato, eliminando i notevoli disagi per i numerosi interventi e, infine, riducendo sensibilmente i costi.

Le tecniche chirurgiche per l'inserimento degli impianti zigomatici sono essenzialmente due: una tecnica intrasinusale ed una extrasinusale a seconda se l'impianto dalla cresta alveolare passi o meno attraverso il seno mascellare per poi ancorarsi all'osso malare.

Un enorme ausilio in questo tipo di chirurgia è la realizzazione di un modello stereolitografico, in quanto riproducendo fedelmente l'anatomia ossea del caso, permette di valutare con esattezza dimensioni e posizione degli impianti, potendo addirittura realizzare un intervento chirurgico virtuale prima dell'intervento stesso vero e proprio.

In questo caso abbiamo utilizzato un modello stereolitografico trasparente in modo da poter evidenziare anche le cavità dei seni mascellari rappresentati in resina bianca.

Il caso descrive un paziente di sesso maschile di anni 68, in buono stato di salute, portatore di protesi totale mobile, con una marcata atrofia del mascellare superiore dovuta anche a fallimenti di precedenti interventi chirurgici.

Per questo motivo gli è stata proposta la soluzione con impianti zigomatici per evitare nuovi interventi di chirurgia rigenerativa.

Dopo una OPT iniziale (Fig. 1) si eseguiva una TC Cone Beam per valutare il caso nei dettagli (Fig. 2). Dalla TC si realizzava un modello stereolitografico per poter misurare e pianificare al meglio l'intervento (Figg. 3, 4).

Il modello è stato realizzato nel reparto Digital Service dalla società Leone di Firenze con una tecnica particolare che permette di evidenziare strutture anatomiche quali nel nostro caso le cavità dei seni mascellari (Fig. 5).

Da notare la lesione iatrogena dei precedenti interventi chirurgici a livello della parete vestibolare del seno mascellare di sinistra (Fig. 6).



Sul modello stereolitografico è possibile anche definire gli strumenti idonei per l'intervento stesso, come ad esempio scegliere il divarcatore più adatto all'anatomia del mascellare (Figg. 7, 8), o simulare l'intervento misurando il passaggio delle frese fino a decidere sulla lunghezza implantare (Figg. 9-11). L'intervento è stato realizzato in anestesia generale con intubazione naso-tracheale (Fig. 13).

È importante sottolineare che in questo paziente, per la differente anatomia del mascellare, è stata eseguita una tecnica intrasinusale nell'emiarcata sinistra ed una extrasinusale nell'emiarcata destra.

Dopo aver scollato un lembo muco-periosteale a spessore totale, si evidenziano le cavità nasali ed il nervo infraorbitario. La preparazione implantare inizia con la prima fresa rotante a pallina da 2,9 mm di diametro. Questa raggiunge l'osso malare, non lo perfora, ma crea soltanto un invito sulla corticale per le frese successive (Fig. 14).

Successivamente si utilizza una fresa dritta da 2,9 mm che a questo punto oltrepassa lo zigomo (Fig. 15). A questo punto si effettua una prima misurazione con una sonda millimetrata (Fig. 16).

Quindi si utilizza, prima una fresa dritta da 3,5 mm (Fig. 17) poi un'altra sonda di diametro simile a quello implantare (Fig. 18).

Si inserisce l'impianto inizialmente con il micromotore a bassa velocità e poi, volendo, manualmente (Figg. 19-22).

Stesse fasi per l'emiarcata destra (Figg. 23-31) solo che, come accennato precedentemente, in questa zona l'impianto zigomatico è stato posizionato con tecnica extrasinusale per la differente conformazione anatomica del mascellare (Figg. 32, 33).

Sono stati inseriti, quindi, due impianti zigomatici da 4x45 mm di lunghezza (uno per ogni emiarcata) e quattro impianti dritti standard da 3,5x11,5 mm anteriormente (Fig. 34).

Tutti gli impianti avevano un torque di inserimento di oltre 35 Ncm.

Sugli impianti sono stati inseriti dei MUA (Multi Unit Abutment) dritti su due degli impianti standard e angolati su quelli zigomatici (Fig. 35).

Dopo aver rilevato un'impronta intraoperatoria (Fig. 36), è stato possibile riadattare opportunamente la vecchia protesi mobile del paziente effettuando così un carico immediato nella stessa giornata dell'intervento chirurgico (Figg. 37-42).

Per il carico immediato sono stati utilizzati soltanto due degli impianti dritti standard.

