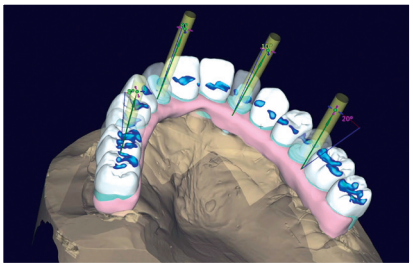
IL BOLLETTINO DEL SISTEMA IMPLANTARE LEONE

10.2026 Anno 23 n. 41

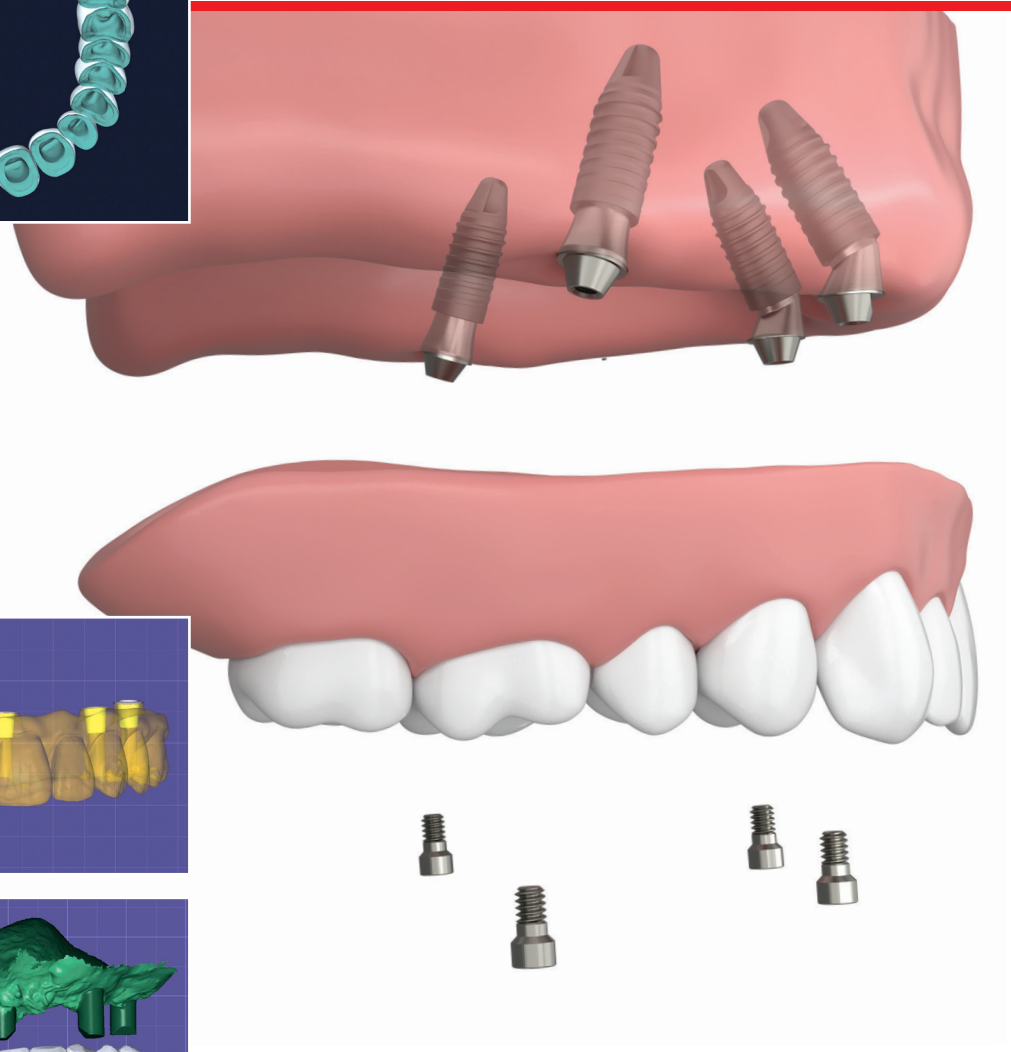
XCN® news

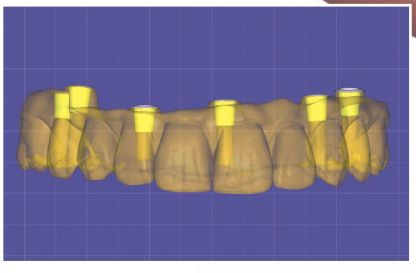


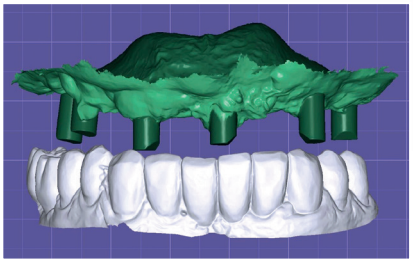


MUA Estetici

per protesi avvitata multipla







Immagini tratte dagli articoli interni

Leone®

leone.it

3.8 Tapered

Progettato per offrire massima resistenza meccanica e affidabilità, senza rinunciare alla semplicità d'impiego.



TRADITION MEETS THE *FUTURE*

A primavera, in occasione dell'Expodental Meeting a Rimini, abbiamo iniziato a distribuire l'Edizione n. 11 del nostro Catalogo di Prodotti per Implantologia.
Molti di voi hanno già avuto modo di sfogliarlo (chi non l'avesse ancora ricevuto può richiederne una copia contattandoci) e avranno visto le novità che abbiamo inserito.
Oltre all'impianto XCN® Ø 3.8, già introdotto alla fine del 2025, nel Catalogo sono presenti i nuovi monconi MUA Estetici e la serie Conic-One per protesi conometrica.
Si tratta di prodotti nati dall'ascolto delle esigenze dei professionisti che utilizzano quotidianamente i nostri sistemi e sviluppati attraverso un attento lavoro di ricerca e progettazione, con l'obiettivo di offrire soluzioni sempre più efficaci, affidabili e in linea con la pratica clinica.
Per approfondire le caratteristiche tecniche e le informazioni scientifiche di queste novità, rimando agli articoli e alle rubriche di questa pubblicazione e della precedente o vi invito a contattare il nostro reparto tecnico che potrà darvi tutte le risposte.
In queste righe mi preme invece sottolineare un aspetto: il Sistema Implantare Leone® è ancora quello con la connessione cono Morse pura.
Negli anni la nostra offerta si è ampliata: abbiamo più forme disponibili e più misure di impianti, ci sono soluzioni protesiche che soddisfano ogni richiesta clinica. Tuttavia, oggi come venticinque anni fa, la connessione tra impianto e moncone è priva di vite.
A distanza di tutto questo tempo crediamo fermamente che la nostra scelta sia stata una buona scelta.
I pazienti che hanno un nostro impianto si dimenticano di averlo. Ho fatto un "test" con più amici che negli anni si sono messi un impianto XCN®, semplicemente chiedendo loro quale fosse il dente "finto": la maggioranza non si ricorda neppure quale è il dente su impianto.
Soprattutto nelle riabilitazioni di elementi singoli, l'accoppiamento estremamente preciso tra impianto e moncone e la conseguente assenza di infiltrazioni batteriche fanno sì che l'osso si mantenga perfettamente con il passare degli anni e che la protesi sia percepita in tutto e per tutto come un dente naturale.
In fondo, quale soddisfazione può essere più grande, per un produttore di dispositivi medici, che contribuire, grazie ovviamente all'opera degli Odontoiatri e degli Odontotecnici, a migliorare in modo così concreto la qualità di vita dei pazienti?

Elena Pozzi

leone.it

MUA Estetico

Progettato per soluzioni protesiche versatili e aumentare lo spazio dei tessuti perimplantari a beneficio del risultato estetico finale.



XCN® news
10.2026 Anno 23 n. 41

S. Belcastro, A. Natali
CASO CLINICO
CARICO IMMEDIATO FULL ARCH SU MUA ESTETICI pag. 5

CORSI E GIORNATE CHIRURGICHE DI IMPLANTOLOGIA 2026 pag. 15

C. Negro
CASO CLINICO
RISOLUZIONE DI UN FALLIMENTO IMPLANTARE CON IMPIANTO XCN® TAPERED NARROW 2.9 pag. 16

F. Dell'Innocenti, M. Pisa
CASO CLINICO
RIABILITAZIONE IMPLANTOPROTESICA CON PROTESI TIPO TORONTO A CARICO IMMEDIATO CON I NUOVI MUA ESTETICI pag. 25

NOTIZIE ED EVENTI LEONE pag. 34

G. Del Pidio
CASO CLINICO
CHIRURGIA GUIDATA A CARICO IMMEDIATO CON PROTESI CONOMETRICA SU IMPIANTI IN SEDE 32 E 42 pag. 38

A. Di Nardo
CASO CLINICO
WORKFLOW FULL DIGITAL PER PROTESI CONOMETRICA TOTALE SUPERIORE A CARICO IMMEDIATO pag. 44

AGGIORNAMENTO PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE IMPLANTOLOGIA pag. 50

G. Zanotti, P. Montagna, D. De Santis, F. Gelpi
CASO CLINICO
RIABILITAZIONE BICONOMETRICA TOTALE SU CAPPETTE SECONDARIE IN PEEK pag. 51

TUTTI GLI ARTICOLI PUBBLICATI SUL BOLLETTINO DI INFORMAZIONI LEONE SONO REDATTI SOTTO LA RESPONSABILITÀ DEGLI AUTORI.
LA PUBBLICAZIONE O LA RISTAMPA DEGLI ARTICOLI DEVE ESSERE AUTORIZZATA PER ISCRITTO DALL'EDITORE.
Gli articoli esprimono le opinioni degli autori e non impegnano la responsabilità legale della società Leone. Tutti i diritti sono riservati. È vietata la riproduzione in tutto o in parte con qualunque mezzo. La società Leone non si assume alcuna responsabilità circa l'impiego dei prodotti descritti in questa pubblicazione, i quali essendo destinati ad esclusivo uso ortodontico e implantologico, devono essere utilizzati unicamente da personale specializzato e legalmente abilitato che rimarrà unico responsabile della costruzione e dell'applicazione degli apparecchi ortodontici e delle protesi realizzati in tutto o in parte con i suddetti prodotti. Tutti i prodotti Leone sono progettati e costruiti per essere utilizzati una sola volta; dopo essere stati tolti dalla bocca del paziente, devono essere smaltiti nella maniera più idonea e secondo le leggi vigenti. La società Leone non si assume alcuna responsabilità circa possibili danni, lesioni o altro causati dalla riutilizzazione dei suoi prodotti. Questa pubblicazione è inviata a seguito di vostra richiesta. Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 è vostro diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o dell'aggiornamento dei dati in nostro possesso.

Spedizione gratuita - Progetto e realizzazione: **Reparto Grafica Leone Spa** - Stampa: **ABC TIPOGRAFIA srl** Calenzano (FI) IT-01-26/**41**

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

Leone® ORTODONZIA E IMPLANTOLOGIA
Via P. a Quaracchi 50 50019 Sesto Fiorentino FIRENZE | tel. 055 30441 info@leone.it leone.it

DISPONIBILE IL MANUALE

FLUSSI DIGITALI PROTESICI PER IMPIANTI A **CONO MORSE**

ISTITUTO STUDI ODONTOIATRICI





SALVATORE
BELCASTRO
Odontoiatra
Titolare Studio
Dentistico Belcastro
Perugia



ALESSIO
NATALI
Odontoiatra
Perugia

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

Seguici su

www.leone.it



Salvatore Belcastro
Odontoiatra, Perugia



Alessio Natali
Odontoiatra, Perugia

Massimiliano Pisa
Odontotecnico, Firenze

Andrea Casavecchia
Odontotecnico, Perugia

CASO CLINICO

CARICO IMMEDIATO FULL ARCH SU MUA ESTETICI

PAROLE CHIAVE
edentulia totale superiore, post-estrattivo immediato, impianto Max Stability, carico immediato, All-on-six, protesi avvitata, moncone MUA Estetico, CAD-CAM, impronta ottica, Scan Body Inclined Plane Long, analogo digitale

Sappiamo che la sistematica XCN® Leone dispone di tutta la componentistica necessaria per realizzare riabilitazioni protesiche avvitate su impianti, sia nell'edentulia singola che parziale e totale. Quando si vogliono sostituire più elementi dentali, fino ad un'arcata completa, la sistematica prevede l'utilizzo dei monconi MUA (Multi-Unit Abutment). I MUA sono indicati in caso di ponti o full arch avvitati, overdenture su barra e tecniche di carico immediato tipo All-on-X, grazie all'emergenza tronco-conica per il fissaggio della protesi tramite connessione avvitata. Con il sistema Leone si gestisce una sola vite, poiché la connessione tra impianto e MUA avviene tramite un cono Morse autobloccante. Ciò aumenta la rapidità delle procedure, particolarmente importante in caso di carico immediato.
Da marzo 2026 sono stati introdotti in commercio dei nuovi dispositivi chiamati MUA Estetici (Fig. 1), che vanno ad affiancare i loro predecessori ed introducono varie novità significative.

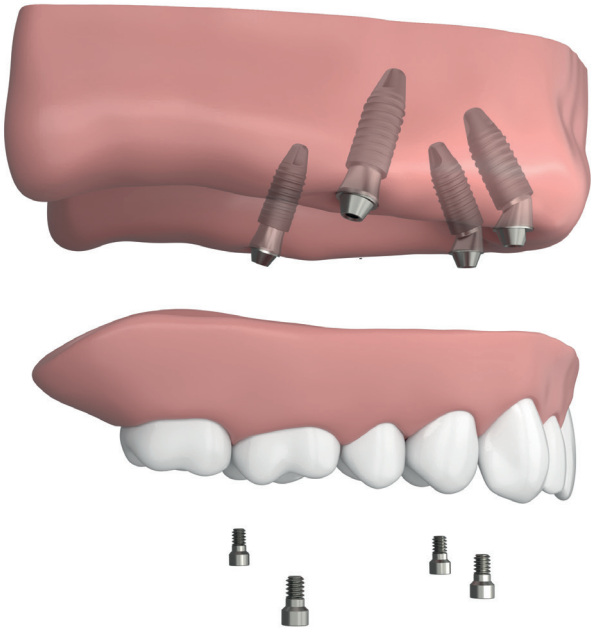


FIG. 1 - MUA Estetici

I nuovi MUA sono presenti nelle due connessioni implantari verde (2.2 mm) e gialla (3.0 mm), possono essere diritti o con due angolazioni (15° e 25°) in tre altezze transmucose (1,5-3-5 mm) (Fig. 2). Anche i MUA Estetici presentano una grande flessibilità protesica grazie alla connessione XCN® 360° (assente nei MUA diritti).



FIG. 2 - Altezze e angolazioni disponibili

Una novità sostanziale è che i MUA Estetici presentano una piattaforma protesica unica di 3,8 mm, intermedia tra le due precedenti, per entrambe le connessioni (Fig. 3): in questo modo si semplificano le procedure protesiche in studio ed in laboratorio e si riduce il volume del magazzino, poiché si utilizzano i medesimi accessori per entrambe le connessioni.
Novità fondamentale è l'arretramento della piattaforma protesica (Fig. 4): ciò consente di ottenere maggiore spazio per i tessuti molli sul versante vestibolare, maggiore estetica ed una migliore salute dei tessuti perimplantari nel tempo.

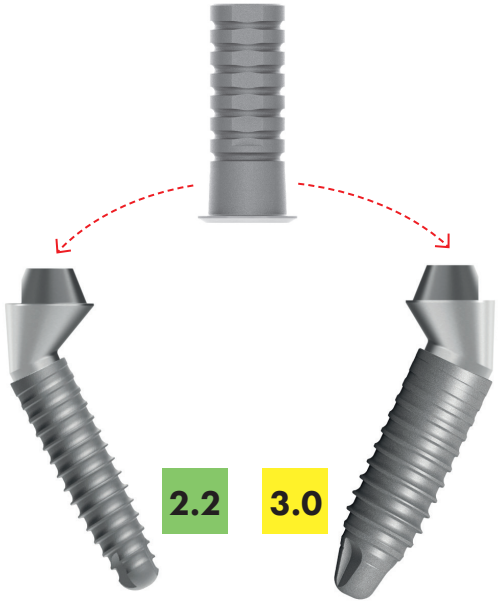


FIG. 3 - Piattaforma protesica unica

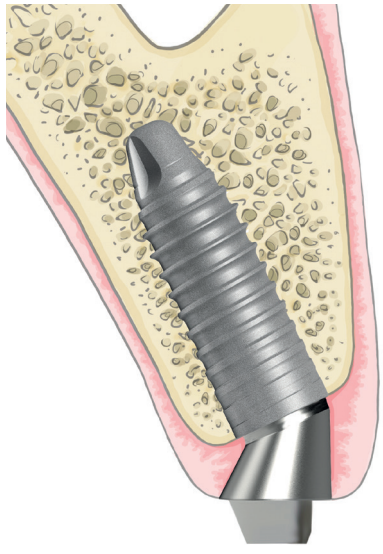


FIG. 4 - Piattaforma arretrata

I MUA Estetici angolati presentano, a differenza dei predecessori, una tacca di battuta dove appoggiare la punta piatta del percussore per attivare in modo ottimale la connessione conometrica impianto-moncone (Fig. 5).
Inoltre, il cono protesico presenta un maggiore semiangolo, pari a 22°, che permette di raggiungere una importante divergenza degli abutment per l'asse di inserzione comune della protesi avviata.
L'altezza del cono protesico è stata diminuita a 1,5 mm, ideale in caso di ridotta altezza verticale, e la piattaforma presenta una maggiore superficie di appoggio, pari a 0,3 mm, per accogliere gli accessori protesici.
Infine gli accessori protesici, cioè cilindri da incollaggio ed interfacce CAD-CAM, vengono avvitati sui MUA Estetici mediante delle viti Torx di diametro 1,6 mm, che grazie alla particolare conformazione della testa possono essere usate in canali angolati fino a 20° (Fig. 6), cosa particolarmente utile nei settori estetici del sorriso.

