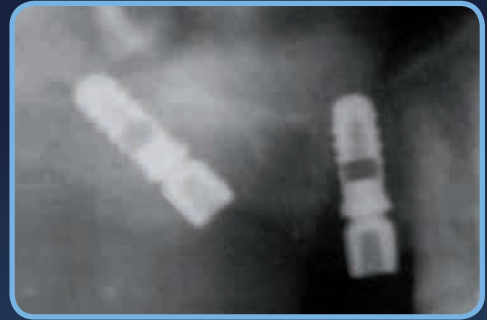
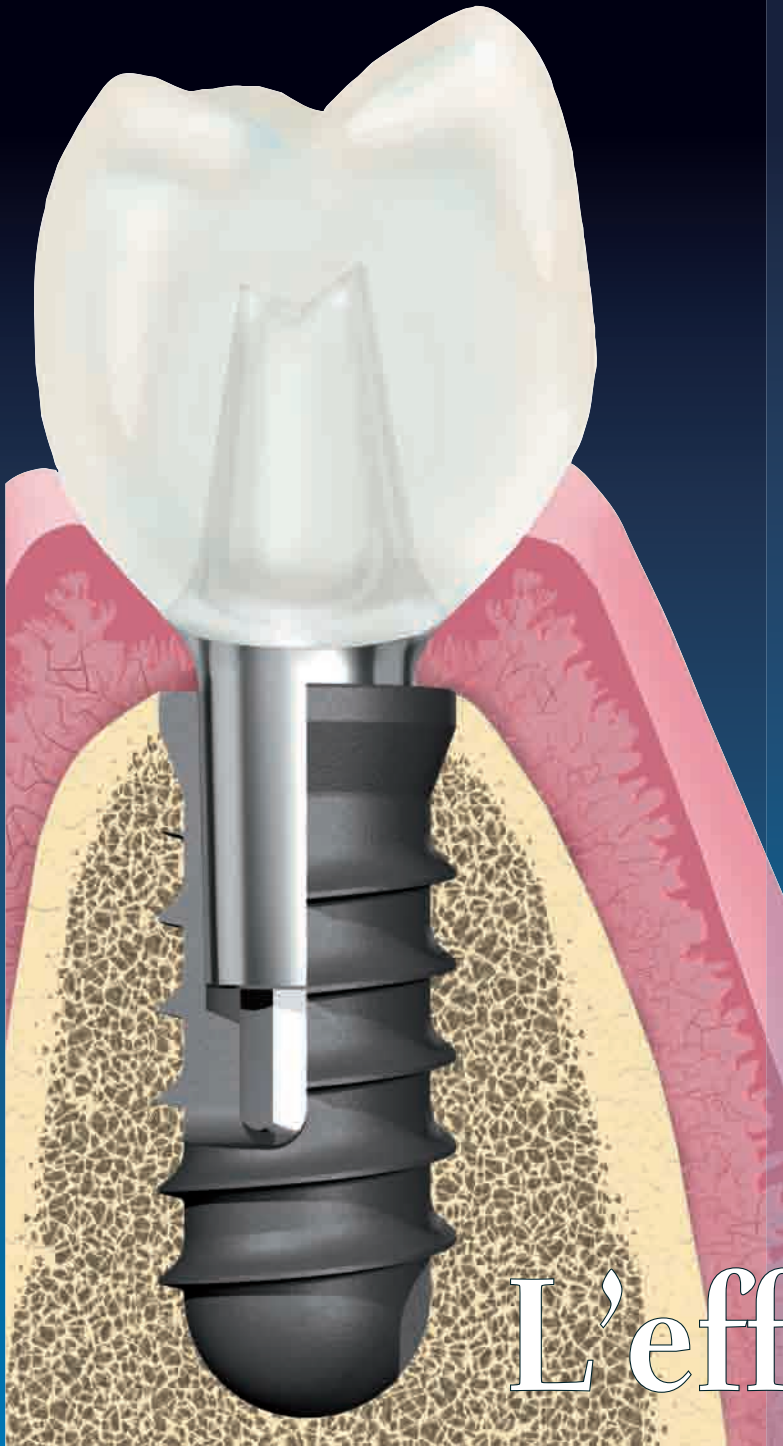