Dopo circa sei mesi dall'intervento è stata realizzata una protesi definitiva in acrilico con una struttura interna in titanio con sistema Procera (Figg. 43-45).



Fig. 1 - OPT pre-operatoria

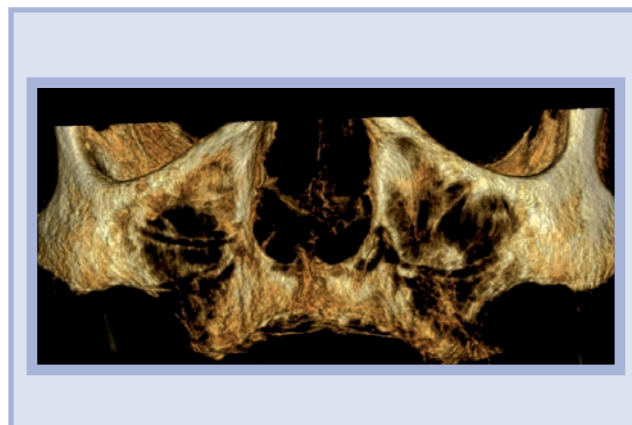


Fig. 2 - TC Cone Beam

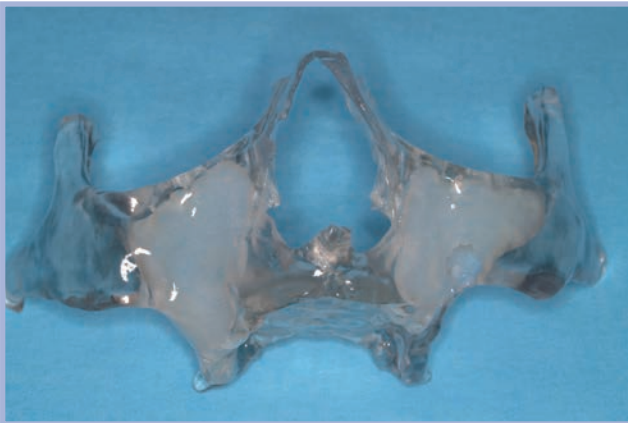


Fig. 3-5 - Modello stereolitografico realizzato da Digital Service Leone



Fig. 4



Fig. 5

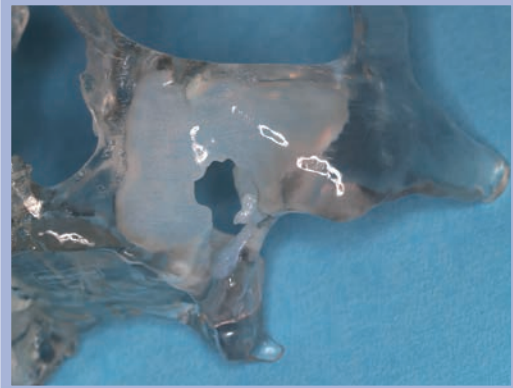


Fig. 6 - Particolare della lesione iatrogena