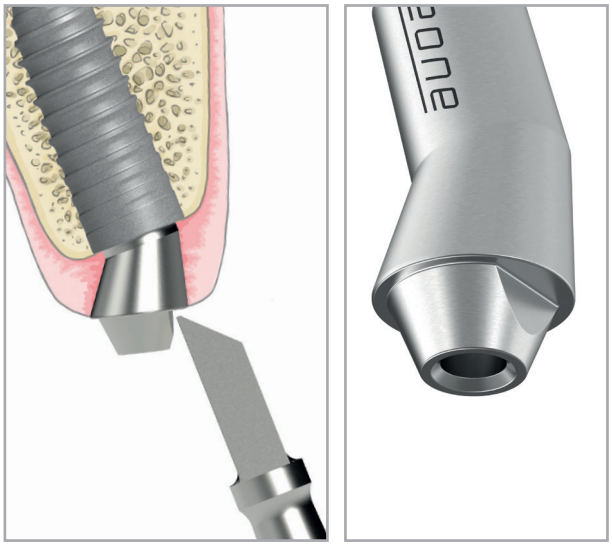


FIG. 5 - Tacca di battuta con percussore

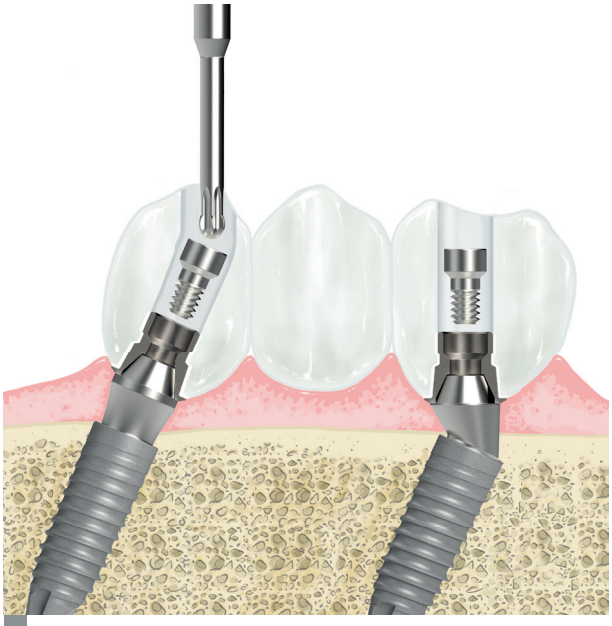


FIG. 6 - Canale angolato a 20°

Per illustrare le novità dei MUA Estetici e le procedure di utilizzo, proponiamo di seguito un caso clinico di riabilitazione full arch a carico immediato avvitata su 6 unità implantari.

Il paziente, di 64 anni, si presenta alla nostra attenzione con una dentatura terminale dell'arcata superiore e manifesta il desiderio di riabilitare in modo efficiente la funzione masticatoria e l'estetica del sorriso. Dopo aver eseguito gli esami radiografici necessari, cioè ortopanoramica (Fig. 7) e TC cone beam, ed aver studiato il caso con scansione intraorale e fotografie extraorali ed intraorali (Figg. 8a-b), proponiamo al paziente una riabilitazione completa dell'arcata superiore mediante una protesi avvitata a carico immediato, che consegneremo a distanza di 24 ore dall'inserimento degli impianti. Nel primo quadrante sono presenti due impianti XCN® Classix 4.1, posizionati circa 15 anni fa, che supportano due corone cementate; poiché i livelli ossei sono ottimali, vogliamo utilizzarli nel progetto protesico convertendoli da protesi cementata a protesi avvitata mediante i MUA Estetici.

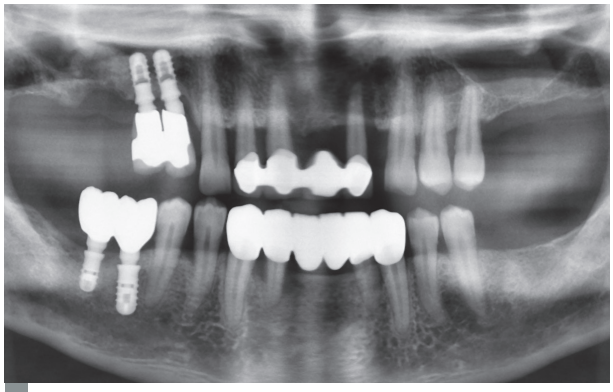


FIG. 7 - Radiografia ortopanoramica iniziale



FIGG. 8a, b - Sorriso del paziente e situazione clinica iniziale



FIG. 8b

Nel software radiologico progettiamo virtualmente l'inserimento di 4 impianti Max Stability 4,5x12 mm nelle posizioni 1.2-2.1-2.3-2.5 (Fig. 9). Su di essi e sui due impianti preesistenti andremo poi a posizionare 6 MUA Estetici, delle angolazioni ed altezze adeguate, per rilevare la scansione intraorale Abutment Level mediante gli Scan Body dedicati.

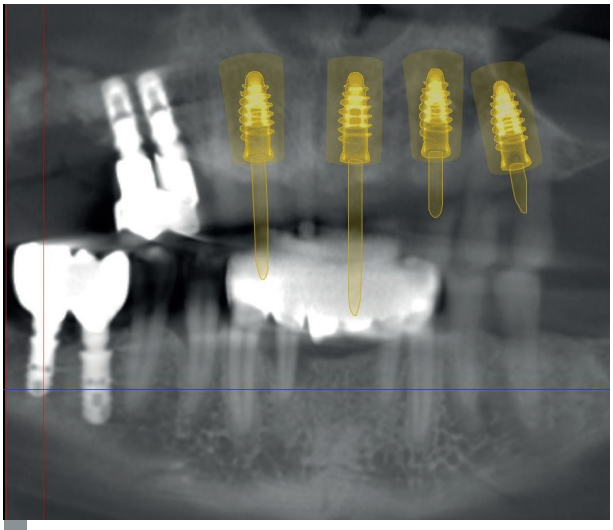


FIG. 9 - Pianificazione implantare dell'arcata superiore nel software radiologico

Il giorno dell'intervento, dopo anestesia locale, procediamo all'estrazione degli elementi dentali residui nell'arcata superiore ed alla preparazione dei siti implantari, prestando attenzione a mantenere con le frese una quota di sotto-preparazione tale da garantire una stabilità primaria adeguata al carico immediato. Inseriti gli impianti e verificate le loro quote verticali, procediamo al posizionamento su di essi dei MUA Estetici aiutandoci con le viti polifunzionali premontate. La scelta dei MUA corretti, per angolazione ed altezza transmucosa, viene agevolata dall'uso degli Abutment Gauge (Fig. 10): li orientiamo seguendo l'emergenza ideale dei canali delle viti, che dovrebbe cadere sul cingolo di incisivi e canini e sulla fossa occlusale di premolari e molari, e li stabilizziamo poi con una leggera pressione. Dagli impianti preesistenti in zona 1.4-1.5 rimuoviamo le corone ed i monconi disattivando la conometria con la pinza dedicata e posizionando MUA Estetici anche su di essi (Figg. 11a-b). Verifichiamo di nuovo emergenze ed altezze transmucose dei MUA e, ritenute queste in accordo con il progetto protesico, procediamo alla rimozione delle viti polifunzionali (Fig. 12) ed all'attivazione della connessione conometrica mediante percussore con punta piatta in titanio che viene poggiata sulla tacca dedicata di ciascun MUA angolato (Fig. 13).

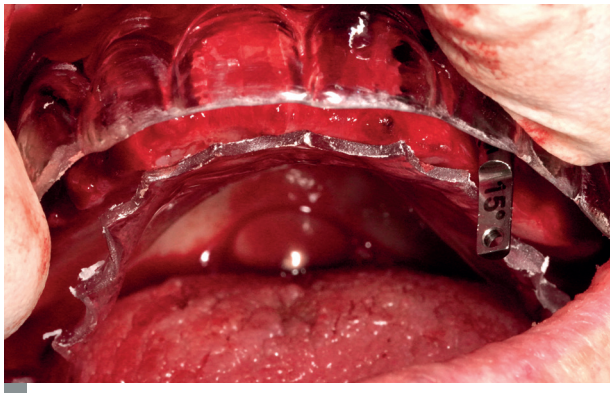
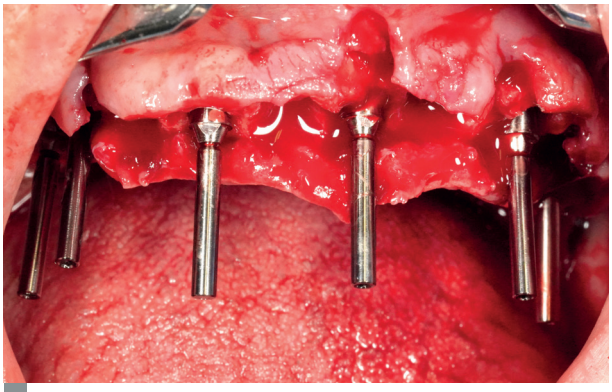


FIG. 10 - Utilizzo degli Abutment Gauge e di una mascherina analogica, derivante dal modellato protesico pieno, per la scelta di angolazione ed altezza adeguate dei MUA Estetici



FIGG. 11a, b - MUA Estetici posizionati con le viti polifunzionali sui 6 impianti

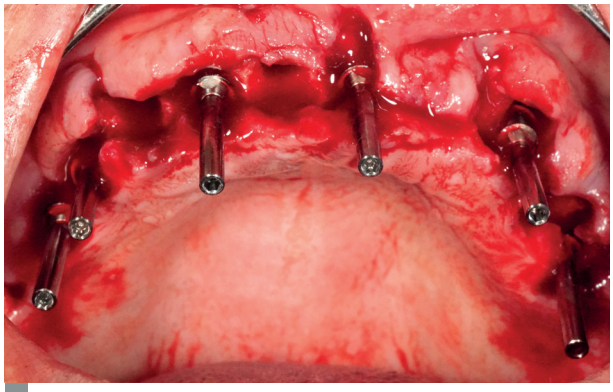


FIG. 11b

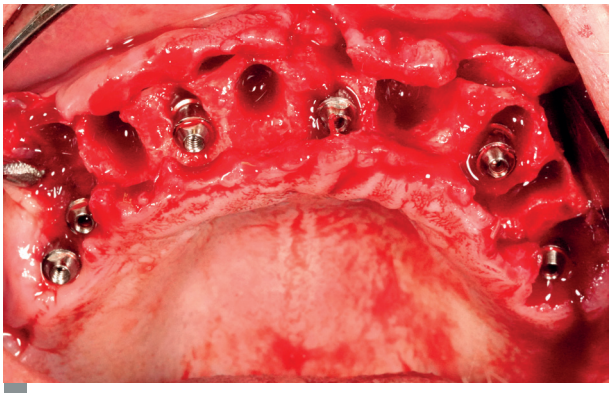


FIG. 12 - Posizionamento dei MUA Estetici ultimato e viti polifunzionali rimosse

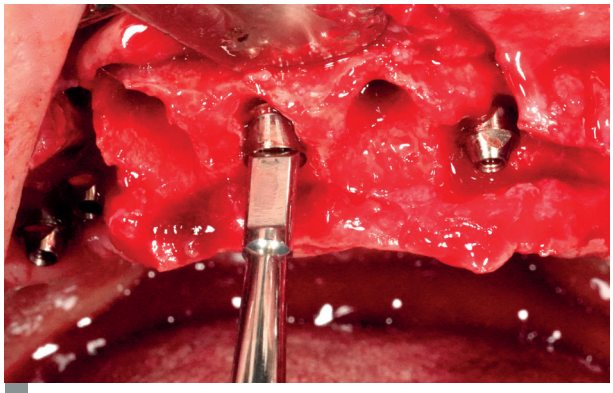


FIG. 13 - Attivazione della conometria mediante percussore con punta piatta sulla tacca dedicata del MUA angolato

Poiché il torque di inserimento supera i 30 Ncm per tutti gli impianti, decidiamo di procedere al carico degli stessi. Avvitiamo sulla piattaforma dei MUA Estetici gli Scan Body lunghi in titanio (Fig. 14), assicurandoci di arrivare a fine corsa nell'avvitamento, e suturiamo poi i lembi chirurgici così da agevolare la scansione dei tessuti molli perimplantari (Fig. 15). Procediamo con la scansione intraorale di entrambe le arcate, mentre per il rapporto inter-arcata ci basiamo sulle informazioni derivanti dalla scansione e dalle fotografie pre-estrattive. Infine rimuoviamo gli Scan Body dai MUA ed avvitiamo su di essi le viti di guarigione dedicate.

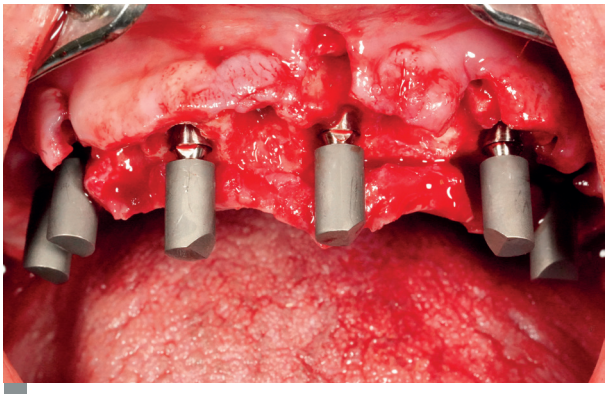


FIG. 14 - Scan Body lunghi in titanio avvitati sui MUA Estetici

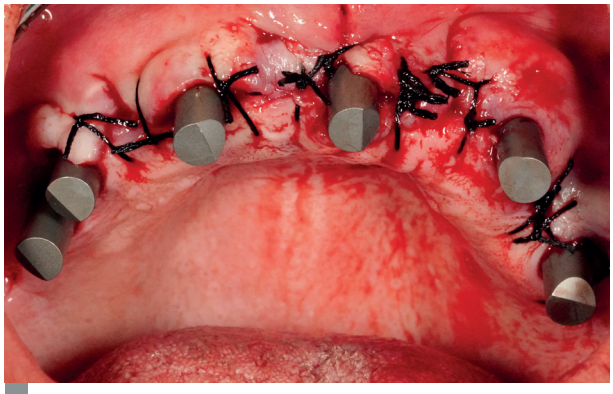
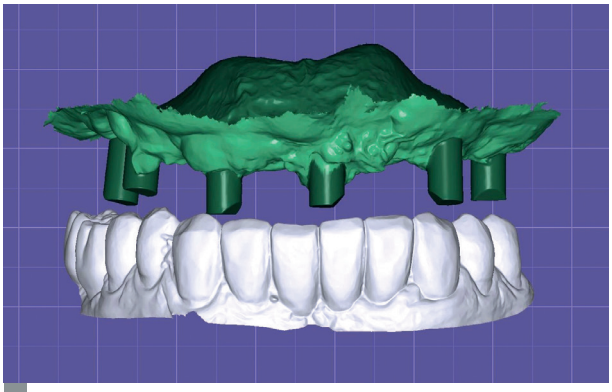


FIG. 15 - Arcata superiore con suture pronta per la scansione intraorale

Inviamo i file derivanti dalla scansione al laboratorio odontotecnico, che inizia subito a lavorare alla progettazione CAD della protesi full arch (Figg. 16a-d), che viene realizzata mediante stampa 3D in PMMA e finalizzazione della parte mucosa con composito rosa. Vengono poi inserite negli alloggiamenti della protesi ed incollate 6 interfacce CAD-CAM per MUA Estetici.



FIGG. 16a-d - Progettazione CAD della protesi full arch sui 6 impianti (software Exocad®)

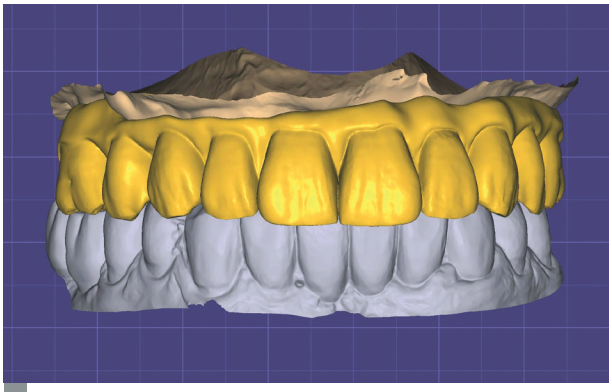


FIG. 16b

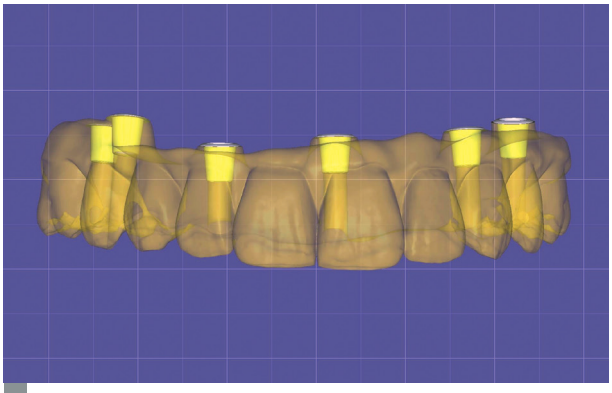


FIG. 16c

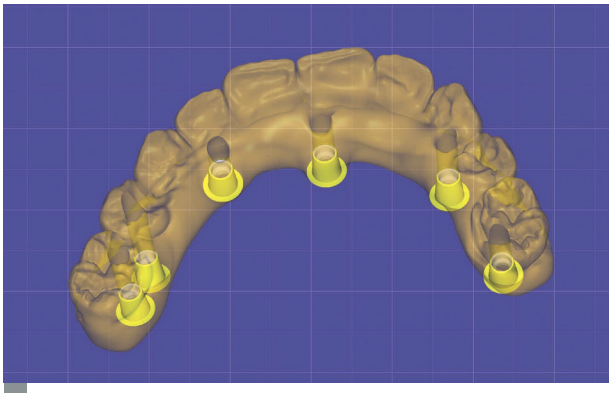


FIG. 16d

Il giorno successivo, a meno di 24 ore dalla chirurgia, tutto è pronto per la consegna (Figg. 17a-c). Svitiamo le viti di guarigione e facciamo calzare la protesi sui MUA, verificando che non ci siano compressioni eccessive sui tessuti molli e lasciandola in passivazione mucosa per qualche minuto prima di completare l'avvitamento delle viti protesiche. A passivazione avvenuta, completiamo il serraggio delle viti ed eseguiamo una radiografia ortopanoramica per avere conferma del corretto accoppiamento di tutte le interfacce sui rispettivi MUA Estetici (Fig. 18).



FIGG. 17a-c - Protesi full arch in PMMA composito con interfacce CAD-CAM pronta per la consegna



FIG. 17b



FIG. 17c

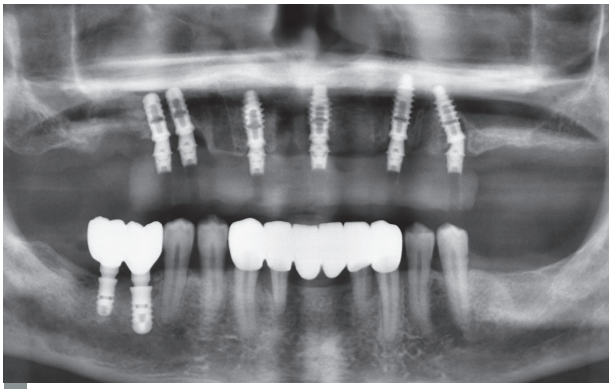


FIG. 18 - Radiografia ortopanoramica eseguita per verificare il corretto accoppiamento delle interfacce CAD-CAM sui MUA

Verificato che sia tutto come previsto, chiudiamo i canali delle viti con teflon e composito flow ed ultimiamo la consegna con i controlli occlusali in massima intercuspidazione, lateralità e protrusiva.
Il paziente può ora apprezzare la sua arcata superiore riabilitata funzionalmente (Fig. 19) ed il suo sorriso (Fig. 20).