EXACONE

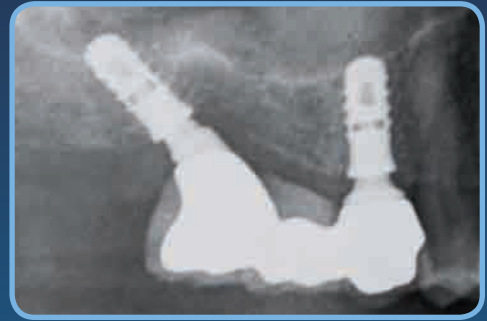
News



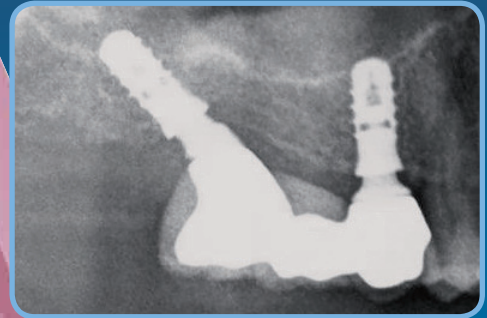
IL BOLLETTINO DEL SISTEMA IMPLANTARE LEONE



4 mesi



3 anni



5 anni

L'efficienza
della semplicità

EDITORIALE

Diversi anni fa, ad uno dei primi incontri Exacone, invitai anche un mio vecchio e caro amico. Pallavolista, era stato compagno di squadra di mio fratello e allenatore di quella femminile in cui giocavo io quando andavo ancora a scuola.

Lui è oggi un dentista a Firenze e quindi fu naturale coinvolgerlo nell'occasione di una delle prime presentazioni del nostro impianto.

Mi ricordo che, quando arrivò, era quasi commosso nel leggere la targa davanti alla sala intitolata a mio fratello Marco. Le amicizie che si stringono negli anni giovanili sono difficili da dimenticare e credo che i legami nati con lo sport lo siano ancora di più.

Tomando a quella giornata, mi ricordo ancora che sul finire del congresso il mio amico mi prese da una parte per dirmi che malgrado con il cuore avrebbe voluto usare i nostri impianti, perché gli avrebbe fatto piacere avere la possibilità di lavorare e collaborare con noi, non poteva comprarli e metterli perché non era assolutamente convinto dalle caratteristiche del prodotto, prima fra tutte il platform switching. Erano, infatti, i tempi in cui le maggiori case e il mondo scientifico implantare sottolineavano i vantaggi del profilo d'emergenza con diametro uguale a quello della fixture.

Il mio amico, che si era tenuto aggiornato e si era formato come implantologo a queste "scuole", decise che, malgrado l'affetto, non avrebbe usato l'impianto Exacone.

In questi anni poi ha continuato a seguirci, anche se da lontano, ed ogni tanto ha frequentato i nostri corsi. Finché alla fine dello scorso anno mi hanno informato che aveva acquistato un nostro pacchetto "Easy & Go" e che sarebbe venuto a fare il corso del Dott. Targetti.

Non posso quindi nascondervi la soddisfazione quando all'inizio di questo anno il dottore in questione è venuto da me e mi ha detto che ha messo i nostri impianti e ha visto delle guarigioni stupende! È molto soddisfatto e, anzi, mi ha confessato di essere dispiaciuto per non aver avuto prima fiducia nel prodotto Leone.

Volevo rendervi partecipi di questa storia solo per dirvi che noi non imponiamo i nostri prodotti con un marketing aggressivo, non insistiamo in modo pedante affinché i nostri clienti acquistino i nostri impianti, ma semplicemente cerchiamo di spiegare, sia con i corsi che con questa nostra rivista, i risultati che si possono ottenere con il nostro Exacone.