Fig. 7, 8 - Prova del divaricatore



Fig. 8

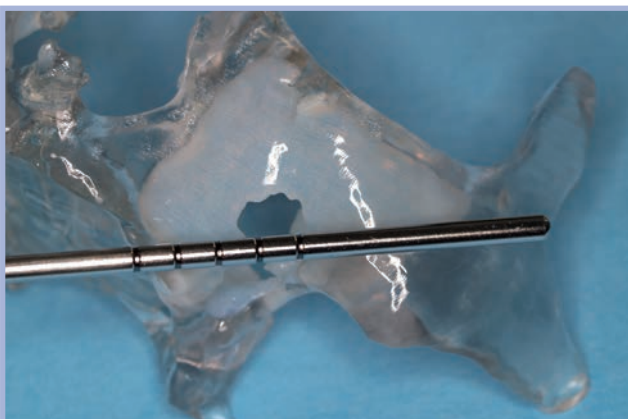


Fig. 9 - Sondaggio

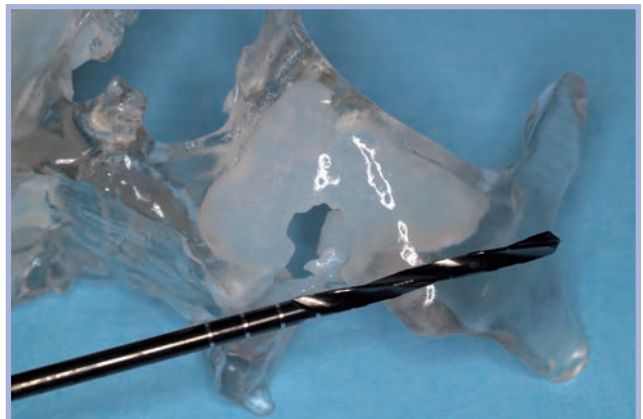


Fig. 10 - Prova della fresa da 3,5 mm





Fig. 11 - Simulazione della lunghezza implantare

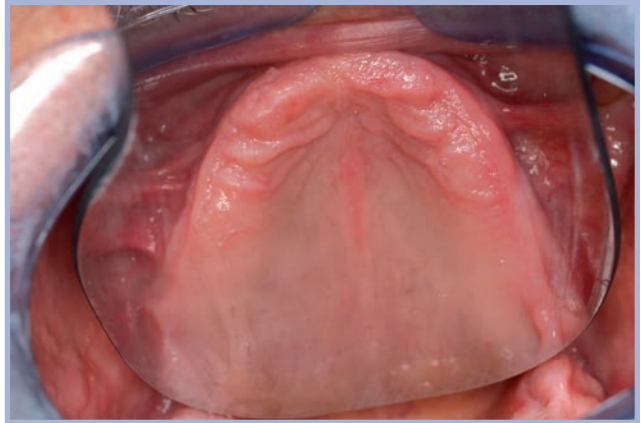


Fig. 12 - Visione intraorale

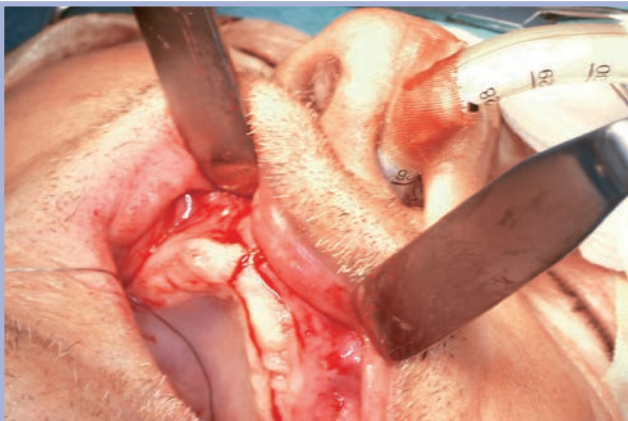


Fig. 13 - Intubazione naso-tracheale

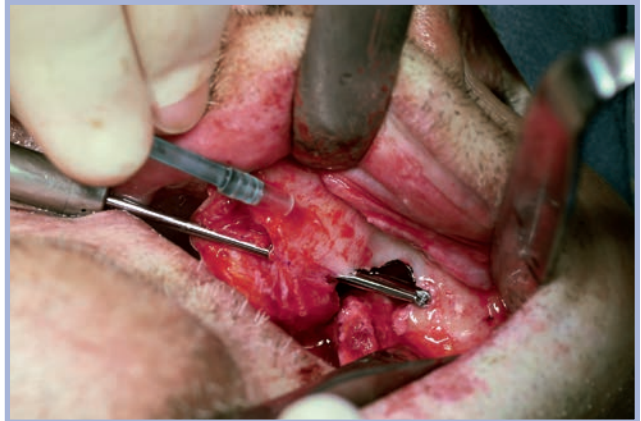


Fig. 14 - 1ª fresa a pallina da 2,9 mm