FIG. 19 - Protesi full arch a carico immediato appena consegnata



FIG. 20 - Sorriso del paziente a 24 ore di distanza dalla chirurgia

CONCLUSIONI

L'utilizzo dei nuovi MUA Estetici nel flusso della protesi full arch a carico immediato ha contribuito alla realizzazione del nostro progetto protesico in modo agevole e senza imprevisti. Rispetto ai MUA classici abbiamo una semplificazione dal punto di vista merceologico, perché ci sono meno angolazioni da gestire ed un'unica piattaforma protesica, identica tra le due connessioni, minimizzando così il rischio di errori di comunicazione tra studio e laboratorio. Inoltre, il nuovo design dei MUA determina una emergenza meno vestibolare della piattaforma protesica, con benefici notevoli per l'estetica e la salute dei tessuti molli, e la tacca di battuta consente una attivazione certa della conometria, minimizzando il rischio di disconnessione impianto-moncone. Infine, l'utilizzo della vite Torx riduce ulteriormente la possibilità che il canale vite emerga in zone esteticamente o funzionalmente rilevanti.

REALIZZAZIONI PROTESICHE

Laboratorio Microdental di Galli e Casavecchia - Perugia



ALLEO®

SIMPLY START!

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

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

Pacchetto SIMPLY START!

~~1.880€~~

PER MAGGIORI INFORMAZIONI

Formazione

Un giorno e mezzo di formazione full immersion con il Dr. Massimiliano Ciaravolo sulla tecnica con allineatori. Cena e pernottamento la sera del primo giorno di corso inclusi.

Consulenza one-to-one

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

Assistenza

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

Prezzi riservati

I° caso ALLEO	**Gratuito**
II° caso ALLEO	**- 50%**
Per tutto il 2026	**- 20%**
Manipolo stripping Intensiv	**- 30%**

Welcome Kit

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

ALLEO Open Day

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



ISTITUTO STUDI ODONTOIATRICI

CORSI DI IMPLANTO-PROTESI 2026
PER MEDICI, ODONTOIATRI E TECNICI

GIORNATA DI CHIRURGIA LIVE E APPLICAZIONI DIGITALI PER ODONTOIATRI E PROTESI SU IMPIANTI PER ODONTOTECNICI
Relatori: Dott. L. Targetti, Dott. R. Meli, Odt. M. Pisa
19 OTTOBRE 2026

FIRENZE
ISO Istituto Studi Odontoiatrici
PER ODONTOIATRI E ODONTOTECNICI

RIABILITAZIONI FULL-ARCH: BIOLOGIA, MERCEOLOGIA E PIANIFICAZIONE. GRUPPO DI STUDIO XCN® MARCHE
Relatori: Dott. S. Belcastro, Dott. A. Natali
7 NOVEMBRE 2026

ANCONA
Studio Capponidentisti
Segr. organizzativa:
Ortho Implant Italia Srls
Cell. 338 8243111 - faronistefania@gmail.com
PER ODONTOIATRI

CORSO DI APPROFONDIMENTO CLINICO-PRATICO CON IMPIANTI A CONNESSIONE CONOMETRICA
Relatore: Dott. M. Guerra
20-21 NOVEMBRE 2026

ROMA
Studio Odontoiatrico
Dott. Mario Guerra
PER ODONTOIATRI

GIORNATA DI CHIRURGIA LIVE E APPLICAZIONI DIGITALI PER ODONTOIATRI E PROTESI SU IMPIANTI PER ODONTOTECNICI
Relatori: Dott. L. Targetti, Dott. R. Meli, Odt. M. Pisa
23 NOVEMBRE 2026

FIRENZE
ISO Istituto Studi Odontoiatrici
PER ODONTOIATRI E ODONTOTECNICI

CORSO DI APPROFONDIMENTO CLINICO-PRATICO CON IMPIANTI A CONNESSIONE CONOMETRICA
Relatori: Dott. L. Targetti
30 NOVEMBRE - 1 DICEMBRE 2026

FIRENZE
ISO Istituto Studi Odontoiatrici
PER ODONTOIATRI

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

SEGUICI SU

VISITA LA PAGINA SUL NOSTRO SITO



Cristian Negro
Odontoiatra, Lecce

CASO CLINICO

RISOLUZIONE DI UN FALLIMENTO IMPLANTARE CON IMPIANTO XCN® TAPERED NARROW 2.9

PAROLE CHIAVE
edentulia singola, perimplantite, atrofia ossea, fallimento implantare, GBR, rigenerativa, biomateriali, membrana riassorbibile, impianto Narrow 2.9, protesi fissa

INTRODUZIONE

Il fallimento implantare è una situazione che può presentarsi nella pratica clinica e richiede un'adeguata gestione. Gli impianti dentali, da quando sono stati introdotti, costituiscono indubbiamente un'efficace possibilità terapeutica per la riabilitazione delle aree edentule; tuttavia, questa modalità di trattamento non sempre garantisce nel tempo i risultati sperati.
I fallimenti implantari possono essere classificati in precoci o tardivi: i precoci si manifestano prima dell'applicazione di un carico funzionale all'impianto, mentre i tardivi si verificano quando il carico è già presente. L'insuccesso precoce è rappresentato da una mancata osteintegrazione dell'impianto e le cause possono essere esclusivamente biologiche, mentre quello tardivo potrebbe riconoscere oltre a cause biologiche anche complicazioni di tipo meccanico.
Quando parliamo di complicazioni biologiche precoci facciamo riferimento in particolare alla fibrointegrazione. Quello che accade normalmente quando si inserisce un impianto è che lo stesso, durante la sua guarigione, viene circondato da osso. Si parla in questo caso di osteointegrazione dell'impianto; in parole più semplici l'impianto diventa un tutt'uno con l'osso. Quando ciò non avviene si ha la fibrointegrazione; in questo caso l'impianto viene circondato da tessuto connettivo fibroso anziché osseo e si presenta mobile e il più delle volte dolente. Le cause dell'insuccesso precoce possono essere diverse come infezioni nella sede chirurgica dell'impianto, movimento dell'impianto durante la fase di guarigione, ridotto afflusso di sangue nell'area trattata che impedisce l'osteointegrazione, errori dell'implantologo nella programmazione/esecuzione dell'intervento, patologie sistemiche.
Nella maggioranza dei casi l'osteointegrazione avviene con successo, eppure qualcosa potrebbe comunque andare storto anche dopo mesi o addirittura anni dall'inserimento dell'impianto. Dopo qualche anno, oltre ai fallimenti di tipo biologico, potrebbero manifestarsi quelli di tipo "meccanico", come frattura dell'impianto o svitamento e/o frattura della vite di connessione impianto-moncone. Entrambe le tipologie di insuccesso tardivo, siano esse biologiche o meccaniche, possono essere dovute a diversi fattori quali inadeguatezza dei materiali o delle tecniche utilizzate, errata localizzazione implantare, inadeguata lunghezza/diametro e/o tipo di impianto, trauma e sovraccarico occlusale o masticatorio, parafunzioni (bruxismo), fumo eccessivo, fattori locali (osso e tessuti molli), complicanze dovute a patologie sistemiche (diabete), scarsa igiene orale con conseguente perimplantite.
La perimplantite è un'infezione batterica dei tessuti intorno all'impianto dentale, che provoca la progressiva perdita della struttura ossea associata a infiammazione della gengiva circostante. Si comporta quindi in modo simile alla parodontite che colpisce il dente naturale. Se non viene intercettata e trattata il prima possibile la perimplantite può portare alla perdita degli impianti stessi.

Il fallimento tardivo in genere è associato a una significativa perdita ossea e si verifica dopo che l'impianto è stato caricato, anche a distanza di anni dal posizionamento implantare. Questa condizione determina una maggiore difficoltà nella risoluzione del problema, legata alla perdita di osso; di conseguenza, il riconoscimento dei fattori di rischio che possono portare a tale condizione risulta molto importante. La perimplantite e il sovraccarico dell'impianto rappresentano i fattori di rischio più frequenti per il fallimento tardivo.
È importante quindi che gli odontoiatri prestino particolare attenzione durante tutto il percorso di riabilitazione implanto-protesica, dall'anamnesi alla pianificazione del trattamento, all'intervento chirurgico, alla scelta dell'impianto e della successiva protesi e infine ai follow-up; questo per ridurre al minimo il rischio di fallimento tardivo dell'impianto dentale.

CASO CLINICO

Il caso clinico descritto in questo articolo riguarda un fallimento implantare tardivo trattato e risolto con GBR e impianto XCN® Tapered Narrow 2.9.
La GBR (rigenerazione ossea guidata) consente la formazione di nuovo tessuto osseo in sedi in cui sono presenti difetti verticali (deficit di altezza) e/o difetti orizzontali (deficit di spessore) della cresta ossea residua, nel caso specifico dovuti alla perdita tardiva di un impianto.

La paziente, di 44 anni, gode di ottima salute generale e non è fumatrice. Giunge in prima visita alla mia osservazione per un'infiammazione persistente alla gengiva intorno all'impianto inserito 4 anni fa dal precedente dentista in sede 25. Viene pertanto effettuata un'accurata anamnesi generale, soprattutto finalizzata a capire che cosa sia successo negli anni dall'inserimento dell'impianto alla situazione clinica attuale. Dopo un attento esame della sede interessata dal problema (Fig. 1) è stata effettuata una radiografia endorale dell'impianto 25 (Fig. 2). Il riscontro clinico e radiografico evidenzia un'importante perdita di osso intorno all'impianto oltre a un significativo deficit dei tessuti molli a supporto dello stesso. Dall'anamnesi raccolta, il sospetto clinico è che fosse stato utilizzato un impianto di diametro troppo grande rispetto alla cresta ossea e che questo negli anni avesse determinato il riassorbimento dell'osso residuo con conseguente quadro di perimplantite.



FIG. 1 - Foto clinica pre-trattamento. Si noti l'importante scopertura radicolare in sede 24 e l'infiammazione dei tessuti molli intorno all'impianto in sede 25

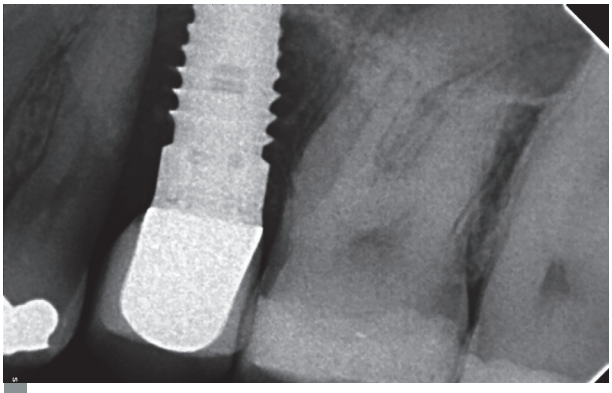


FIG. 2 - Rx endorale pre-trattamento. Si noti l'importante perdita ossea a carico dell'impianto in sede 25 e attorno alle radici in sede 24 e 26

L'imponente perdita di osso intorno all'impianto rendeva poco o per nulla predicibile il trattamento della perimplantite; pertanto, in accordo con la paziente, si è deciso di rimuovere lo stesso e valutare successivamente, a guarigione del sito, come riabilitare la mancanza del 25.

Inoltre la mancanza di tessuti molli integri e sani rendeva impossibile poter effettuare contestualmente all'estrazione dell'impianto la rigenerazione del sito. Quindi si è proceduto in un primo momento alla sola estrazione dell'impianto seguita da una attenta toilette del sito chirurgico (Fig. 3).
A distanza di circa tre mesi, la paziente si è presentata al controllo per valutare clinicamente la guarigione del sito (Fig. 4) ed è stata effettuata una radiografia endorale che ha evidenziato un importante decifit osseo in sede 25, soprattutto a livello verticale, con altezza residua dell'osso pari a 4 mm (Figg. 5 a, b).



FIG. 3 - Foto clinica dopo la rimozione dell'impianto in sede 25

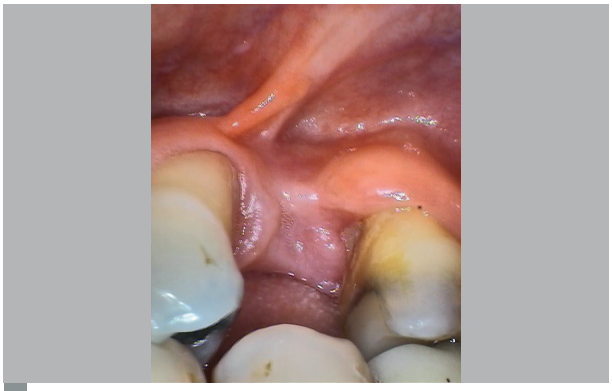


FIG. 4 - Foto orale del sito a 3 mesi dalla rimozione dell'impianto in sede 25



FIGG. 5a, b - Rx endorale del sito a 3 mesi dalla rimozione dell'impianto in sede 25. Si noti l'imponente perdita di osso soprattutto a livello verticale con altezza ossea residua pari a 4 mm

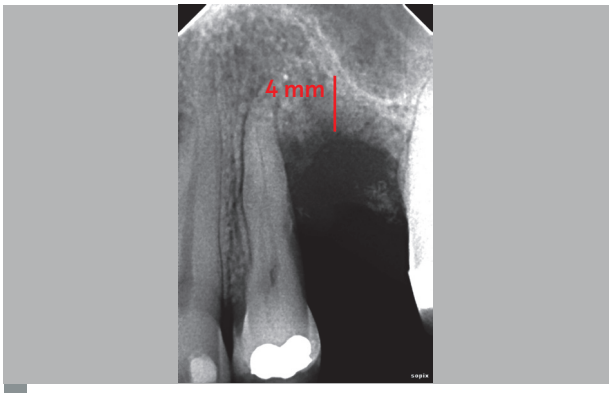
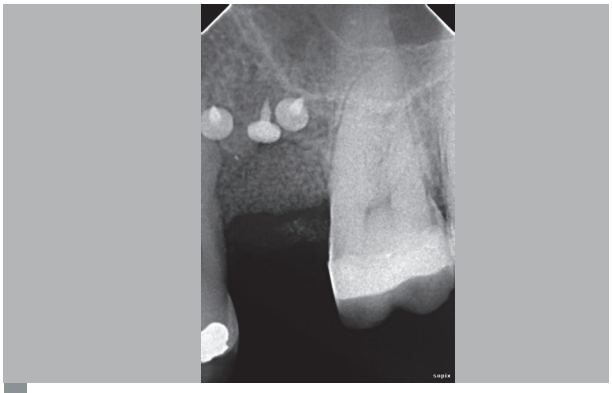


FIG. 5b

Alla luce della situazione clinica e radiografica, alla paziente sono state proposte due alternative terapeutiche. La prima, di tipo "chirurgico", prevedeva diversi step, ovvero: intervento di GBR, inserimento implantare, chirurgia muco-gengivale con CTG (innesto di tessuto connettivo) e finalizzazione dell'impianto osteointegrato con corona protesica. La seconda alternativa, di tipo "non chirurgico", prevedeva la realizzazione di un ponte tradizionale fisso di tre elementi (da 24 a 26), in metallo ceramica o zirconia ceramica.
Chiaramente la scelta chirurgica risultava essere la più complessa sia per la paziente - demotivata dalla precedente esperienza implantare non riuscita e preoccupata dai diversi interventi chirurgici necessari prima di riavere il dente mancante - sia per il clinico, poiché i picchi ossei residui mesiale e distale al sito edentulo risultavano particolarmente sfavorevoli per l'ottenimento di una rigenerazione ossea adeguata, indispensabile per l'inserimento di un nuovo impianto.
La paziente si ripresenta dopo diversi mesi esprimendo la volontà di voler procedere con la soluzione chirurgico-implantare.

Si effettua quindi il primo intervento chirurgico di GBR in cui il deficit osseo orizzontale e soprattutto verticale in sede 25 viene colmato con un innesto di osso eterologo miscelato a osso autologo prelevato con "bone scraper" nella stessa sede chirurgica. Le radici, distale del 24 e mesiale del 26, vengono trattate e decontaminate e l'innesto osseo, una volta inserito in sede 25, viene ricoperto e stabilizzato da una membrana riassorbibile cross-linkata a lento riassorbimento bloccata con chiodini di osteosintesi. Il lembo è stato correttamente passivato per permettere una chiusura ermetica e senza tensioni della ferita (Figg. 6a-c).



FIGG. 6a-c - Foto cliniche e rx endorale post-intervento chirurgico di GBR in sede 25



FIG. 6b

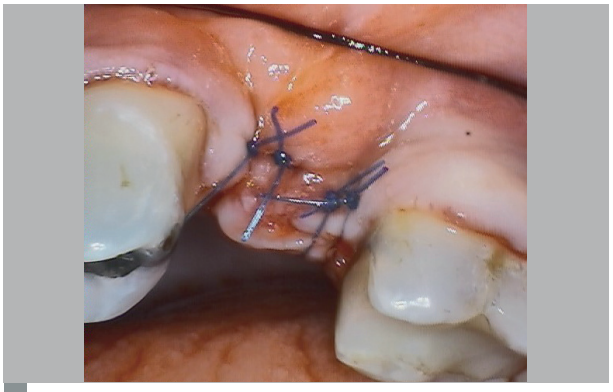


FIG. 6c

A distanza di 7 mesi dalla GBR si è rientrati chirurgicamente per l'inserimento dell'impianto XCN® Tapered Narrow 2.9 lunghezza 10 mm. La scelta di questo impianto è stata dettata dall'iniziale sospetto clinico che la perdita dell'impianto precedente fosse legata all'utilizzo di un diametro troppo grande rispetto alla cresta ossea. Inoltre, avendo inserito il nuovo impianto in una cresta quasi completamente rigenerata, si è cercato di garantire intorno ad esso la maggiore quantità possibile di osso (Figg. 7a-c).
A distanza di 6 mesi la paziente è stata rivalutata clinicamente (Fig. 8) per passare allo step chirurgico successivo, ovvero l'intervento muco-gengivale con CTG. Tuttavia, la paziente non ha accettato di sottoporsi a un ulteriore intervento di chirurgia, malgrado le fosse stato spiegato più volte nel dettaglio l'importanza di eliminare tanto il frenulo labiale superiore laterale, che determina un'importante trazione dei tessuti molli, quanto di migliorare la qualità e quantità degli stessi, non solo intorno all'impianto inserito in sede 25 ma anche a ricopertura delle radici esposte del 24 e del 26.



FIGG. 7a-c - Foto clinica e RX endorali pre e post-intervento chirurgico di inserimento dell'impianto XCN® 2.9 in sede 25 a distanza di 7 mesi dalla GBR.