L'esperienza ci conferma come quelle che all'inizio sembravano idee anticonformiste e pioniere oggi sono la vera scelta attuale. Inoltre la peculiarità unica della nostra connessione dà all'impianto quel "quid" in più che nessun altro impianto vi potrà dare.

Continueremo quindi così, con la nostra politica di informazione e dimostrazione e cercheremo di avere sempre più clienti soddisfatti, come oggi lo è Carlo!

Elena Pozzi

Dott. Leonardo Palazzo, Dott.ssa Cristina Rossi, Dott. Fulvio Floridi, Dott.ssa Nicoletta Sansone, Dott. Salvatore Belcastro

Trattamento del mascellare posteriore superiore atrofico con approccio conservativo. Quattro case report con follow up a 36, 48 e 60 mesi dal carico.

Parole chiave

pag. 4

Aggiornamento pubblicazioni scientifiche 2010 sul Sistema Implantare Exacone Leone

pag. 12

Dott. Antonio Monicelli

Riabilitazione implantoprotesica in caso di malattia parodontale cronica

Parole chiave

pag. 14

Dott. Riccardo Della Ciana

Risultati estetici che si mantengono nel tempo

Parole chiave Caso 1

Parole chiave Caso 2

Parole chiave Caso 3

pag. 21

Aggiornamento pubblicazioni scientifiche 2011 sul Sistema Implantare Exacone Leone

pag. 27

6° Congresso Exacone™

pag. 28

INDICE

Prodotti Leone

pag. 29

Dott. Fabrizio Dell'Innocenti

Grande rialzo di seno mascellare e contestuale inserimento impianti

Parole chiave sella edentula, due fasi, grande rialzo di seno, G.B.R., biomateriale

pag. 36

Dott. Vanis Fanton

Edentulismo intercalare plurimo nel settore posteriore: l'opzione della tecnica diretta

Parole chiave edentulia multipla, fase unica, tecnica diretta, ricrescita ossea sopra la fixture

pag. 43

Corsi di Implantologia 2011-2012

Giornate propedeutiche di pratica implantologica e di rigenerazione ossea

pag. 46

Dott.ssa Irene Frezzato, Dott. Alberto Frezzato

Gestione dei tessuti nella riabilitazione implantoprotesica in zona estetica

Parole chiave corona singola, fase unica, follow up, mantenimento osseo, post-estrattivo immediato, sostituto osseo sintetico, zona estetica

pag. 49

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

Spedizione gratuita

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

IT-17-10/12



Ortodonzia e Implantologia

LEONE S.p.A.

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

Tel. 055.30.441 - Fax 055.37.48.08

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

Trattamento del mascellare posteriore superiore atrofico con approccio conservativo

Quattro case report con follow up a 36, 48 e 60 mesi dal carico

Dott. Leonardo Palazzo, Dott.ssa Cristina Rossi, Dott. Fulvio Floridi, Dott.ssa Nicoletta Sansone,
Dott. Salvatore Belcastro

Servizio di Odontoiatria dell'Ospedale di Gubbio - Responsabile Dott. Mario Guerra

Parole chiave

atrofia ossea, follow up, mini rialzo di seno, post-estrattivo immediato, tecniche osteotomiche, tuberosità

Introduzione

Il limitato spessore osseo in senso verticale dei settori mascellari posteriori dovuto ai danni causati dalla malattia parodontale e alla pneumatizzazione del seno mascellare rende particolarmente difficoltoso l'uso di protesi a supporto implantare. Partendo da una corretta diagnosi l'elevazione laterale del seno mascellare può essere considerato, attualmente, un intervento di routine e predicibile nella ricostruzione preimplantare del mascellare atrofico superiore. Il settore posteriore superiore atrofico, però, può essere gestito anche attraverso un approccio conservativo che prevede l'intervento di mini rialzo del seno mascellare (Little Sinus Lifting) e l'impiego di impianti inclinati inseriti nella regione della tuberosità o posizionati nel sito post-estrattivo dei molari al fine di utilizzare al massimo l'osso disponibile. Il Little Sinus Lifting o "accesso crestale" prevede il sollevamento a cielo coperto della membrana endosinusale attraverso l'alveolo chirurgico preparato per il posizionamento dell'impianto. Tale tecnica non può essere considerata un'alternativa al grande rialzo in quanto ha delle indicazioni diverse. Essa è una procedura chirurgica semplice, di scarsa invasività e scarsa morbilità post-operatoria. Nella nostra pratica clinica eseguiamo il mini rialzo in presenza di una cresta residua con altezza minima di 5 mm e non utilizziamo materiale riempitivo.