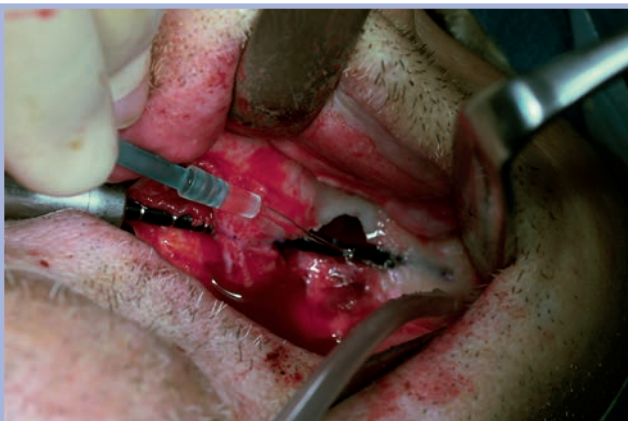


Fig. 15 - 2ª fresa dritta da 2,9 mm



Fig. 16 - 1º sondaggio



Fig. 17 - 3ª fresa dritta da 3,5 mm

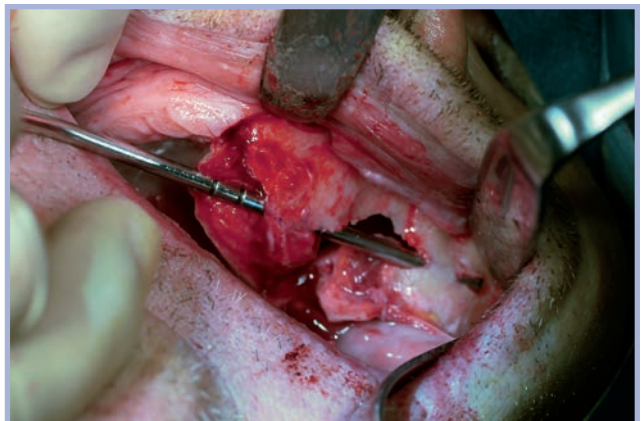


Fig. 18 - 2º sondaggio





Fig. 19-20 - Impianto zigomatico da 4x45 mm



Fig. 20

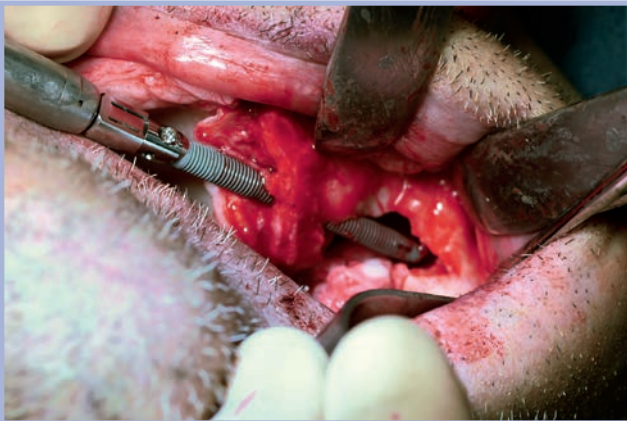


Fig. 21 - Inserimento implantare con micromotore



Fig. 22 - Impianto inserito



Fig. 23-25 - Sollevamento del lembo a spessore totale nell'emiarcata superiore destra