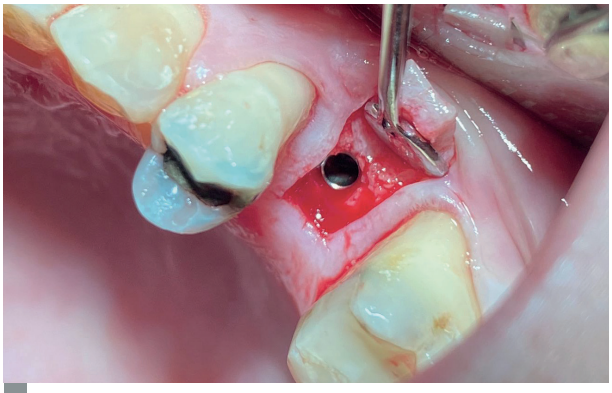


FIG. 7b

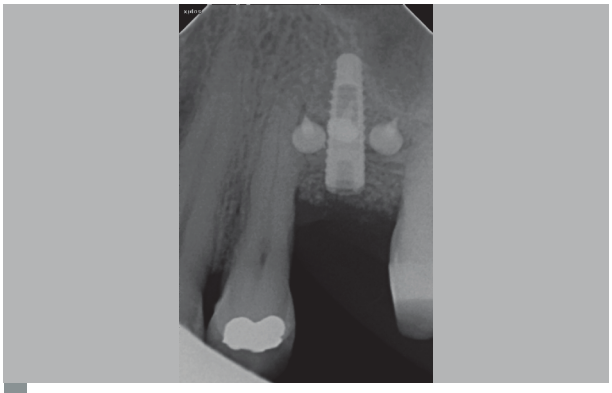


FIG. 7c



FIG. 8 - Foto clinica in sede 25 a distanza di 6 mesi dall'inserimento dell'impianto XCN® 2.9

Nonostante le nostre insistenze, la paziente non ha comunque voluto sottoporsi all'intervento di chirurgia muco-gengivale e pertanto si è proceduto alla sola scopertura dell'impianto e all'inserimento del tappo di guarigione Large altezza 5 mm. La scopertura è stata effettuata allestendo un lembo che consentisse lo spostamento vestibolare della maggiore quantità possibile di gengiva cheratinizzata, preservando le papille interprossimali, distale e mesiale, rispettivamente degli elementi dentali 24 e 26 (Figg. 9a, b).



FIGG. 9a, b - Foto clinica della scopertura dell'impianto XCN® 2.9 in sede 25 con inserito il tappo di guarigione Large altezza 5 mm

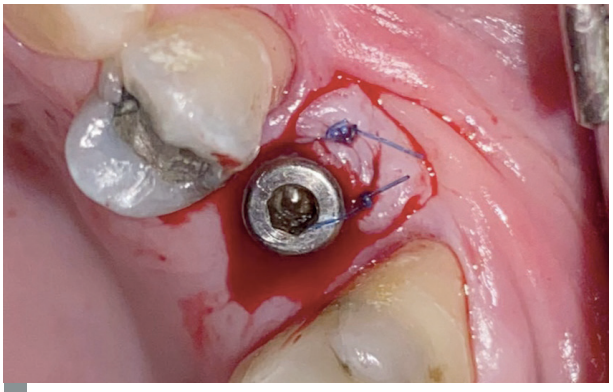
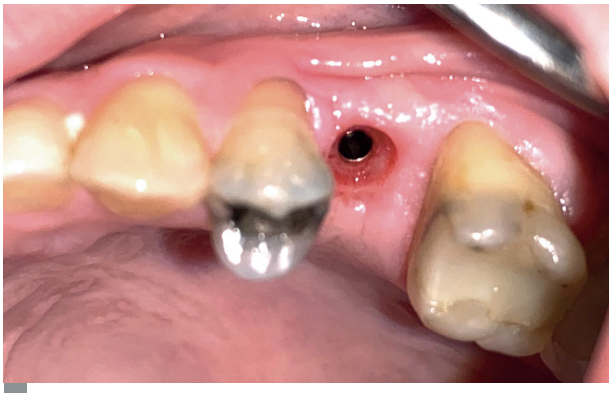


FIG. 9b

Attesa la maturazione dei tessuti molli si è proceduto alle varie fasi protesiche sino alla consegna della corona definitiva in metallo ceramica sull'impianto XCN® Tapered Narrow 2.9 in sede 25 (Figgg. 10 a-d).



FIGG. 10a-d - Foto cliniche della maturazione dei tessuti molli, del moncone fresato inconato, della corona definitiva in metallo ceramica sull'impianto XCN® 2.9 in sede 25 e RX endorale finale di controllo



FIG. 10b



FIG. 10c

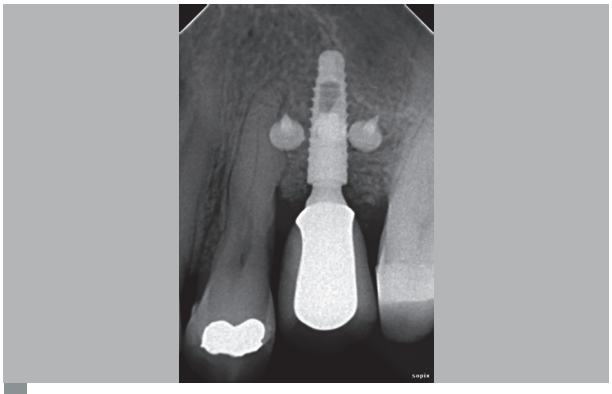


FIG. 10d

A distanza di due anni dalla consegna della corona definitiva sull'impianto, la paziente è stata richiamata a follow-up; sono state effettuate sia una valutazione clinica che una radiografia endorale che evidenziano la completa restitutio ad integrum della compagine ossea rigenerata, la perfetta osteointegrazione dell'impianto XCN® Tapered Narrow 2.9 in sede 25 e l'ottimale mantenimento dei tessuti molli peri-implantari (Figg. 11 a, b).



FIGG. 11a, b - Follow-up clinico e radiografico a distanza di 2 anni dalla consegna della corona definitiva sull'impianto Leone XCN Narrow 2.9 in sede 25

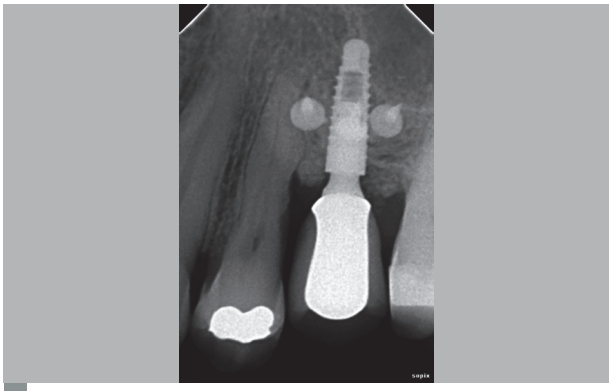


FIG. 11b

CONCLUSIONI

Il fallimento implantare rappresenta purtroppo una complicanza che riscontriamo nella nostra pratica clinica. L'individuazione delle cause che hanno portato tardivamente alla perdita dell'impianto rappresenta il punto di partenza imprescindibile per poter proporre e programmare l'inserimento di un nuovo impianto, considerando soprattutto la demotivazione e preoccupazione del paziente a sottoporsi nuovamente alla chirurgia implantare.
In questo specifico caso in esame, escluse tutte le possibili altre cause di fallimento implantare tardivo - sia di origine biologica che meccanica, quali scarsa igiene orale, fumo, malattie sistemiche, parafunzioni e sovraccarico - il sospetto clinico è che fosse stato utilizzato un impianto di diametro troppo grande rispetto alla cresta ossea. Tale condizione potrebbe aver determinato, nel tempo, il riassorbimento dell'osso residuo con conseguente quadro di perimplantite.
Pertanto si è ritenuto che riprogrammare un nuovo intervento di chirurgia implantare con un impianto di piccolo diametro, come l'impianto XCN® Tapered Narrow 2.9, dopo aver rigenerato la perdita ossea, potesse rappresentare un'arma vincente per il successo implantare. Sicuramente il gold standard sarebbe stato completare l'iter chirurgico con un intervento di chirurgia muco-gengivale, ma la paziente ha preferito finalizzare l'impianto senza ulteriore chirurgia. Certamente questo è un caso che va monitorato nel tempo per valutare il mantenimento dell'osso rigenerato e la qualità dei tessuti molli attorno all'impianto; tuttavia il follow-up a due anni ci fa ben sperare.
Indubbiamente poter contare su un impianto "piccolo" nel diametro ma "grande" nelle performance, grazie alla connessione conometrica pura impianto-moncone e alla presenza di un moncone pieno, permette di risolvere situazioni cliniche particolarmente complesse assicurando resistenza, stabilità ed estetica nel tempo alla riabilitazione implanto-protesica.

REALIZZAZIONI PROTESICHE

Odt. Gaetani Giovanni - Titolare del laboratorio Odontotecnico "Dental 2000" - Lecce

XCN®

TEAM

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

scopri il XCN® Team

Leone®

XCN®

TEAM



DR. **LEONARDO TARGETTI**



DR. **MARIO GUERRA**



DR. **SALVATORE BELCASTRO**



DR. **ROBERTO MELI**



ODT. **MASSIMILIANO PISA**



DR. **LUIGI LUCCHIARI**



DR. **LEONARDO PALAZZO**



DR. **FABRIZIO DELL'INNOCENTI**



DR. **NAZARIO RUSSO**



DR. **GIACOMO COPPOLA**



DR. **DAVIDE MONTISCI**



DR. **NICOLA LUCCHIARI**



DR. **DOMENICO GUERRA**



DR. **UMBERTO STELLA**



DR. **CRISTIAN NEGRO**



DR. **ALESSIO NATALI**



DR. **LUCA DALLA LIBERA**



DR. **ALESSANDRO DI NARDO**



DR. **ALBERTO FIORETTI**



DR. **RICCARDO CAPPONI**



DR. **GUGLIELMO ZANOTTI**



DR. **GIUSEPPE SUERI**



DR. **GIOVANNI GUERRA**



ODT. **BRUNO SCARFÒ**

Medici qualificati ed esperti professionisti ti introdurranno nel mondo dell'implantologia in **modo semplice**, **sicuro** ed **efficace**, aiutandoti a **sfruttare al massimo** le potenzialità offerte dalla sistematica implantare XCN®. XCN® Team, inoltre, in coordinamento con l'azienda Leone e i suoi partner commerciali, si fa portavoce di un'intensa **attività di aggiornamento didattico e scientifico-culturale** su tutto il territorio nazionale.



Fabrizio Dell'Innocenti
Odontoiatra, Ponsacco (PI)



Massimiliano Pisa
Titolare Laboratorio Dental Giglio Firenze

CASO CLINICO

RIABILITAZIONE IMPLANTOPROTESICA CON PROTESI TIPO TORONTO A CARICO IMMEDIATO CON I NUOVI MUA ESTETICI

PAROLE CHIAVE
edentulia totale superiore, impianto Max Stability, post-estrattivo immediato, carico immediato, All-on-four, provvisorio, protesi avvitata, Toronto Bridge, moncone MUA Estetico, digitalizzazione del modello, Scan Body Inclined Plane Long, CAD-CAM, cement-free

Il nostro protocollo di carico immediato si distingue dai protocolli tradizionali per la sostituzione, a circa 7 giorni dall'intervento, del provvisorio immediato consegnato il giorno stesso con il Toronto definitivo. Per rendere possibile la realizzazione del Toronto definitivo in tempi così rapidi, prima dell'intervento chirurgico vengono preparate due protesi in resina bianca: la prima sarà utilizzata come provvisorio immediato per il paziente, mentre la seconda fungerà da dima protesica per la realizzazione della protesi definitiva tipo Toronto. Bloccando i cilindri da incollaggio anche all'interno della seconda protesi, ribasando la sella edentula e acquisendo immagini della dima protesica direttamente nel cavo orale del paziente, il tecnico dispone di tutte le informazioni necessarie per la realizzazione del Toronto definitivo.

Per una serie di motivi abbiamo scelto di consegnare la protesi definitiva a circa 7 giorni dall'inserimento implantare:
- la rimozione delle suture non riassorbibili dopo 7 giorni rappresenta un intervallo ottimale per la guarigione dei tessuti molli;
- l'utilizzo di un Toronto definitivo garantisce una maggiore stabilità del collegamento tra gli impianti, favorendo una più sicura osteointegrazione e riducendo il rischio di frattura della protesi;
- la perfetta morfologia, rifinitura e lucidatura del Toronto definitivo consentono un eccellente adattamento dei tessuti molli;
- si ottiene inoltre un elevato livello di soddisfazione estetica del paziente fin dalle fasi iniziali.

Una descrizione dettagliata del nostro protocollo di carico immediato - comprendente le fasi di pianificazione, l'intervento chirurgico, l'applicazione della protesi provvisoria immediata, la preparazione della dima protesica e i passaggi di laboratorio - è riportata in due articoli distinti, uno di carattere clinico e l'altro di ambito odontotecnico, pubblicati nel XCN® News n. 31.

In questo caso clinico sono stati utilizzati i nuovi MUA Estetici, caratterizzati da un innovativo design "a flute", dall'arretramento della piattaforma protesica, da un'emergenza tronco-conica particolarmente ridotta e dalla possibilità di realizzare canali vite angolati. Queste caratteristiche consentono di migliorare significativamente il risultato estetico, soprattutto nell'arcata superiore. Nel sistema implantare Leone® la procedura di applicazione di una protesi avvitata risulta da sempre semplificata grazie alla gestione di una sola vite, quella protesica. Alcuni dettagli tecnici dei nuovi MUA Estetici contribuiscono ulteriormente a semplificare le procedure di carico immediato: l'emergenza tronco-conica con semiangolo di 22° consente di limitare le angolazioni necessarie a sole due opzioni (15° e 25°), facilitando così la scelta del MUA più idoneo; la presenza di una tacca sui MUA angolati, utile come appoggio per la punta piatta, rende l'attivazione più sicura; infine, la superficie microsabbiata e le profonde scanalature del cilindro da incollaggio garantiscono un'ottima ritenzione della protesi.

Di seguito descriviamo, in ordine cronologico, i passaggi per la realizzazione di un Toronto per l'arcata superiore con i nuovi MUA Estetici secondo il nostro protocollo di carico immediato.



FIGG. 1-3 - Paziente di sesso femminile di 58 anni con grave parodontopatia



FIG. 2



FIG. 3

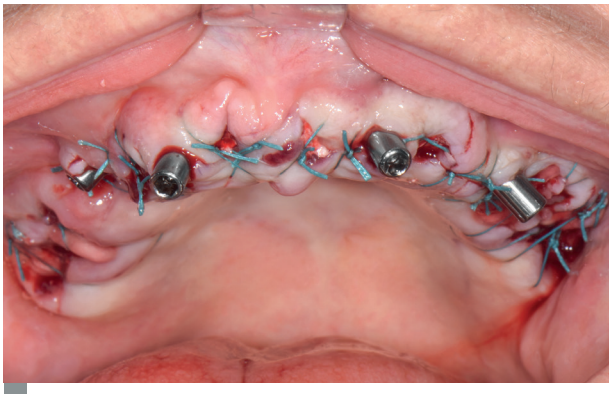


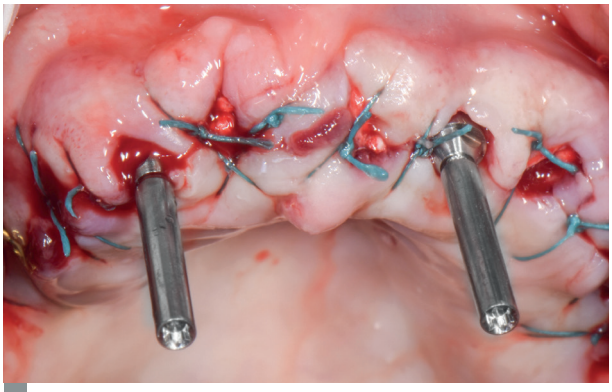
FIG. 4 - Estrazioni, posizionamento di 4 impiati Max Stability Ø 3,75 H 12 (in posizione 12 e 22) H 14 (in posizione 15 e 25) con tappi di guarigione, ricostruzione ossea e suture



FIGG. 5, 6 - Scelta dei MUA Estetici per angolo, GH e loro posizionamento. Sono stati utilizzati quattro MUA Estetici angolati a 25° GH 1,5 in posizione 12, 22 e 25 e GH 3 in posizione 15. Particolare rilievo per la nuova piattaforma dislocata palatalmente e il cono più basso. Entrambe queste caratteristiche rendono i MUA Estetici più invisibili nella realizzazione protesica, in particolar modo nei settori superiori vestibolari



FIG. 6



FIGG. 7, 8 - Allettamento completo dei MUA facilitato dall'utilizzo delle viti polifunzionali

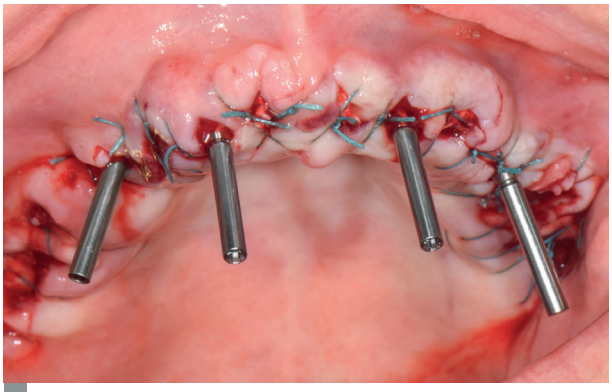


FIG. 8



FIGG. 9-11 - Inconamento dei MUA Estetici angolati tramite l'utilizzo del percussore con punta piatta. Il posizionamento del percussore è facilitato dalle novità rappresentate dalla spalla più profonda e dalla realizzazione di una tacca di appoggio. L'attivazione dei MUA Estetici diritti con percussore con punta in PEEK

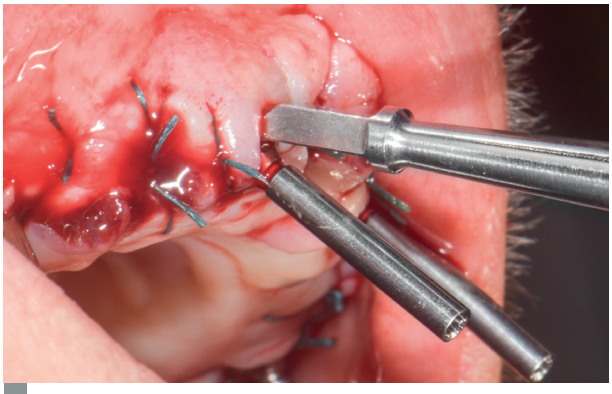


FIG. 10

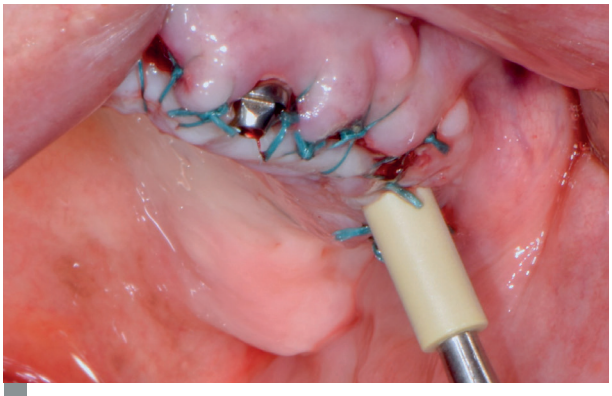


FIG. 11

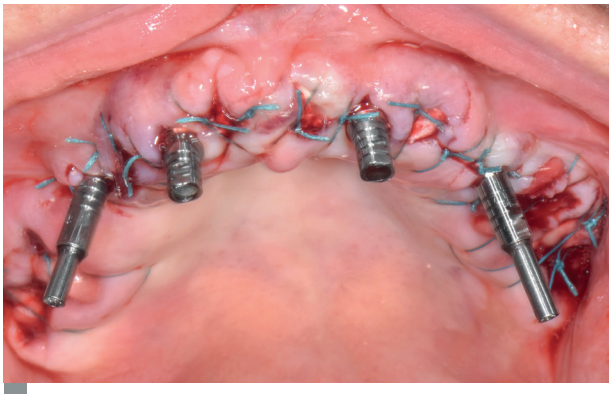


FIG. 12 - Sostituzione delle viti polifunzionali con i cilindri da incollaggio di unico diametro essendo di misura unica il cono dei MUA Estetici