La tecnica chirurgica del Little Sinus Lifting senza riempitivi può essere descritta come segue: si esegue l'incisione crestale e il sollevamento di un lembo mucoperiosteale e si prepara il sito implantare fino in corrispondenza del pavimento del seno. A questa profondità si dovrà arrivare non solo con la fresa pilota, ma con tutte le frese o gli osteotomi concavi necessari per il collocamento dell'impianto scelto. Si procederà con l'osteotomo convesso che viene inserito all'interno dell'alveolo e picchettato con un martelletto fino a 2-4 mm al di là del sito implantare precedentemente preparato. Se si è stati accorti, il pavimento del seno e con esso la membrana intatta, si solleverà tramite una frattura a legno verde. Si toglie, quindi, la sonda, si esegue la manovra diagnostica del "Valsalva" per il controllo dell'integrità della membrana e si mette l'impianto. Dai 2 a 4 mm di nuovo osso si formeranno intorno alla parte apicale dell'impianto.

L'approccio conservativo, qui descritto, si avvale anche di impianti inclinati nella regione della tuberosità o di impianti post-estrattivi immediati negli alveoli dei molari persi per problemi parodontali o carie distruttive. La preparazione del sito chirurgico avviene attraverso l'uso di osteotomi concavi e convessi al fine di compattare e migliorare la qualità dell'osso.

Caso clinico 1

Paziente di anni 50 con edentulia parziale del settore postero-superiore di destra. L'OPT e il Dentscan da noi richiesti evidenziavano grave atrofia verticale. Il piano di trattamento ha previsto l'inserimento di due impianti in zona 16 (mini rialzo) e in zona distale al 17 con osteotomi concavi e convessi. La paziente è stata riabilitata con protesi fissa a supporto implantare (figg.1-12).

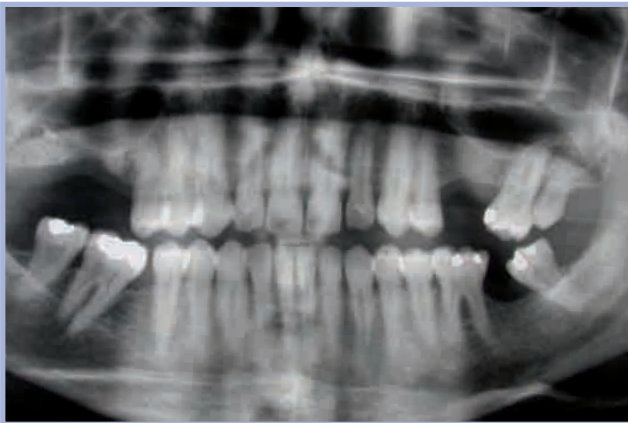


Fig. 1, 2, 3 - OPT e Dentascan pre-operatoria che evidenzia grave atrofia verticale del settore posteriore superiore di destra