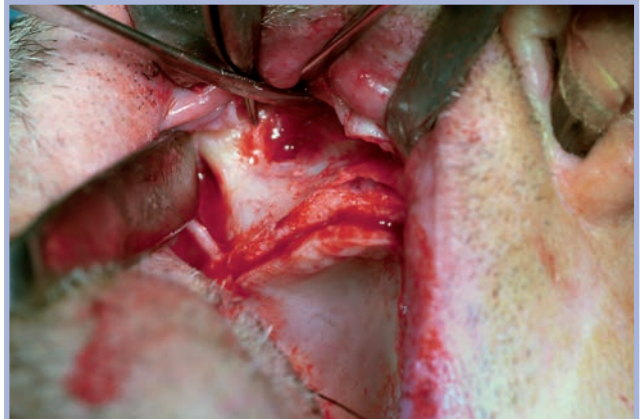


Fig. 24

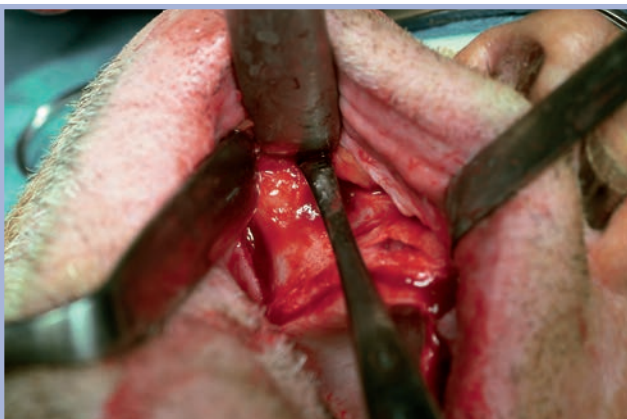


Fig. 25



Fig. 26 - 1ª fresa a pallina da 2,9 mm



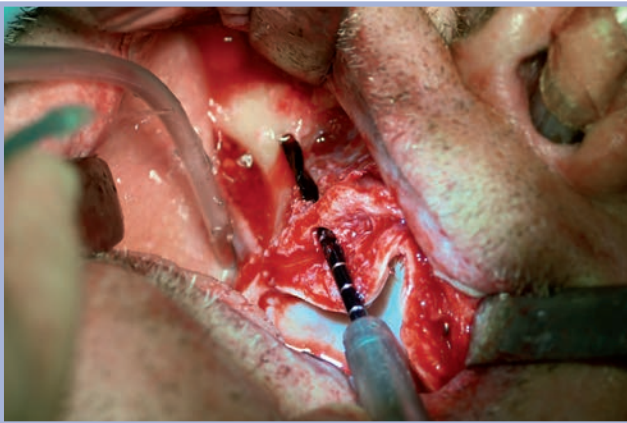


Fig. 27 - 2ª fresa dritta da 2,9 mm

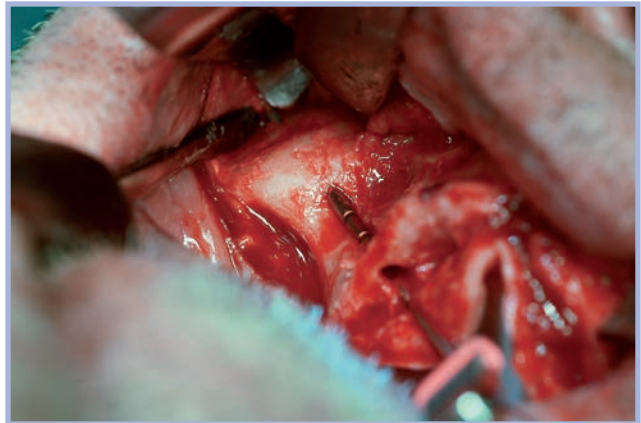


Fig. 28 - Sondaggio



Fig. 29 - 3ª fresa dritta da 3,5 mm



Fig. 30 - Disegno del letto implantare

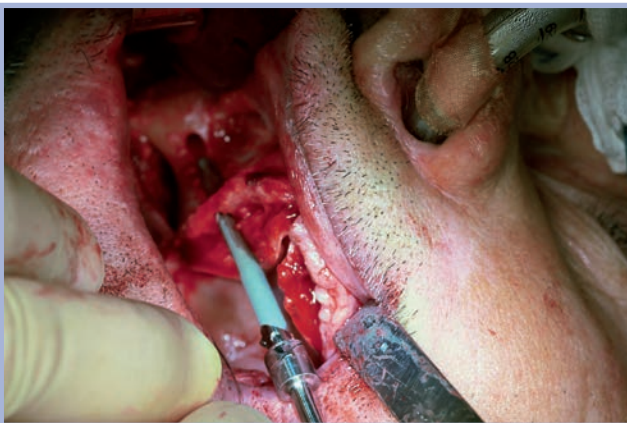


Fig. 31 - Inserimento implantare con strumento manuale



Fig. 32 - Impianto in situ



Fig. 33 - Entrambi gli impianti zigomatici inseriti

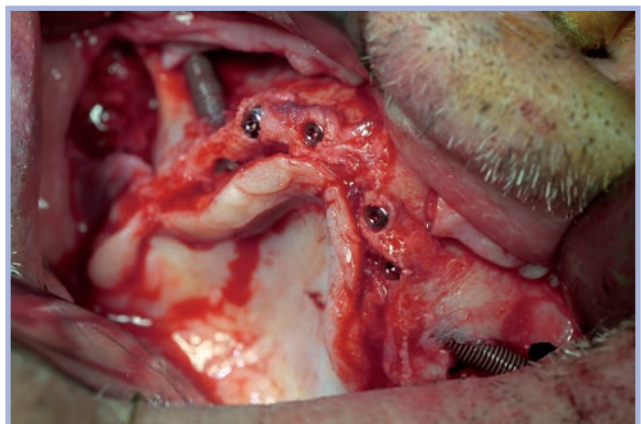


Fig. 34 - Inserimento successivo degli impianti dritti standard



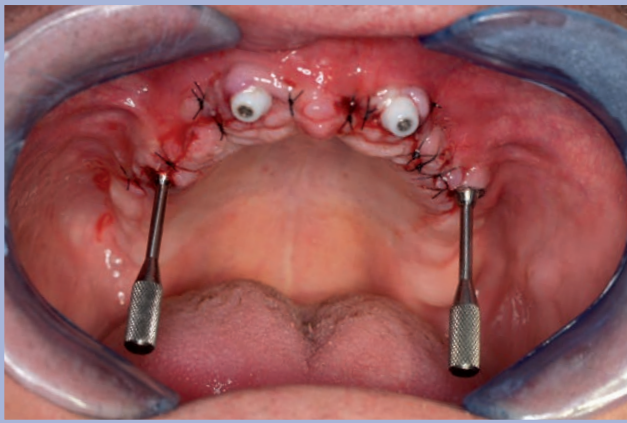


Fig. 35 - Inserimento dei MUA



Fig. 36 - Impronta intraoperatoria

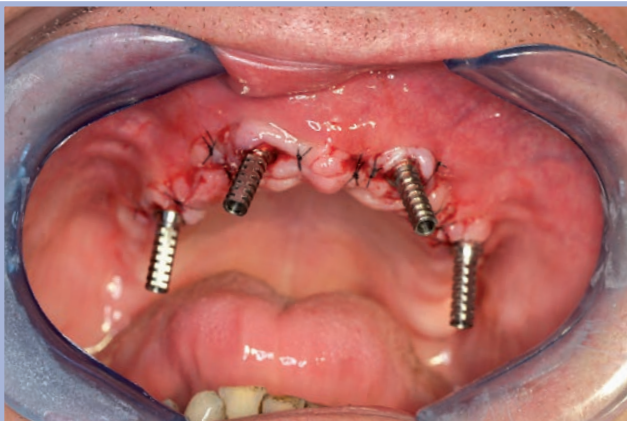


Fig. 37 - Inserimento dei monconi provvisori



Fig. 38-41 - Protesi provvisoria riadattata sui monconi