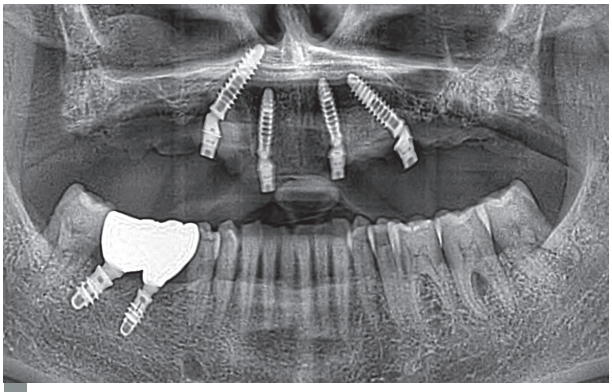


FIG. 13 - RX panoramica



FIGG. 14-16 - Perforazione della dima protesica ed incollaggio dei cilindri da incollaggio con l'utilizzo di una resina flou.
La polimerizzazione del composito in fase di incollaggio può essere eseguita vestibolarmente con la dima protesica in relazione centrica in quanto la dima è priva di struttura metallica



FIG. 15

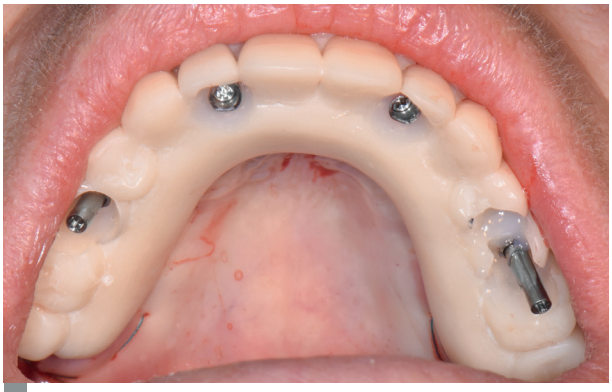


FIG. 16



FIGG. 17, 18 - Registrazione occlusale della dima protesica con StoneBite



FIG. 18



FIG. 19 - Ribasatura della dima protesica con alginato per evitare una compenetrazione del materiale con le suture appena posizionate



FIGG. 20, 21 - Incollaggio dei cilindri nel provvisorio immediato e ribasatura con resina



FIG. 21



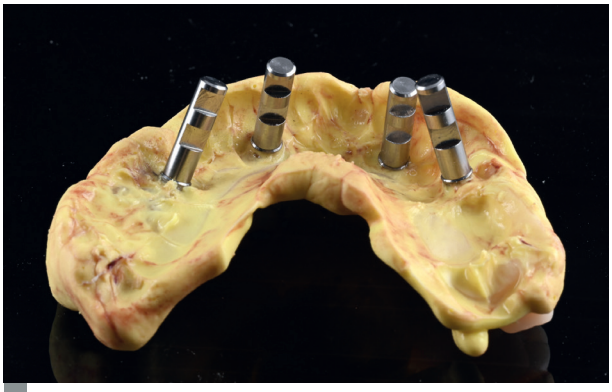
FIGG. 22, 23 - Rifinitura e lucidatura del provvisorio a carico immediato



FIG. 23



FIG. 24 - Messa in occlusione del provvisorio a carico immediato, serraggio e registrazione occlusale



FIGG. 25, 26 - Posizionamento degli analoghi da laboratorio nella dima protesica



FIG. 26

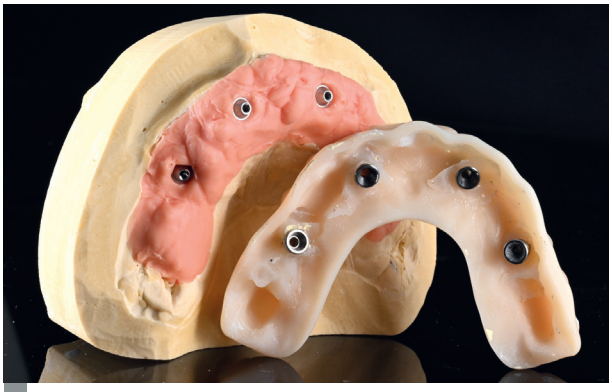


FIG. 27 - Realizzazione del modello master



FIG. 28 - Posizionamento in articolatore dei modelli iniziali



FIG. 29 - Posizionamento in articolatore della dima protesica registrata in bocca al paziente

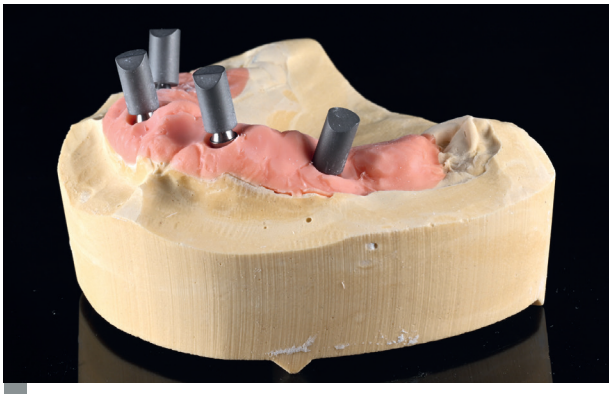


FIG. 30 - Posizionamento degli Scan Body sugli analoghi MUA Estetici nel modello

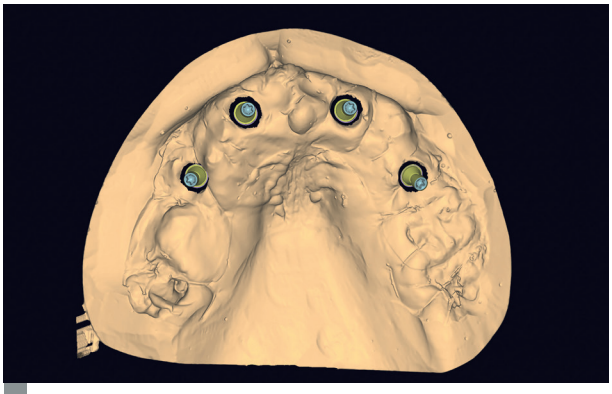


FIG. 31 - Modello master digitalizzato

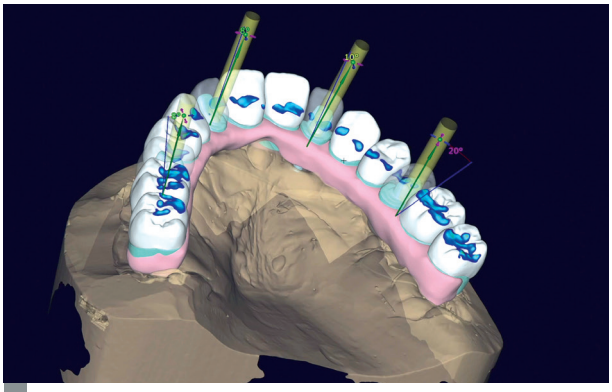


FIG. 32 - Progetto CAD e definizione del canale delle viti. Considerando l'utilizzo di canali vite angolati è possibile spostare il foro lontano dai contatti occlusali

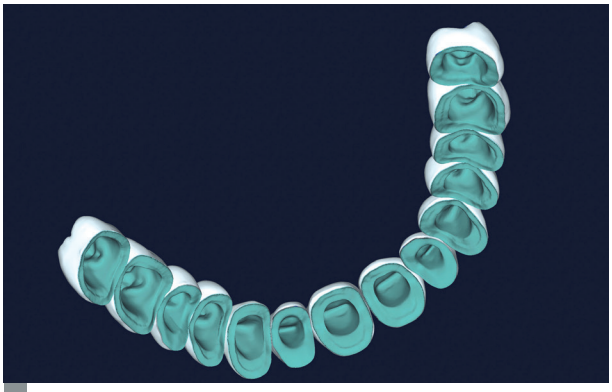


FIG. 33 - Progetto delle corone secondarie con tecnica Thimble. I Thimbe (monconi singoli) fungono da monconi individuali garantendo un adattamento ottimale

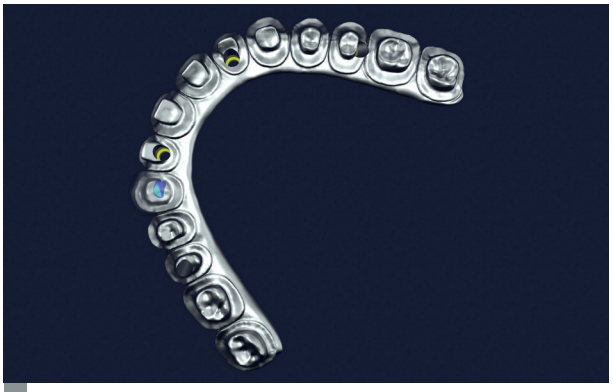


FIG. 34 - Anteprima digitale del fresaggio



FIGG. 35, 36 - Fresatura della struttura in titanio disegnata direttamente sui MUA Estetici

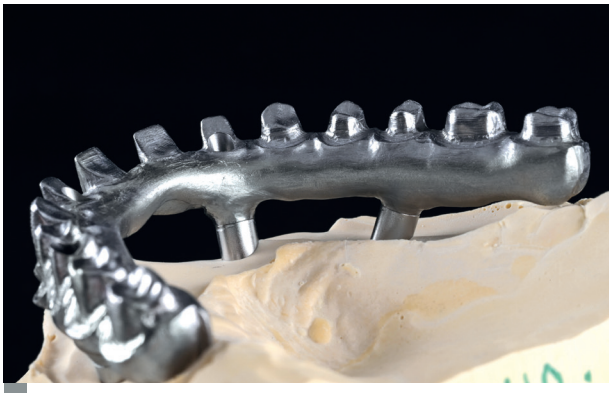


FIG. 36



FIGG. 37, 38 - Prima realizzazione delle corone singole in zirconia



FIG. 38



FIGG. 39-41 - Posizionamento delle corone sull'intera struttura in titanio



FIG. 40

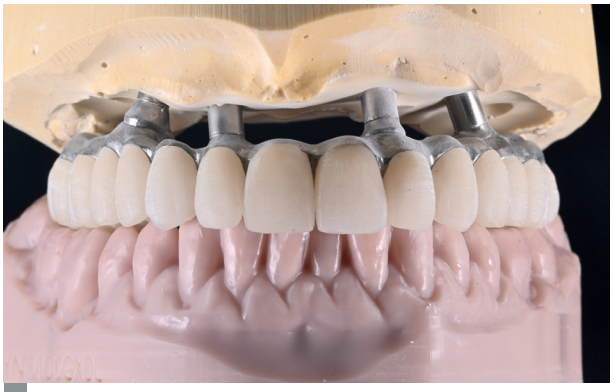


FIG. 41



FIGG. 42, 43 - Opacizzazione della struttura e rifinitura delle corone



FIG. 43



FIGG. 44, 45 - Toronto Bridge ultimato su modello

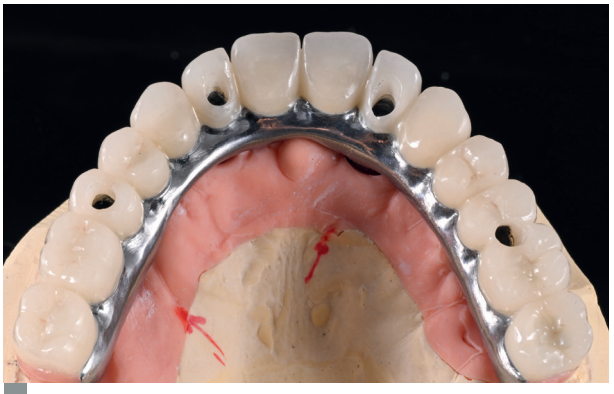


FIG. 45



FIGG. 46, 47 - Toronto Bridge ultimato su articolatore



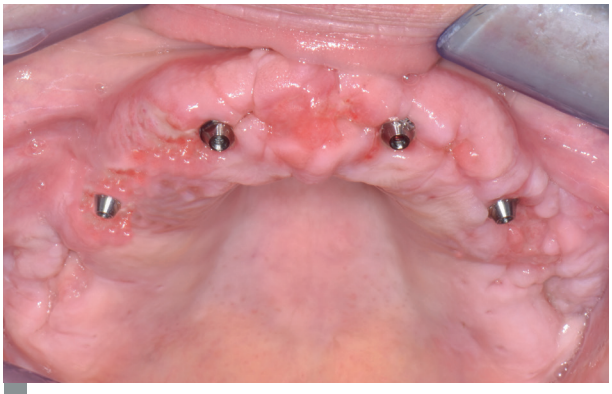
FIG. 47



FIGG. 48, 49 - Toronto Bridge pronto per la consegna



FIG. 49



FIGG. 50, 51 - Rimozione del Toronto provvisorio e delle suture. Consegna a 7 giorni dall'intervento di inserimento impianti del Toronto Bridge definitivo



FIG. 51



FIGG. 52, 53 - La bellezza di un sorriso naturale a fine lavoro



FIG. 53

18° CONGRESSO XCN®
RISPETTO DEI TESSUTI E INNOVAZIONE IMPLANTARE

Il 18° Congresso XCN® ha riunito a Firenze oltre 200 clinici e odontotecnici in una giornata di elevato valore scientifico, caratterizzata dal confronto multidisciplinare e dalla presentazione delle più recenti innovazioni del Sistema Implantare XCN®.
Tema centrale dell'edizione 2026 è stato **"Più osso, meno titanio"**, un concetto che sintetizza l'evoluzione dell'implantologia moderna verso soluzioni sempre più orientate al rispetto dei tessuti duri e molli, alla stabilità biologica nel lungo periodo e alla predicibilità dei risultati clinici. Un approccio che guida lo sviluppo dei nuovi prodotti Leone e che ha rappresentato il filo conduttore dell'intero congresso.
La giornata si è aperta con due workshop paralleli dedicati alle più recenti innovazioni del sistema. Da una parte, l'Ing. Gian Luca Gervasi ha approfondito le caratteristiche dei nuovi MUA Estetici e dei monconi Conic-One, illustrandone i vantaggi nella gestione protesica. Parallelamente, Gabriele Scommegna, Direttore Ricerca & Sviluppo Leone® S.p.A., ha presentato il workshop **"Small but Strong"**, dedicato alla nuova linea XCN® Tapered 2.9 e Tapered 3.8, evidenziandone la solidità meccanica, la versatilità chirurgica e le applicazioni cliniche nei casi caratterizzati da anatomie ridotte.

La sessione congressuale del mattino ha visto alternarsi relatori di assoluto prestigio.
Il Prof. Roberto Pistilli ha affrontato il tema della riabilitazione della mandibola atrofica, illustrando strategie chirurgiche avanzate integrate con l'impiego di impianti di piccolo diametro.
Il Dr. Fabrizio Dell'Innocenti e l'Odt. Massimiliano Pisa hanno invece presentato un'approfondita analisi delle riabilitazioni avvitate full-arch, focalizzando l'attenzione sull'utilizzo dei nuovi MUA Estetici per ottenere risultati protesici sempre più funzionali, precisi ed esteticamente predicibili.

Nel pomeriggio, uno dei momenti più significativi è stato rappresentato dalla premiazione del **Miglior Caso Clinico con Follow-up Decennale**, selezionato direttamente dai partecipanti al congresso. Il riconoscimento è stato assegnato al gruppo del Dr. Mario Guerra per il caso "Follow-up a 20 anni di riabilitazione implanto-protesica full-arch dopo grande rialzo di seno bilaterale", testimonianza concreta dell'affidabilità e della longevità delle riabilitazioni implantari quando supportate da protocolli clinici consolidati.

La seconda parte della giornata ha proposto ulteriori approfondimenti di elevato valore scientifico.
Il Dr. Alessio Natali ha illustrato le potenzialità del nuovo Tapered 3.8 nei casi con ridotto spessore osseo, mettendo in evidenza la solidità della connessione gialla. Il Dr. Leonardo Palazzo ha affrontato il tema della stabilità implantare nelle diverse qualità ossee, mentre il Dr. Alessandro Di Nardo ha concluso il congresso presentando il ruolo del macrodesign implantare di nuova generazione quale supporto al clinico, dall'implantologia routinaria fino agli interventi di chirurgia avanzata.
Oltre ai contenuti scientifici, il 18° Congresso XCN® ha rappresentato un'importante occasione di confronto tra professionisti, favorendo la condivisione di esperienze cliniche, casi reali e prospettive di sviluppo dell'implantologia contemporanea.

La partecipazione attiva della platea e il dialogo costante tra relatori, clinici e il Reparto Ricerca & Sviluppo Leone® hanno confermato il valore di un format che mette al centro non solo l'innovazione tecnologica, ma anche la crescita culturale dei professionisti che utilizzano il Sistema Implantare Leone®.

Il 18° Congresso XCN® conferma l'impegno di Leone® nel promuovere una cultura implantologica fondata su ricerca, innovazione e condivisione delle conoscenze, contribuendo allo sviluppo di soluzioni sempre più affidabili, biologicamente orientate e capaci di garantire risultati predicibili nel tempo.

a cura di ***Claudio Maggini***
Responsabile Marketing & Comunicazione














Leonardo Targets
GRANDE RIALZO DI SERVO
BILATERALI

EXPODENTAL MEETING 2026

INNOVAZIONE, CONFRONTO E NUOVE SOLUZIONI PER LA PRATICA CLINICA

Expodental Meeting 2026 ha registrato numeri particolarmente significativi, superando le 21.000 presenze, con un incremento di oltre 4.000 visitatori unici rispetto all'edizione 2025 e una crescita del 40% della partecipazione internazionale. Quattrocento aziende espositrici, oltre 200 relatori coinvolti nel programma scientifico e circa 800 incontri B2B con dealer provenienti da 38 Paesi hanno trasformato Rimini nel principale punto di incontro per professionisti, aziende e operatori del settore odontoiatrico.

In questo contesto, Leone ha partecipato con uno stand interamente dedicato alle più recenti innovazioni in ortodonzia, implantologia e soluzioni digitali, proponendo un format dinamico che ha riscosso grande interesse da parte dei visitatori.

Con il programma **Meet & Talk**, lo stand Leone si è trasformato in uno spazio di confronto e aggiornamento professionale, ospitando circa venti appuntamenti tecnico-scientifici con specialisti Leone e opinion leader. Un'occasione che ha permesso ai partecipanti di approfondire protocolli operativi, indicazioni cliniche e applicazioni pratiche delle soluzioni sviluppate dall'azienda.