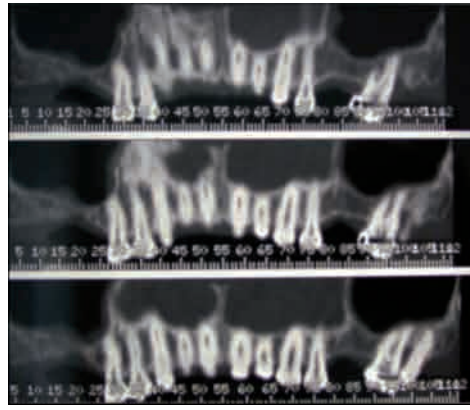


Fig. 2

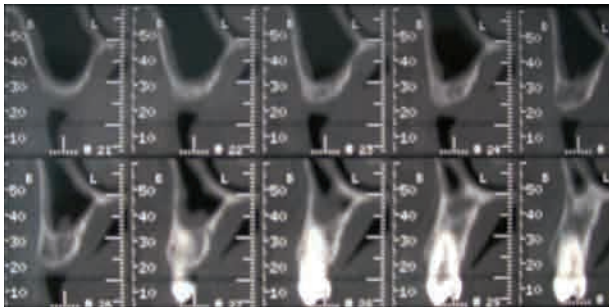


Fig. 3



Fig. 4 - Rx post-operatoria: da evidenziare l'assenza di stabilità primaria dell'impianto in zona 1.6



Fig. 5 - Rx di controllo a 4 mesi: si evidenzia neoformazione ossea intorno all'impianto in zona 1.6



Fig. 6 - Impronte



Fig. 7 - Monconi preparati in laboratorio



Fig. 8 - Armatura metallica

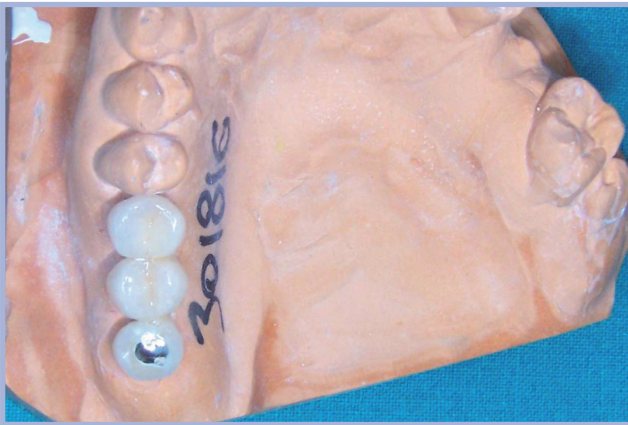


Fig. 9 - Manufatto protesico definitivo



Fig. 10, 11 - Consegna



Fig. 11



Fig. 12 - Rx a 48 mesi dal carico

Caso clinico 2

Paziente di anni 65. L'OPT evidenziava una grave parodontite degli elementi posteriori di sinistra. Abbiamo estratto gli elementi dentali compromessi facendo attenzione a risparmiare quanto più possibile i tessuti molli e l'osso alveolare residuo. Dopo adeguata toilette chirurgica degli alveoli e preparazione conservativa dei siti implantari con l'uso di osteotomi concavi e convessi abbiamo inserito un impianto in zona 2.5 e due impianti rispettivamente nella radice palatina e nella radice mesio-vestibolare del 2.7. Il paziente è stato riabilitato con protesi fissa a supporto implantare (figg.13-23).

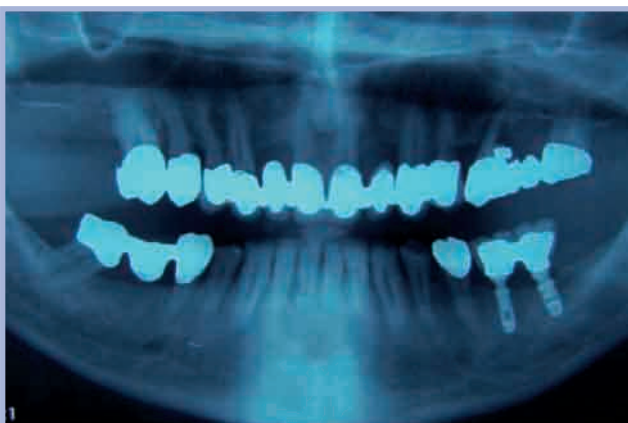


Fig. 13 - OPT pre-operatoria che evidenzia grave parodontite degli elementi 2.5 e 2.7