Fig. 39



Fig. 40



Fig. 41

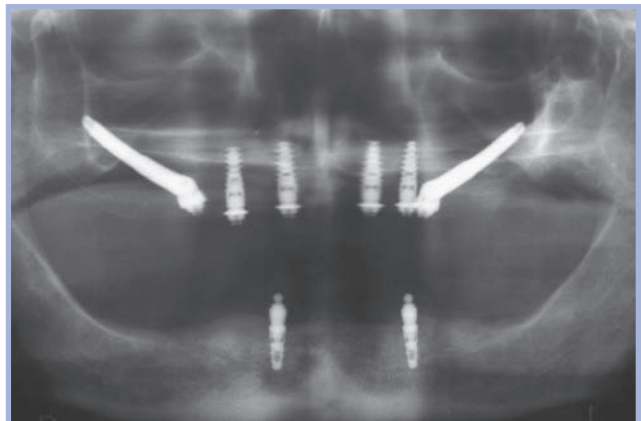


Fig. 42 - OPT post-operatoria con i MUA inseriti





Fig. 43 - Viti di guarigione a 6 mesi dall'intervento



Fig. 44 - Protesi definitiva

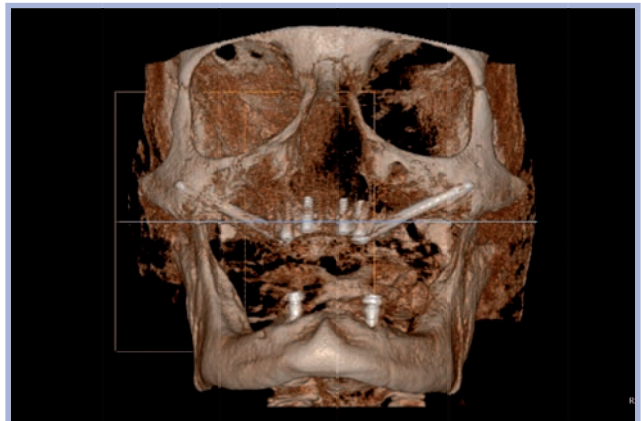


Fig. 45 - Controllo TC Cone Beam

Realizzazioni protesiche

Laboratorio odontotecnico Sig. Gianluca Zirba - Firenze

# SOLUZIONI DIGITALI IN IMPLANTOLOGIA

- Repliche anatomiche in resina bicolore
- Software per diagnosi e pianificazione terapeutica di TAC e Cone Beam
- Elaborazione di file 3D
- Modelli con impianti da laboratorio
- Strumenti dedicati per chirurgia guidata\*

**Digital Service**



\*Domanda di brevetto depositata



Per informazioni: Servizio Clienti **DIGITAL SERVICE LEONE**  
tel. 055.304439 email: [digital@leone.it](mailto:digital@leone.it) [www.leonedigitalservice.it](http://www.leonedigitalservice.it)