Particolare attenzione è stata dedicata all'implantologia con la presentazione ufficiale del nuovo **Catalogo Implantologia Leone®** (11ª Edizione), completamente rinnovato nei contenuti e nell'impostazione grafica.
Il nuovo catalogo rappresenta l'evoluzione della proposta implantare Leone® e raccoglie tutte le più recenti innovazioni sviluppate dall'azienda con l'obiettivo di offrire soluzioni sempre più predicibili, versatili e orientate al rispetto dei tessuti biologici.

Tra le principali novità presentate figurano i nuovi **impianti Tapered**, progettati per affrontare con maggiore sicurezza le situazioni caratterizzate da spazi ridotti, ampliando le possibilità terapeutiche senza rinunciare alla stabilità meccanica e biologica. Grande interesse hanno suscitato anche i nuovi **MUA Estetic**i, studiati per ottimizzare la gestione protesica e migliorare il risultato estetico nelle riabilitazioni implantari, insieme ai nuovi monconi **Conic-One**, che completano l'offerta protesica con soluzioni sempre più flessibili e integrate nei moderni flussi di lavoro digitali.

L'elevata affluenza registrata durante tutte e tre le giornate di manifestazione ha confermato il crescente interesse verso le soluzioni sviluppate da Leone e l'apprezzamento per un approccio che integra innovazione tecnologica, ricerca scientifica e supporto clinico.

La partecipazione a Expodental Meeting 2026 si conclude quindi con un bilancio estremamente positivo, non solo per l'interesse suscitato dalle novità presentate, ma anche per il valore del confronto diretto con professionisti e operatori del settore.

Un risultato che rafforza l'impegno di Leone® nel continuare a investire in ricerca, sviluppo e formazione, mettendo a disposizione dei professionisti strumenti e soluzioni capaci di rispondere alle esigenze della moderna pratica clinica e di accompagnare l'evoluzione dell'odontoiatria verso standard sempre più elevati di qualità, affidabilità e predicibilità.

a cura di ***Claudio Maggini***
Responsabile Marketing & Comunicazione




Leone
meet&talk
Programma


Leone
leone.it
LIGHT UP
YOUR PASSIO
DOCTOR SMILE


orthodontics


MELAG
S. IN.


small but
strong



Giordano Del Pidio
Odontoiatra, Genzano di Roma (RM)

CASO CLINICO

CHIRURGIA GUIDATA A CARICO IMMEDIATO CON PROTESI CONOMETRICA SU IMPIANTI IN SEDE 32 E 42

PAROLE CHIAVE
edentulia multipla, implantologia protesicamente guidata, chirurgia guidata, guida chirurgica, fresa Zero1, carico immediato, moncone MUA, impronta ottica, Scan Body Inclined Plane, modello prototipato, analogo digitale, protesi conometrica, moncone MUA-Conic, cappetta Weld, cappetta Fixed, cement-free

INTRODUZIONE

Viene presentato un caso di riabilitazione implanto-protesica nel settore anteriore mandibolare (sedi 32 e 42) eseguito mediante chirurgia guidata e protocollo di carico immediato entro 24 ore. La soluzione protesica ha previsto l'utilizzo di un provvisorio a connessione conometrica realizzato con cappette Weld solidarizzate tramite barra in titanio saldata laser. Il protocollo adottato ha consentito di ottenere elevata precisione chirurgica, adeguata stabilità primaria implantare e passività della struttura protesica, favorendo un decorso clinico privo di complicanze biologiche o meccaniche.
L'adozione di workflow digitali integrati ha reso la chirurgia implantare sempre più predicibile, in particolare nei protocolli a carico immediato. Nel settore anteriore mandibolare, dove gli spazi protesici e i volumi ossei sono spesso limitati, la pianificazione protesicamente guidata assume un ruolo determinante.
La protesi conometrica rappresenta una soluzione efficace per la gestione dei provvisori immediati, offrendo semplicità clinica, affidabilità meccanica e, non da ultimo, rapidità di esecuzione.

CASO CLINICO

Paziente maschio di 80 anni (Fig. 1): nel settore 32-42 sono state precedentemente eseguite estrazioni dentali associate a rigenerazione ossea e mucosa. Trascorsi i tempi fisiologici di guarigione, il giorno dell'intervento è stata riscontrata una quantità e qualità ottimali dei tessuti (Figg. 2, 3).



FIG. 1 - Situazione pre-chirurgica





FIGG. 2, 3 - Situazione clinica dopo la guarigione

FIG. 3

PIANIFICAZIONE DIGITALE

Il workflow ha previsto l'acquisizione di dati CBCT e la scansione intraorale, seguite dalla progettazione digitale implantare e protesica (Fig. 4).
La pianificazione così ottenuta ha consentito di definire un asse implantare protesicamente guidato, garantire il parallelismo tra gli impianti e ottenere un'emergenza ottimale in funzione della riabilitazione conometrica.

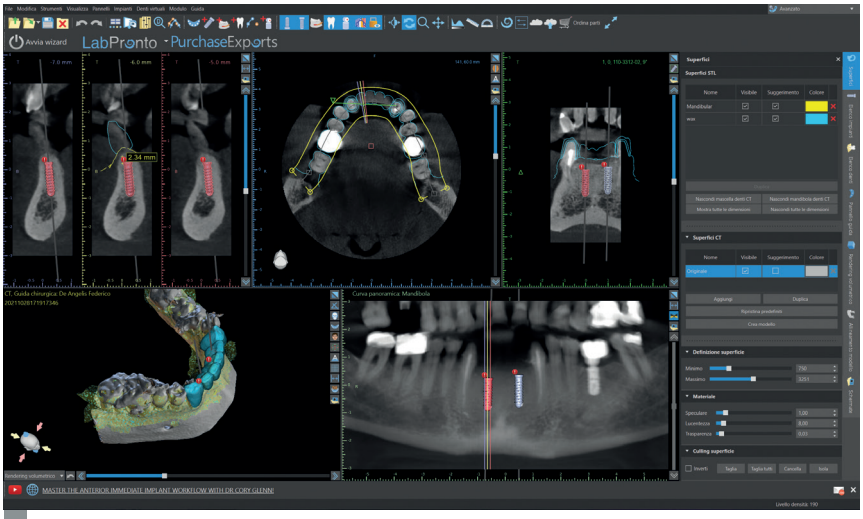


FIG. 4 - Studio digitale del caso

PROTOCOLLO CHIRURGICO

L'inserimento implantare è stato eseguito mediante chirurgia guidata con mascherina stereolitografica (Figg. 5-7). Il protocollo adottato, di tipo minimamente invasivo, ha garantito elevata precisione nel posizionamento tridimensionale degli impianti e un adeguato rispetto dei tessuti molli.
Gli impianti inseriti in sede 32 e 42, due impianti Classix Ø 3,3 L 12 mm, hanno raggiunto una stabilità primaria idonea al carico immediato.

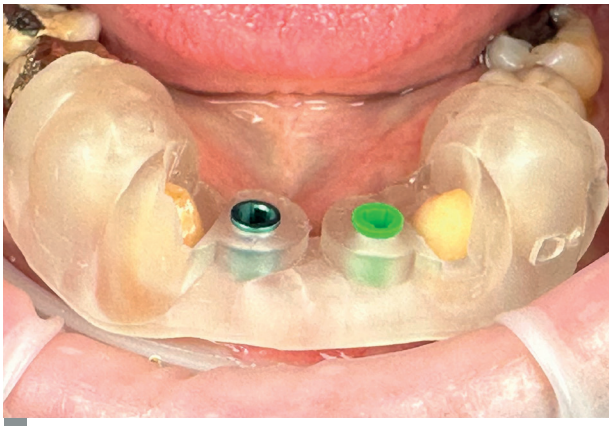


FIG. 5 - Prova della guida chirurgica

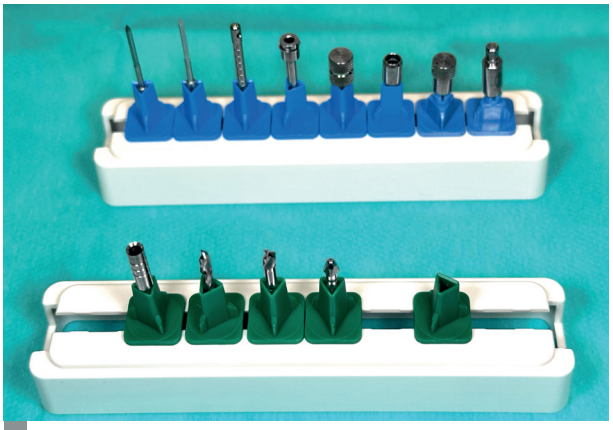


FIG. 6 - Kit chirurgico assemblato



FIG. 7 - Mini invasività della procedura chirurgica

FASE PROTESICA IMMEDIATA

Terminata la fase chirurgica, si è proceduto al posizionamento immediato di due MUA 2.2 dritti, uno GH 1,5 mm e l'altro GH 3 mm, precedentemente selezionati in fase progettuale. Successivamente è stata eseguita una scansione mediante gli appositi Scan Body Inclined Plane per MUA. Al termine della procedura, i MUA sono stati protetti con viti di guarigione, in attesa della realizzazione delle corone provvisorie (Figg. 8-10).
Il laboratorio ha realizzato un modello prototipato con gli analoghi digitali per monconi MUA. Dopo aver posizionato gli adattatori Conic sugli analoghi, è stato realizzato un provvisorio immediato, solidarizzando le cappette conometriche Weld mediante una barra in titanio saldata con tecnologia laser. Alla consegna del provvisorio, entro 24 ore dall'intervento chirurgico, le viti di guarigione sono state rimosse e sostituite con adattatori Conic (Fig. 11), convertendo i MUA in monconi conometrici. Successivamente, il provvisorio è stato posizionato e attivato mediante l'utilizzo del percussore dedicato, garantendo una corretta connessione (Figg. 12, 13).
Poiché la saldatura è stata eseguita in laboratorio, il provvisorio può aver esercitato una lieve trazione sugli impianti. Tuttavia, essendo applicato entro le 24 ore dall'intervento chirurgico, questo non ha comportato alcun danno biologico e gli impianti si sono osteointegrati correttamente nella nuova posizione.
È stato rispettato un periodo di guarigione di 6 mesi, nel corso del quale sono stati eseguiti controlli clinici periodici senza mai procedere alla rimozione della protesi.

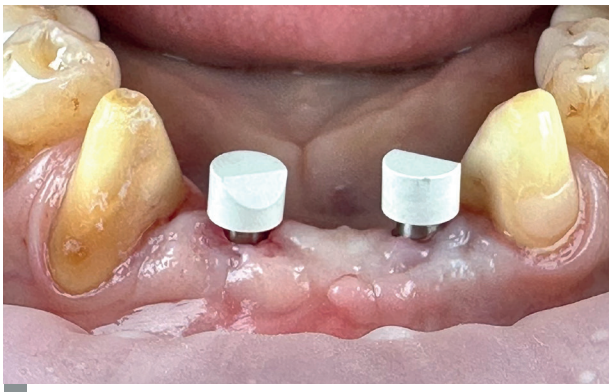


FIG. 8 - Impronta con Scan Body Inclined Plane per MUA

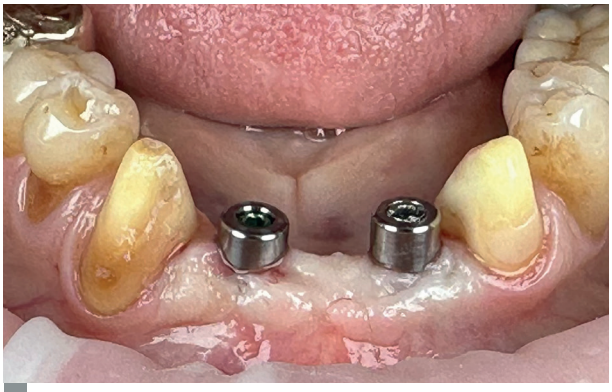


FIG. 9 - Viti di guarigione avvitati sui MUA



FIG. 10 - Provvisorio riadattato in attesa della consegna del manufatto a carico immediato

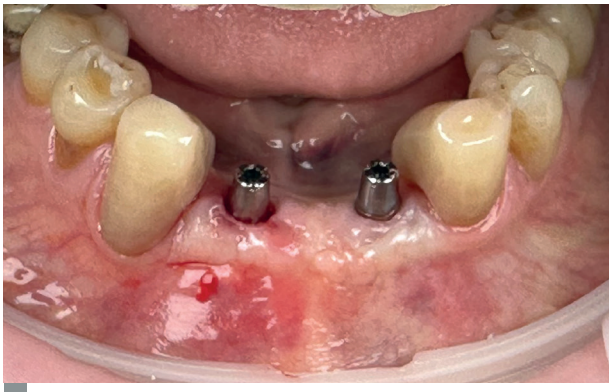


FIG. 11 - Adattatori Conic avvitati sui MUA



FIG. 12 - Consegna provvisorio immediato

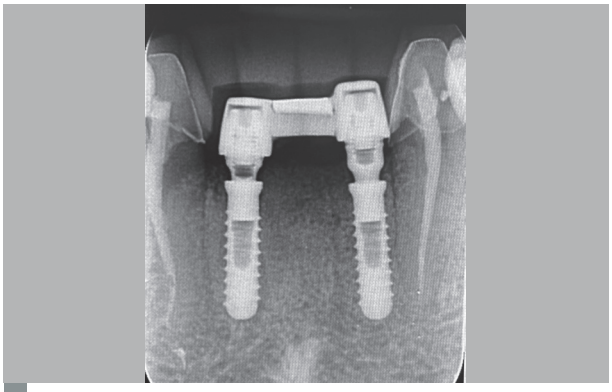


FIG. 13 - Rx di controllo con provvisorio inserito

La solidarizzazione mediante barra saldata ha garantito:
- elevata rigidità, e quindi una maggiore stabilità del provvisorio;
- una distribuzione controllata dei carichi.

La scelta della protesi conometrica si è dimostrata vantaggiosa per:
- l'assenza di componenti avvitate;
- l'eliminazione del rischio di svitamento;
- la semplicità della gestione clinica;
- la precisione dell'accoppiamento.

FASE PROTESICA DEFINITIVA

A distanza di 6 mesi si è proceduto con la realizzazione della protesi conometrica definitiva utilizzando delle cappette Fixed in PEEK. Per ottenere una buona passivazione, le cappette sono state fissate in bocca all'interno della protesi definitiva (Figg. 14,15). A fine procedura la protesi è stata rimossa per rimuovere tutti i residui di cemento; infine la protesi, ripulita dal cemento in eccesso e lucidata, è stata attivata sui monconi conometrici mediante l'utilizzo dell'apposito percussore (Fig. 16).



FIG. 14 - Tessuti condizionati dopo la rimozione del provvisorio



FIG. 15 - Cappette Fixed posizionate sui monconi conometrici



FIG. 16 - Corone definitive attivate sui monconi conometrici

CONCLUSIONI

Il caso presentato conferma come l'integrazione tra chirurgia guidata e protocolli di carico immediato consenta di ottenere risultati predicibili, in particolare quando si ripristinano i settori anteriori. La protesi conometrica, associata a una struttura rigidamente solidarizzata, rappresenta una soluzione efficace per la gestione dei provvisori immediati, garantendo semplicità operativa e affidabilità clinica.
Per la gestione della protesi fissa definitiva, la connessione conometrica permette di ridurre eventuali tensioni grazie all'impiego di cappette in PEEK, fissate intraoralmente all'interno della struttura protesica. La successiva rimozione della protesi, unitamente all'eliminazione del cemento in eccesso, permette di ridurre i rischi associati alla cementazione intraorale convenzionale.

GUIDA CHIRURGICA E REALIZZAZIONI PROTESICHE
Laboratorio odontotecnico Odt. Brillante Davide, Roma

leone.it

Conic-One

Progettato per semplificare: il moncone conometrico monopezzo offre una gestione protesica intuitiva con un design compatto e funzionale.





Alessandro Di Nardo
Odontoiatra, Lanciano (Chieti)

CASO CLINICO

WORKFLOW FULL DIGITAL PER PROTESI CONOMETRICA TOTALE SUPERIORE A CARICO IMMEDIATO

PAROLE CHIAVE
edentulia totale, impianto 3.8 Tapered, post-estrattivo immediato, carico immediato, moncone MUA-Conic, cappetta Fixed, follow-up, mantenimento osseo, stabilità tessuti gengivali, cement-free

1. INTRODUZIONE ED ANAMNESI DEL PAZIENTE

Il presente report descrive la riabilitazione protesica e chirurgica del mascellare superiore in un paziente di sesso maschile, di anni 64, ex forte fumatore. Sotto il profilo sistemico, il quadro clinico generale si presenta stabile e non si evidenziano controindicazioni mediche all'esecuzione di procedure di chirurgia orale o implantare.

2. QUADRO DIAGNOSTICO OBIETTIVO E RADIOGRAFICO

L'esame obiettivo intraorale e la successiva valutazione radiografica computerizzata (CBCT) hanno evidenziato una grave compromissione degli elementi dentari residui nell'arcata superiore (Fig. 1).
In particolare, si rilevano:
- **parodontite avanzata (stadio IV, grado C):** diffuso riassorbimento osseo verticale e orizzontale generalizzato, associato a severa compromissione del supporto parodontale;
- **mobilità patologica di Classe III (secondo Miller):** evidenziata specificamente a livello degli elementi molari residui, con prognosi infausta a breve termine;
- **incongruenza protesica e infiltrazioni:** presenza di un preesistente manufatto protesico di tipo "ponte" incongruo, al di sotto del quale si osservano monconi dentari gravemente infiltrati da processi cariogeni distruttivi e affetti da fratture corono-radicolari sotto-gengivali profonde.

3. STRATEGIA TERAPEUTICA E PIANIFICAZIONE DIGITALE

Considerato l'elevato grado di distruzione tissutale e l'impossibilità di recupero funzionale ed estetico degli elementi pilastro, si è optato per un piano di trattamento orientato alla bonifica totale dell'arcata superiore, seguita da una riabilitazione implantoprotesica a carico immediato.
Al fine di ottimizzare i parametri estetico-funzionali e guidare con precisione la successiva fase chirurgica, il caso è stato gestito tramite un flusso di lavoro interamente digitale. Dopo l'acquisizione delle impronte ottiche tridimensionali mediante scanner intraorale, è stata eseguita una fase di ceratura diagnostica digitale (digital diagnostic waxing). Questa procedura ha consentito di previsualizzare accuratamente i volumi protesici ideali, stabilire la corretta dimensione verticale e determinare i futuri profili di emergenza gengivale e di supporto labiale (Fig. 2).

4. PROTOCOLLO CHIRURGICO ED IMPLANTARE

L'intervento è iniziato con l'estrazione atraumatica di tutti gli elementi dentari compromessi dell'arcata superiore (bonifica dell'arcata) e il contestuale debridement e curettage mirato dei siti alveolari post-estrattivi.
Successivamente, si è proceduto all'inserimento di 6 impianti di morfologia conica (Tapered) con dimensioni 3.8 x 14 mm. La scelta di questa specifica geometria implantare (morfologia tapered a conicità progressiva) è stata dettata dalla necessità clinica di sfruttare al massimo la stabilità primaria macro-meccanica. La forma conica permette infatti un'ottimale compressione midollare e un elevato ancoraggio bicorticale, fondamentale per poter attuare in sicurezza il protocollo di carico immediato, garantendo valori di torque di inserimento ampiamente superiori ai minimi clinici richiesti (Figg. 3-7).