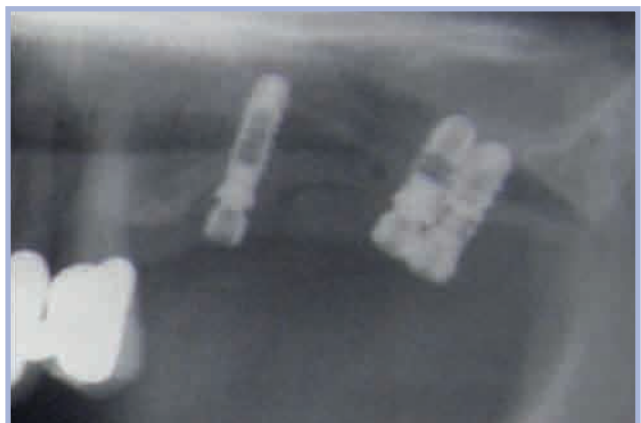


Fig. 14 - Controllo radiografico a 4 mesi dall'intervento

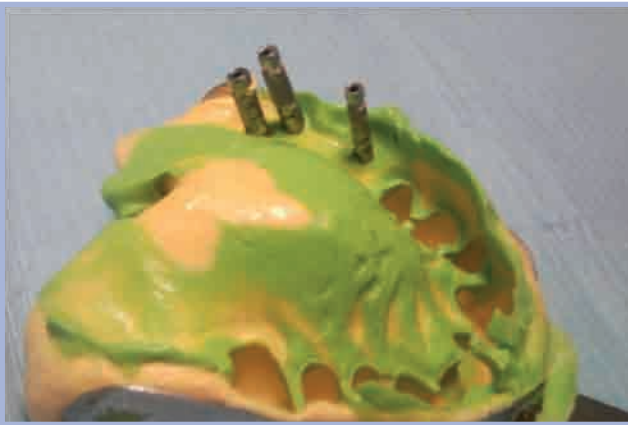


Fig. 15 - Impronta: transfer con analoghi inseriti

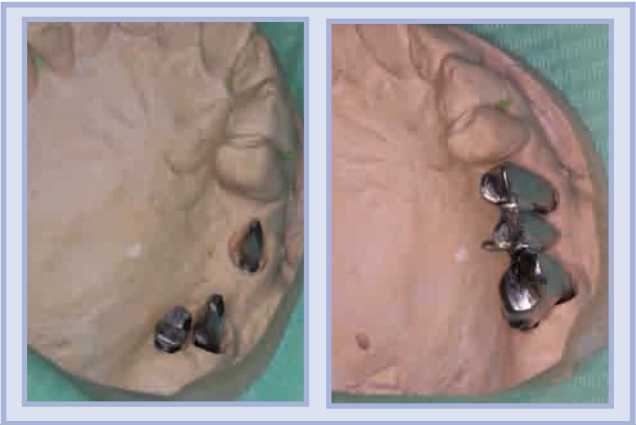


Fig. 16,17 - Monconi preparati in laboratorio e armatura metallica



Fig. 18 - Visione intraorale dei monconi preparati in laboratorio



Fig. 19 - Visione intraorale dell'armatura metallica



Fig. 20 - Manufatto protesico definitivo



Fig. 21, 22 - Visione intraorale del manufatto protesico definitivo



Fig. 22



Fig. 23 - Follow up a 48 mesi

Caso clinico 3

Paziente di anni 60. L'OPT evidenzia una grave parodontite del 1.6 e del 2.6. Sono stati inseriti quattro impianti rispettivamente in zona 16 ed in zona distale all'1.7 con estrema inclinazione e in posizione 2.5 e 2.7. Gli alveoli sono stati preparati con gli osteotomi concavi e convessi. Il paziente è stato riabilitato con protesi fissa a supporto implantare (figg. 24-34).