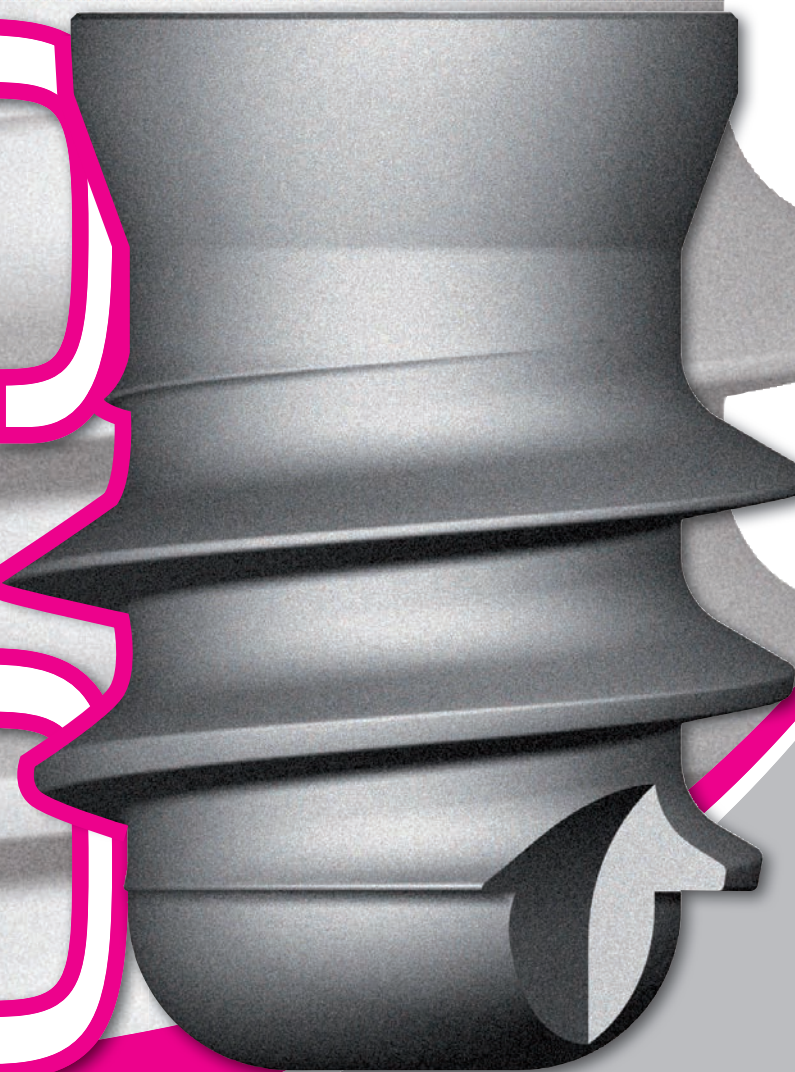


~~EX~~ACONE  
**Leone**



**IMPIANTO  
CORTO  
LEONE**

**LO  
CO**



ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA

**lunghezza ridotta a 6.5 mm**

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

# Impianto Max Stability post-estrattivo immediato, a carico immediato in un caso esteticamente difficile

Dott.ssa Maria Vittoria D'Alfonso  
Libero professionista a Bordighera (IM)

## Parole chiave

post-estrattivo immediato, impianto Max Stability, carico immediato, edentulia singola, sostituto osseo sintetico, moncone MultiTech, zirconia, cementazione extra-orale

Paziente di sesso femminile età 55 anni, non fumatrice.

La paziente si presenta con la corona ed il perno-moncone del 21 decementati. La presenza di una frattura a becco di flauto della parete vestibolare del 21 e di una lesione peri-apicale fanno propendere per un trattamento di tipo implantare.

Si confeziona un Maryland provvisorio con un filo ortodontico e del composito per permettere alla paziente di eseguire gli esami necessari (Figg. 1 e 2) e prendere la decisione finale.

Dopo 10 giorni si procede all'estrazione atraumatica utilizzando il manipolo Sonic Surgery e ad una accurata detersione dell'alveolo seguita dal posizionamento di un impianto Max Stability 4,5x12 mm posizionato lingualmente nell'alveolo (Fig. 3). Si riempie il gap vestibolare con sostituto osseo sintetico MBCP<sup>+</sup> granulometria 0,5-1 mm e membrana EZ CURE fissata con un tappo di guarigione da 7 mm. Si è provveduto quindi a ribasare con della resina la corona in ceramica esistente utilizzando il tappo di guarigione come moncone provvisorio (Fig. 4).

Il controllo eseguito dopo 4 mesi ha evidenziato un tessuto gengivale molto bello (Fig. 5) e si è quindi passati alla fase protesica.