5. WORKFLOW PROTESICO: CONNESSIONE CONOMETRICA "FIXED"

Per la gestione della componente protesica a carico immediato, si è scelto di implementare una sistematica orientata alla semplificazione clinica, alla stabilità strutturale e alla biocompatibilità biologica. Nello specifico, la transizione transmucosa è stata gestita mediante l'applicazione di pilastri Multi-Unit Abutment (MUA) in versione Conic (MUA-Conic) (Figg. 8-14).
L'ancoraggio della protesi provvisoria immediata è stato ottenuto attraverso l'utilizzo di cappette Fixed. Questo sistema sfrutta il principio fisico dell'accoppiamento conometrico: l'attivazione frizionante e la ritenzione meccanica per attrito tra le pareti coniche dei MUA Conic e le cappette Fixed, consentono il bloccaggio stabile del manufatto protesico senza la necessità di utilizzare viti di ritenzione occlusale (approccio Screw-Free) né cementi di fissaggio (approccio Cement-Free).

I vantaggi biologico-meccanici di questa scelta in regime di carico immediato includono:
1. **Prevenzione delle perimplantiti:** eliminazione totale dei rischi correlati alla permanenza di residui di cemento sotto-gengivale.
2. **Integrità strutturale ed estetica:** assenza di fori d'accesso per le viti sulla superficie occlusale della protesi, garantendo una maggiore resistenza del manufatto ai carichi masticatori e una resa estetica eccellente.
3. **Sigillo marginale:** ottimale condizionamento dei tessuti molli e facilità di gestione delle manovre di igiene orale domiciliare.

A 5 mesi di distanza dall'intervento chirurgico si provvede alla realizzazione della protesi definitiva (Figg. 15-24).

6. CONCLUSIONI

Il protocollo combinato che ha previsto la pianificazione digitale pre-operatoria, l'inserimento di impianti Tapered ad alta stabilità primaria e l'immediata protesizzazione conometrica tramite MUA-Conic e cappette Fixed, ha permesso di riabilitare con successo la funzione masticatoria, fonetica ed estetica del paziente, nelle 24 ore successive all'intervento. Il decorso post-operatorio si è rivelato ottimale, confermando l'efficacia clinica di questa sistematica minimamente invasiva, predicibile e ad alta precisione, perfettamente in linea con gli standard tecnologici promossi dal Bollettino Leone.

REALIZZAZIONI PROTESICHE
Laboratorio odontotecnico Ezio Flacco - Pescara

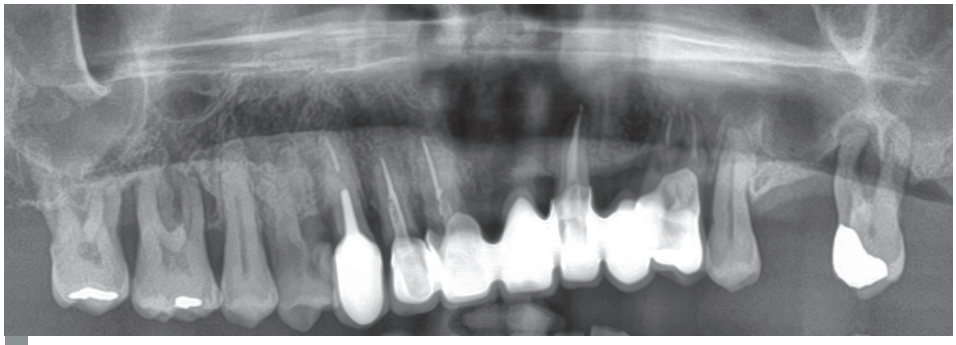


FIG. 1 - Rx preoperatoria che mostra una grave compromissione dell'arcata superiore a livello parodontale



FIG. 2 - Foto intraorale iniziale dopo aver rimosso il ponte in metallo ceramica e inserito un provvisorio come mock up prechirurgico

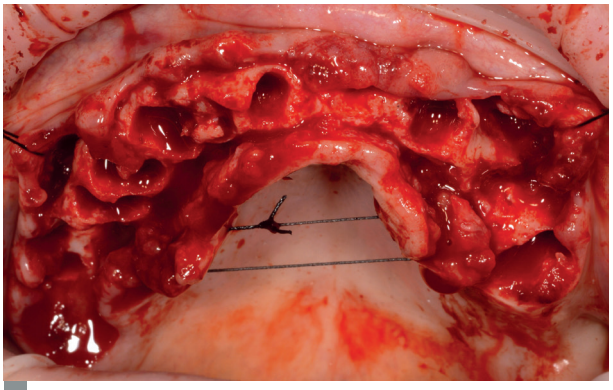


FIG. 3 - Bonifica di tutti gli elementi dentari

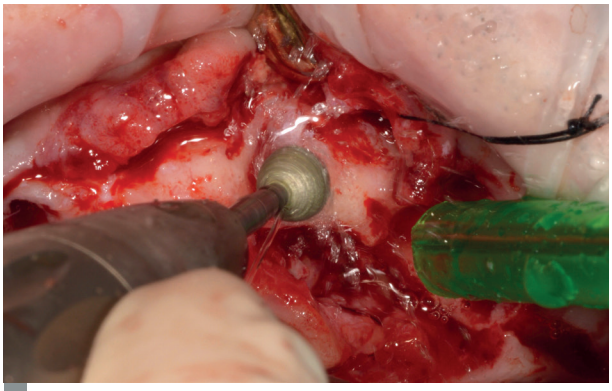


FIG. 4 - Fase di osteoplastica

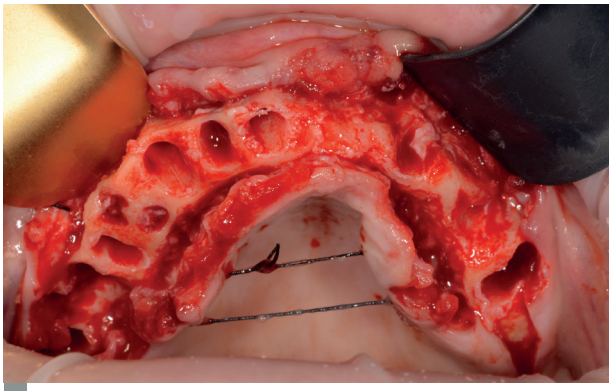


FIG. 5 - Cresta ossea dopo osteoplastica

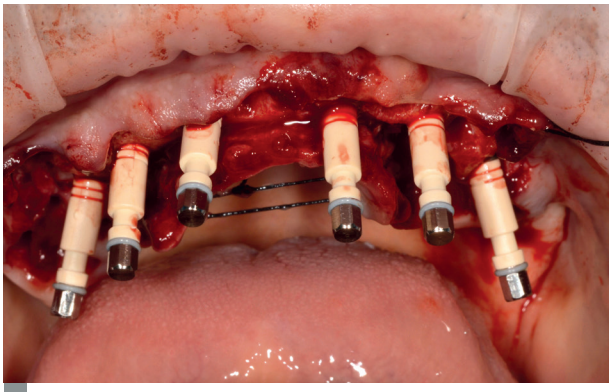


FIG. 6 - Inserimento di 6 fixture XCN® Tapered 3.8 x 14

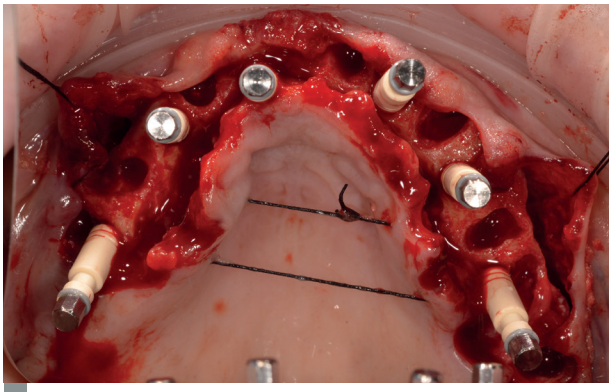


FIG. 7 - Visione occlusale

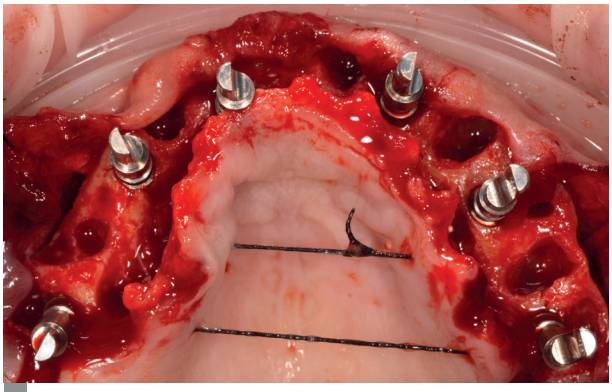


FIG. 8 - Abutment Gauge per la scelta di angolazione e altezza transmucosa dei MUA

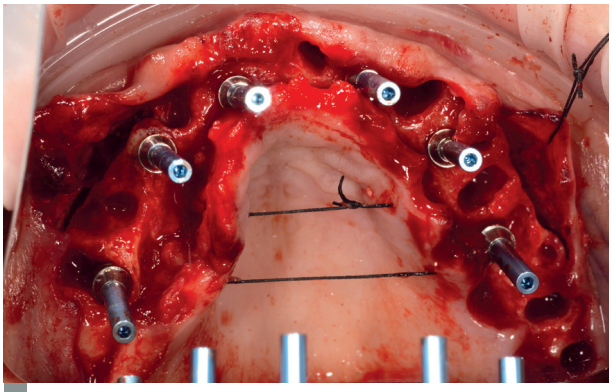


FIG. 9 - Inserimento e inconamento dei MUA

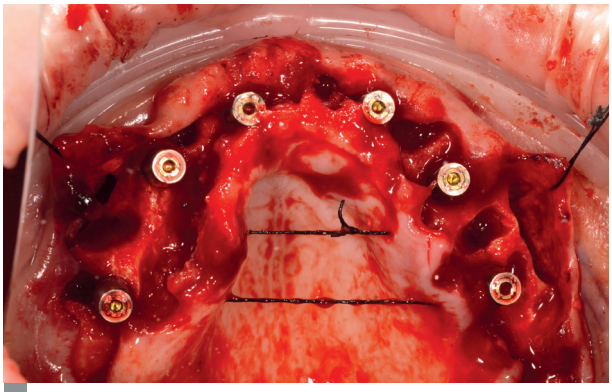


FIG. 10 - Adattatori conici avvitati sui MUA

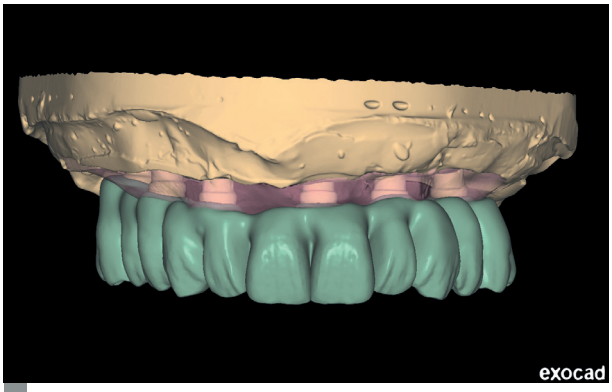


FIG. 11 - Progetto digitale del provvisorio su cappette Fixed



FIG. 12 - Realizzazione da parte del laboratorio di un provvisorio in PMMA rinforzato e incollaggio delle cappette Fixed intraoralmente



FIG. 13 - Consegna a 1 giorno dalla chirurgia

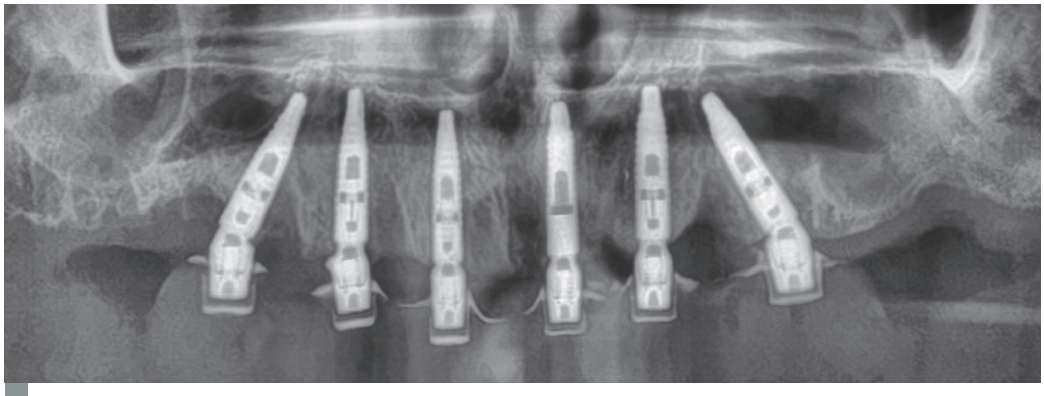


FIG. 14 - RX post consegna protesi provvisoria

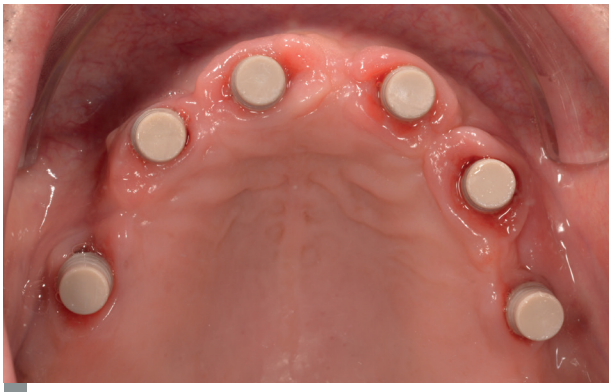


FIG. 15 - Foto a 5 mesi al momento dell'impronta definitiva

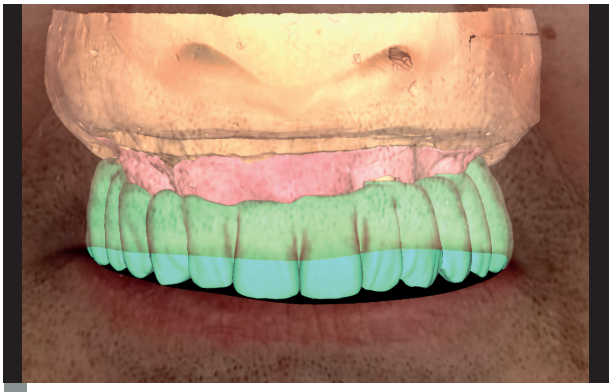


FIG. 16 - Ceratura digitale del manufatto definitivo con foto extra-orale del paziente

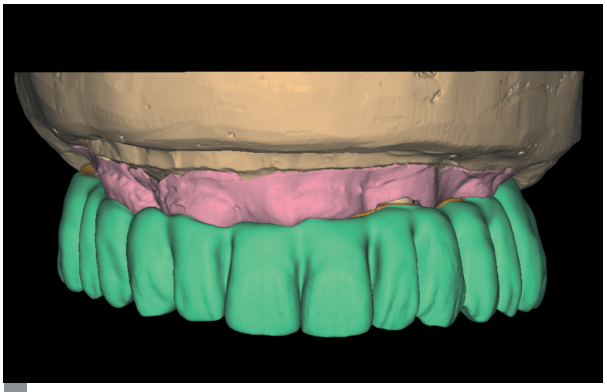


FIG. 17 - Ceratura digitale del manufatto definitivo

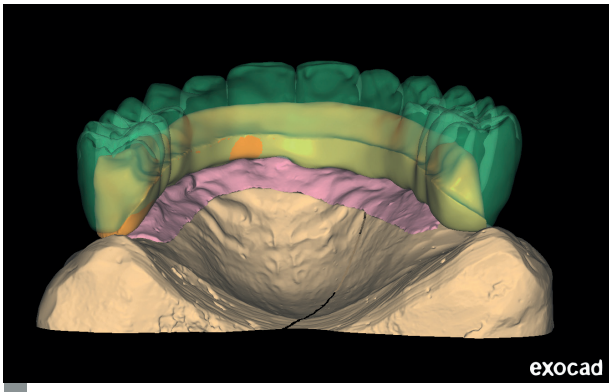


FIG. 18 - Vista digitale della sottostruttura in titanio



FIG. 19 - Prova struttura in titanio e prototipo stampato



FIG. 20 - Prova estetica del prototipo



FIG. 21 - A distanza di 7 giorni cementazione intraorale delle cappette Fixed prima della rifinitura e lucidatura



FIG. 22 - Vista occlusale della protesi definitiva in titanio-zirconia



FIG. 23 - Vista intraorale frontale della consegna della protesi implantare



FIG. 24 - Vista laterale



FIG. 25 - Foto extraorale frontale



FIGG. 26, 27 - Foto extraorale laterale



FIG. 27

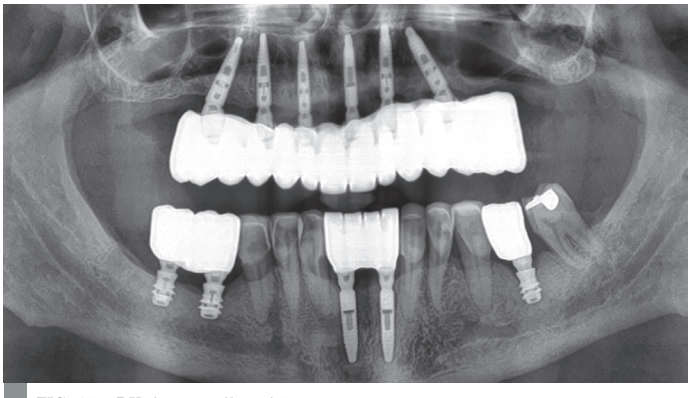


FIG. 28 - RX di controllo a 18 mesi

AGGIORNAMENTO PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE
SUL SISTEMA IMPLANTARE LEONE **XCN®**

Disponbili on line i collegamenti con gli abstract delle pubblicazioni scientifiche

RIABILITAZIONE A CARICO IMMEDIATO DI INCISIVI LATERALI AGENESICI CON IMPIANTI 3.8 TAPERED
Natali A, Belcastro S
Italian Dental Journal 2026; XXI(4):24

RIABILITAZIONE IN AREA ESTETICA 11 E 21 CON IMPIANTI 3.8 TAPERED IN PAZIENTE POLITRAUMATIZZATO
A. Di Nardo
Italian Dental Journal 2026; XXI(2):26

PROTESI FULL-ARCH CONOMETRICA CON CHIRURGIA GUIDATA ASSOCIATA ALLA TECNICA WELD
Del Pidio G
Italian Dental Journal 2025; XX(5):23

TOTAL CONOMETRIC IMPLANT PROSTHESIS REHABILITATION WITH PEEK SECONDARY CAPS: A CASE REPORT
Zanotti G, Montagna P, De Santis D, Gelpi F
Journal of Applied Cosmetology 2025;43(1):47-57

FOLLOW-UP A 20 ANNI DI UNA RIABILITAZIONE IMPLANTOPROTESICA FULL ARCH DOPO GRANDE RIALZO DI SENO BILATERALE
Guerra M, Guerra G, Guerra D, Dodaj G, Palazzo L
Italian Dental Journal 2025; XX(1):24

FOLLOW-UP A 10 ANNI DI CINQUE IMPIANTI A CARICO IMMEDIATO POSIZIONATI CON CHIRURGIA PROTESICAMENTE GUIDATA
Russo N, Coppola G, Montisci D, Turrini R
Italian Dental Journal 2024; XIX(8):31

FOLLOW-UP A 14 ANNI DI UNO SPLIT CREST COMPLESSO NELL'ARCATA INFERIORE
Targetti L
Italian Dental Journal 2024; XIX(5):24

RIABILITAZIONE IMPLANTOPROTESICA CONOMETRICA FISSA E RIMOVIBILE NELLO STESSO PAZIENTE
Orsini F, Esquiaga H
Italian Dental Journal 2024; XIX(1):23

MECHANICAL RESISTANCE OF A 2.9-MM-DIAMETER DENTAL IMPLANT WITH A MORSE-TAPER IMPLANT-ABUTMENT CONNECTION
Alberti A, Corbella S, Francetti L
J Oral Implantol 2023; 49(3):323-329

SURGICAL AND PROSTHETIC MANAGEMENT OF AN INVASICE RADICULAR CYST. TEN YEAR FOLLOW-UP CLINICAL CASE
Guerra D, D'Amario M, Lupi E, Todero MA, Capogreco M
Dental Cadmos 2023; 91(4):328-339

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



Guglielmo Zanotti
Specialista ULSS 9 di Verona

Montagna P., De Santis D., Gelpi F.
Dipartimento Testa e Collo, Dipartimento di Chirurgia, Odontoiatria
Università di Verona

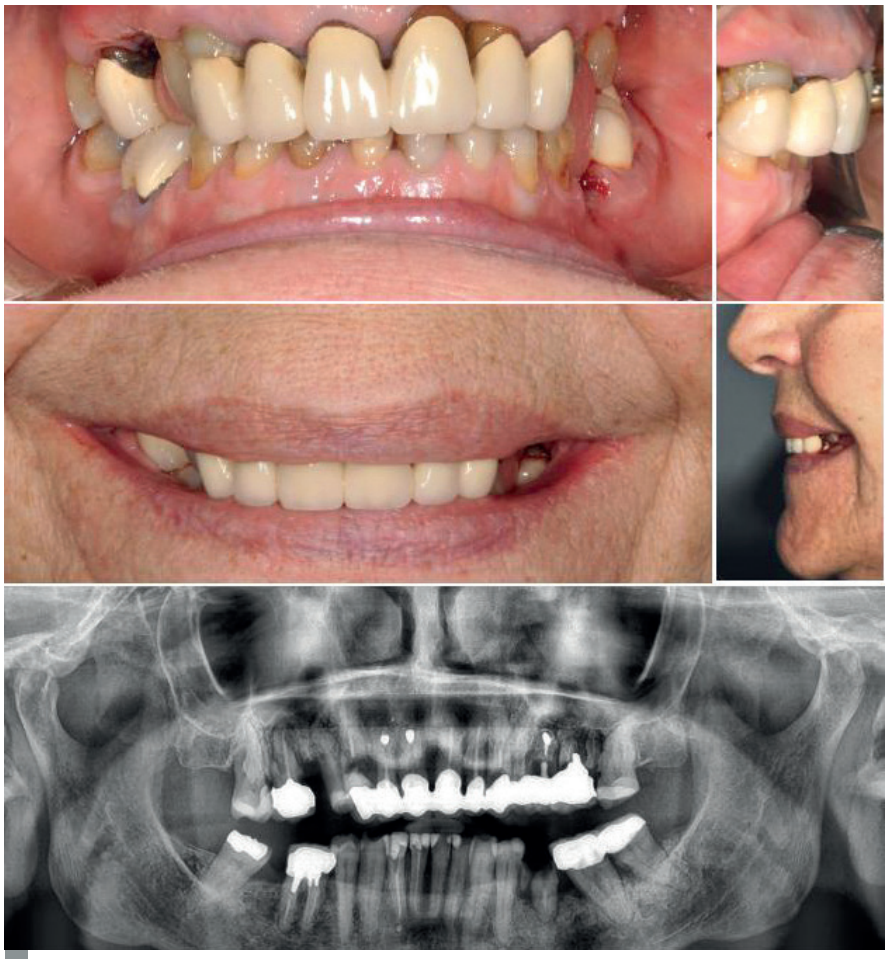
CASO CLINICO

RIABILITAZIONE BICONOMETRICA TOTALE SU CAPPETTE SECONDARIE IN PEEK

PAROLE CHIAVE
edentulia multipla, impianto Max Stability, impianto Narrow 2.9, chirurgia assistita, mini rialzo di seno mascellare, biomateriali, membrana riassorbibile, moncone MUA-Conic, impronta ottica, Scan Body Inclined Plane, CAD-CAM, protesi conometrica, cappetta Fixed, cement-free

Il seguente case report documenta un approccio innovativo che combina una connessione conometrica a livello dell'interfaccia impianto-moncone con un sistema di ritenzione conometrica basato su PEEK per la ritenzione della riabilitazione protesica. Questo approccio cerca di sopperire alle limitazioni dei tradizionali sistemi di ritenzione, migliorando la stabilità meccanica e facilitando sia la manutenzione che l'igiene.

Una donna di 66 anni si è presentata alla nostra attenzione per la riabilitazione dell'arcata superiore, lamentando disagio, talvolta associato a dolore. La storia medica della paziente era priva di rilievo. È emerso, tuttavia, che la paziente soffriva di una grave odontofobia, individuata dalla paziente come la causa della sua trascuratezza a livello orale.
L'esame clinico ha rivelato una dentizione in prevalenza terminale, coerente con il prolungato stato di trascuratezza riferito dalla paziente. Gli elementi dentari dal 1.6 al 2.6 sono stati considerati irrecuperabili a causa di problematiche endodontiche, parodontali e restaurative, sebbene la dimensione verticale dell'occlusione fosse preservata e la paziente non presentasse parafunzioni significative.
A seguito della visita iniziale, che ha incluso un esame intraorale, fotografie extraorali e un'ortopantomografia (OPT) (Figg. 1a-e), sono state discusse con la paziente le opzioni terapeutiche. Il piano di trattamento elaborato ha previsto l'estrazione degli elementi dentari irrecuperabili (in due fasi), seguita dalla consegna di una protesi rimovibile provvisoria, ricavata da un'impronta preliminare. La protesi è stata regolarmente ribasata per gestire le modifiche post-estrattive dei tessuti duri e molli. Dopo tre mesi, è stata eseguita una TC Cone Beam (CBCT) per valutare i cambiamenti ossei e finalizzare il piano di posizionamento implantare. Per garantire il preciso posizionamento dei sei impianti pianificati è stata fabbricata una dima chirurgica per la sola fresa pilota. Dopo il raggiungimento dell'osteointegrazione, gli impianti sono stati riaperti e sono stati posizionati i tappi di guarigione. Il trattamento si è concluso con la realizzazione e il posizionamento della protesi definitiva.



FIGG. 1a-e - Foto iniziali e OPT

Ogni fase chirurgica è stata preceduta da disinfezione della cute periorale con Iodio-Povidone al 10%, associata all'applicazione di vaselina per umettare i tessuti, seguita dall'anestesia locale. Il primo intervento chirurgico è stato eseguito per gestire il dolore della paziente e ha comportato l'estrazione degli elementi 1.5, 2.5 e 2.6, gravemente compromessi. L'approccio in più fasi è stato adottato anche per ridurre lo stress psicologico legato all'odontofobia della paziente.
Prima delle estrazioni, è stata eseguita una scansione intraorale digitale di entrambe le arcate per registrare la dimensione verticale di occlusione (VDO). Circa un mese dopo, a seguito della guarigione dei tessuti molli, sono stati rimossi i restanti elementi dentari non recuperabili, preservando gli elementi 1.7 e 2.7 mediante un approccio restaurativo diretto.
La protesi provvisoria, dotata di ganci sui denti residui, è stata ribasata con resina morbida ad intervalli regolari. Tre mesi dopo le estrazioni, è stata creata una dima radiologica basata sul piano protesico, ed è stata eseguita una CBCT per valutare le condizioni ossee e pianificare digitalmente il posizionamento implantare.
Gli impianti nei siti 1.2, 2.2 e 2.4 sono stati pianificati con un diametro di 2.9 mm e una lunghezza di 12 mm, nel sito 1.4 con un diametro di 3.75 mm e una lunghezza di 8 mm e nel sito 2.5 con un diametro di 3.75 mm e una lunghezza di 10 mm. Per il sito 1.5 è stato programmato un rialzo del seno mascellare con approccio crestale, mentre nel sito 1.1 è stato proposto un innesto osseo con membrana, senza pin di fissazione, per correggere le irregolarità ossee.

Dopo il completamento delle procedure preliminari, è stata eseguita un'incisione a spessore totale, leggermente palatale sulla cresta ossea. Il design dell'incisione è stato interrotto a livello della linea mediana per preservare il frenulo. La dima chirurgica per la fresa pilota è stata utilizzata sequenzialmente in tutti i siti implantari. Sono state seguite le tecniche standard per la preparazione dell'osso di tipo D3, ad eccezione del sito 1.5, dove sono stati impiegati osteotomi in combinazione con uno xenoinnesto per eseguire un piccolo rialzo simultaneo all'implantologia.
Nel sito 1.1, lo stesso materiale da innesto e una membrana sono stati applicati per creare un profilo osseo uniforme. Il lembo è stato chiuso per mezzo di punti singoli.
Un'ortopantomografia (OPT) è stata acquisita per conferma della buona riuscita delle procedure chirurgiche (Fig. 2).

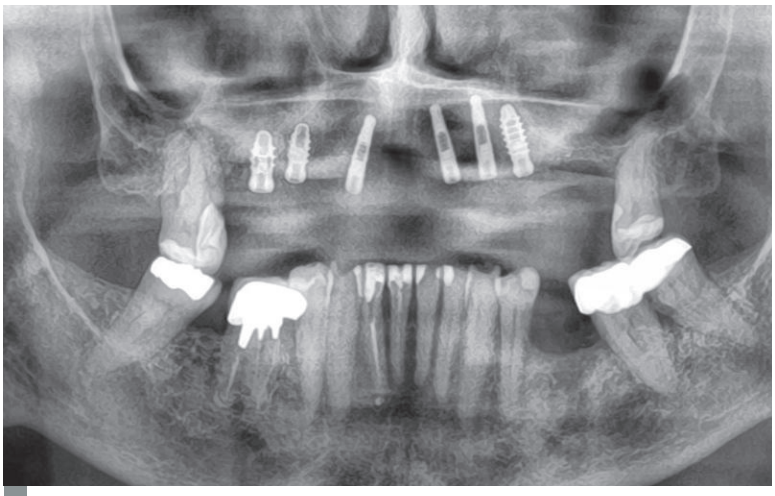


FIG. 2 - OPT di controllo post-inserimento implantare

La seconda fase chirurgica, la scopertura con l'inserimento dei tappi di guarigione, è stata eseguita a distanza di cinque mesi. Dopodiché è stata acquisita un'impronta digitale sugli Scan Body per la realizzazione di un cucchiaio individuale. Una volta stabilizzati i tessuti molli, sei settimane dopo la seconda chirurgia, successivamente all'inserimento dei MUA, è stata effettuata un'impronta tradizionale con polivinilsilossano, accompagnata da una scansione digitale simultanea (Fig. 3). In seguito all'applicazione degli adattatori Conic (Fig. 4) è stato utilizzato un mock-up in resina per valutare l'occlusione statica e dinamica (Fig. 5).

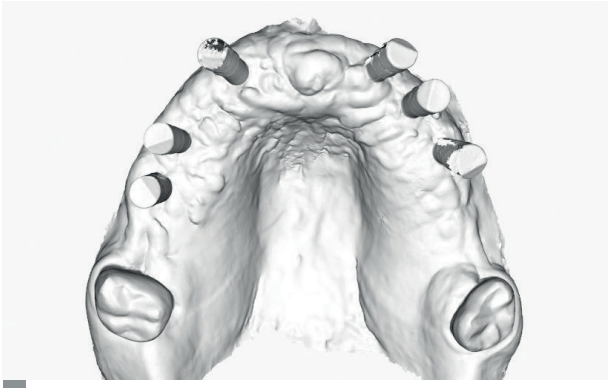


FIG. 3 - Impronta digitale sui MUA

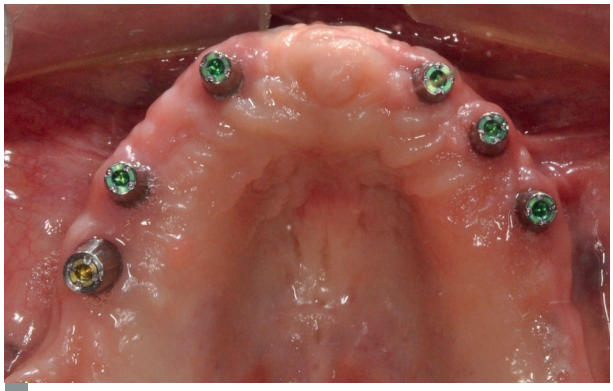


FIG. 4 - Adattatori Conic avvitati sui MUA



FIG. 5 - Mock-up

Dopo la conferma della paziente sulla forma e l'esposizione dentale, è stato selezionato il colore finale della riabilitazione. La protesi definitiva è stata realizzata solo dopo la verifica della passività della mesostruttura in Cr-Co. Le cappette in PEEK sono state cementate intraoralmente nelle rispettive posizioni all'interno della struttura, mentre la resina composita è stata utilizzata per la realizzazione sia degli elementi dentali che della gengiva artificiale, garantendo un risultato estetico soddisfacente e un costo contenuto per la paziente (Figg. 6a-c).



FIGG. 6a-c - Consegna del manufatto definitivo

L'uso dei sistemi di ritenzione telescopica non è un concetto nuovo nel campo odontoiatrico ed è stato documentato con successo in riabilitazioni parziali rimovibili e overdenture. Il principio fondamentale della metodologia è l'accoppiamento a frizione di due cappette, una primaria cementata sul moncone ed una secondaria integrata nella protesi. Questa configurazione garantisce sia una buona stabilità che uno "splintaggio secondario", che distribuisce le forze occlusali lungo l'asse longitudinale dei monconi e riduce al minimo le sollecitazioni dannose. Inoltre, la possibilità di garantire un percorso comune d'inserzione, anche in presenza di monconi non paralleli, migliora la passività della riabilitazione.
I vantaggi dei sistemi telescopici non si limitano agli effetti meccanici, dal momento che la rimovibilità della protesi consente un'igiene ottimale. Inoltre, l'accettazione da parte dei pazienti è generalmente migliorata dalla possibilità di effettuare riparazioni o adattamenti senza grandi difficoltà.
In questo contesto, il PEEK si pone come un'alternativa ai tradizionali accoppiamenti conometrici. Il PEEK offre un'eccellente biocompatibilità, eliminando il rischio legato alla genesi di prodotti legati alla corrosione e limitando l'infiammazione associata ai metalli. Dal punto di vista meccanico, il suo equilibrio tra rigidità e flessibilità permette un ottimale assorbimento delle sollecitazioni, riducendo il carico esercitato sugli impianti e sull'osso circostante. Rispetto ai materiali tradizionali come le leghe di cobalto-cromo, il PEEK dimostra una maggiore resistenza all'usura, mantenendo forze di ritenzione costanti anche dopo numerosi cicli di inserzione e rimozione. Inoltre, essendo un materiale più economico rispetto alle alternative metalliche, può essere facilmente sostituito in caso di usura eccessiva o danneggiamento. La sua compatibilità con le tecnologie CAD/CAM consente una produzione precisa, garantendo un adattamento ottimale e riducendo le complicanze legate a disallineamenti, comuni nelle protesi totali. Un ulteriore vantaggio dell'approccio telescopico, specialmente quando si utilizzano cappette secondarie in PEEK o materiali simili, è la possibilità di migliorare la passività e la ritenzione cementando le cappette intraoralmente alla mesostruttura metallica. Questa tecnica garantisce un adattamento preciso, riducendo le tensioni interne e migliorando la stabilità complessiva.
La paziente ha espresso grande soddisfazione per i risultati del trattamento. Nonostante l'iniziale ansia nei confronti delle procedure odontoiatriche, è riuscita a gestire le sue paure grazie alla bassa invasività del piano di trattamento proposto ed alla suddivisione in più fasi. Considerati i costi delle alternative proposte, la paziente si è dichiarata particolarmente soddisfatta dei risultati estetici e funzionali ottenuti con la riabilitazione. Le sue iniziali preoccupazioni riguardo alla natura rimovibile del dispositivo protesico sono svanite quando ha potuto constatare la notevole stabilità offerta dalla ritenzione telescopica durante le attività quotidiane. Ha inoltre riportato un significativo miglioramento nella sua vita sociale, grazie al recupero dell'estetica del sorriso. Le visite di controllo procedono senza significativi rilievi e, durante il periodo di guarigione, la paziente non ha riscontrato complicanze.

REALIZZAZIONI PROTESICHE
Laboratorio Daniele Iattarelli - Verona



PROGETTO
SENZARUSSARE

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

Tutta la comunicazione è incentrata sui **benefici del dormire "SENZA RUSSARE"** ed è trasmessa attraverso il sito **www.senzarussare.it**.
Inoltre, all'interno della web page, saranno **evidenziati i medici odontoiatri accreditati** SENZARUSSARE.

SENZA RUSSARE

PERCHÉ DIVENTARE MEDICO ACCREDITATO SENZARUSSARE?

PROMOZIONE E DIVULGAZIONE

SENZARUSSARE.IT

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

FACEBOOK ED INSTAGRAM

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

DEPLIANT DEDICATO AL PAZIENTE

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

TOTEM PER STUDIO

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

SUPPORTO TECNICO e DIAGNOSTICO

STRUMENTI E SERVIZI DIAGNOSTICI

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

MAD LAB

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

VUOI DIVENTARE UN MEDICO ACCREDITATO SENZARUSSARE?

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

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

È USCITA LA NUOVA EDIZIONE DEL CATALOGO LEONE®

PRODOTTI PER IMPLANTOLOGIA 2026

ALL'INTERNO POTETE TROVARE I NUOVI **IMPIANTI TAPERED** E LA NUOVA LINEA DI MONCONI **MUA ESTETICI** PER PROTESI AVVITATA MULTIPLA E **CONIC-ONE** PER PROTESI CONOMETRICA



RICHIEDI SUBITO LA TUA COPIA

LEONE s.p.a. Ortodonzia e Implantologia Via P. a Quaracchi 50 | 50019 Sesto Fiorentino Firenze | Italia | tel. 055.304401 info@leone.it