Il caso è stato completato con un moncone ibrido titanio/zirconia ottenuto da un moncone MultiTech (Figg. 6 e 7), una corona in ceramica (in disilicato di litio), e due compositi estetici su 11 e 12 previa leggera gengivoplastica (Figg. 8 e 9).

La cementazione extra-orale ha consentito di rimuovere tutto il cemento facilmente, lasciando un tessuto gengivale perfetto. Il controllo clinico a 6 mesi (Fig. 10) evidenzia un ottimo mantenimento del risultato estetico.

Il risultato estetico notevole e il suo mantenimento nel tempo sono senz'altro merito della connessione a cono Morse e dell'"Efficienza della semplicità" del sistema implantare Leone.

## Realizzazioni protesiche

Laboratorio odontotecnico Massimiliano Amanzi - Sanremo (IM)



Fig. 1 - Radiografia peri-apicale iniziale

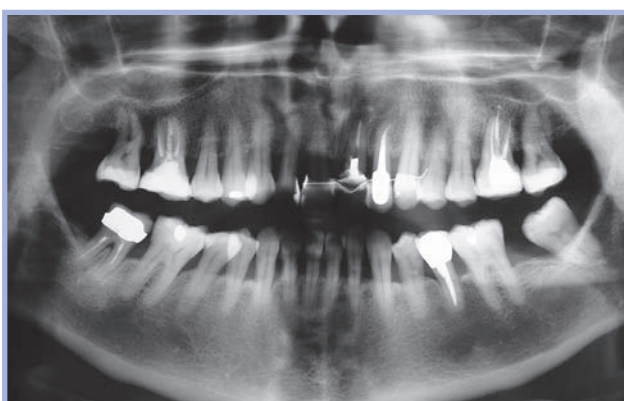


Fig. 2 - Ortopantomografia iniziale



Fig. 3 - Radiografia peri-apicale intra-operatoria





Fig. 4 - Controllo clinico a 2 mesi dall'intervento. Visione della corona in ceramica ribasata

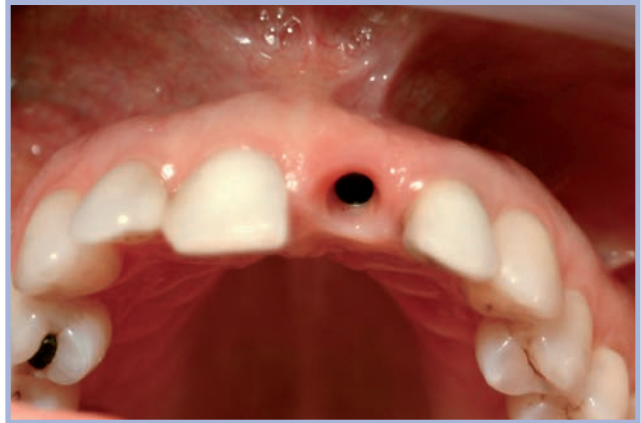


Fig. 5 - Aspetto della gengiva a 4 mesi dall'intervento



Fig. 6 - Moncone MultiTech ibrido titanio/zirconia



Fig. 7 - Prova del moncone



Fig. 8, 9 - Visione della corona in ceramica in situ



Fig. 9



Fig. 10 - Controllo clinico a 6 mesi



# EXACONE MAX STABILITY

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



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

quando serve un impianto

EXACONE MAX  
STABILITY

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



ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA





# 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](http://www.leone.it) è dedicata all'**Exacone Team** per informare in tempo reale delle varie attività

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



*Dott. Leonardo Targetti*



*Dott. Salvatore Belcastro*



*Dott. Fulvio Floridi*



*Dott. Alberto Frezzato*



*Dott. Roberto Meli*



*Dott. Mario Guerra*



*Dott. Luigi Lucchiarri*



*Dott. Marino Miccini*



*Dott. Nazario Russo*



*Dott. Giacomo Coppola*



*Dott. Renato Turrini*



*Dott. Leonardo Palazzo*



*Dott. Dario Mercuri*



*Dott. Fabrizio dell'Innocenti*



*Dott. Giancarlo Romagnuolo*



*Dott. Bruno Portelli*



*Dott. Alfonso Sinisi*



*Dott. Salvatore Dettori*





Ortodonzia e Implantologia

## Eventi culturali celebrativi



1 corso gratuito al mese  
per tutto il 2014



Evento Internazionale  
di Ortodonzia



Incontro Culturale  
per Odontoiatri

Per maggiori informazioni [www.leone.it/anniversary/](http://www.leone.it/anniversary/)