Fig. 24 - OPT pre-operatoria che evidenzia grave compromissione parodontale degli elementi 1.6 e 2.6



Fig. 25 - Visione intraorale degli impianti posizionati in zona 1.6 e in zona distale al 1.7

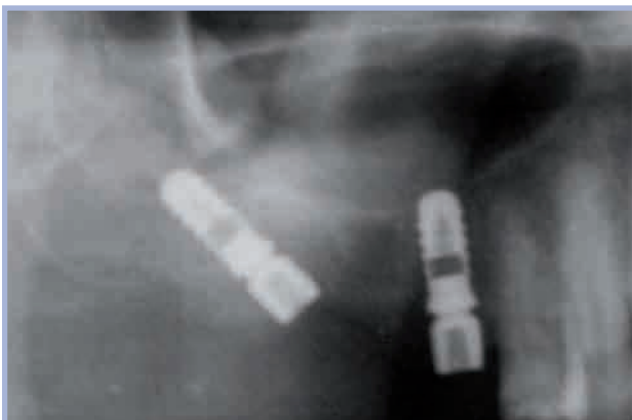


Fig. 26 - Rx di controllo a 4 mesi dall'intervento



Fig. 27 - Visione intraorale dei transfer



Fig. 28 - Impronta: il transfer distale è rimasto bloccato nel materiale d'impronta nonostante l'eccessiva inclinazione dell'impianto in zona distale all'1.7



Fig. 29 - Monconi preparati in laboratorio



Fig. 30 - Visione intraorale dei monconi preparati in laboratorio



Fig. 31 - Visione intraorale del manufatto protesico definitivo

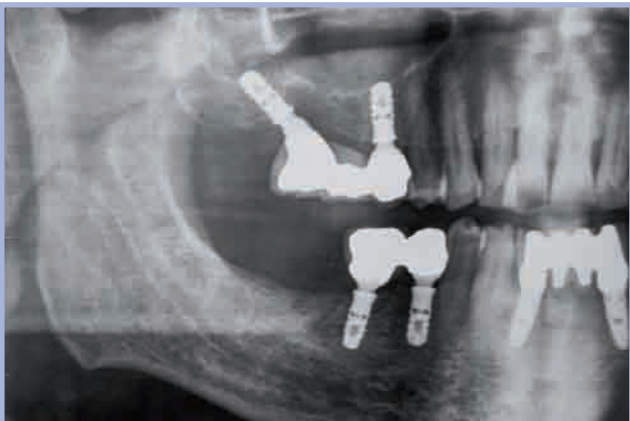


Fig. 32, 33 - Settori sup. DX e SX: follow up radiografico a 3 anni dal carico



Fig. 33



Fig. 34 - Follow up radiologico a 5 anni dal carico. Notare l'eccellente mantenimento osseo marginale a livello degli impianti

Caso clinico 4

Paziente di anni 50 con grave compromissione parodontale degli elementi 2.3, 2.6 e 2.7. Sono stati posizionati quattro impianti rispettivamente in zona 2.3, 2.4, 2.5 e nell'alveolo post-estrattivo della radice palatina del 2.6. Il paziente è stato riabilitato con una protesi fissa a supporto implantare a quattro mesi dall'intervento di chirurgia implantare (figg. 35-48).

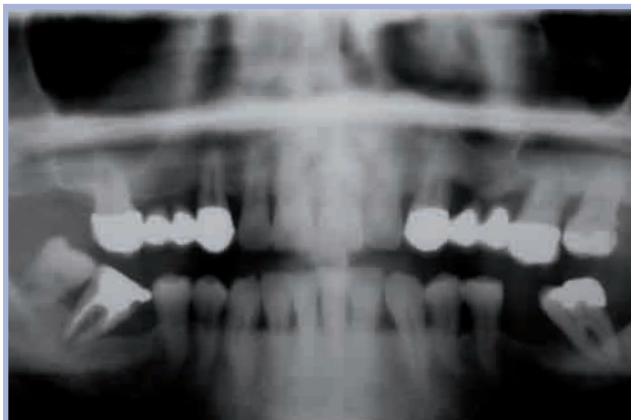


Fig. 35 - Ortopantomografia

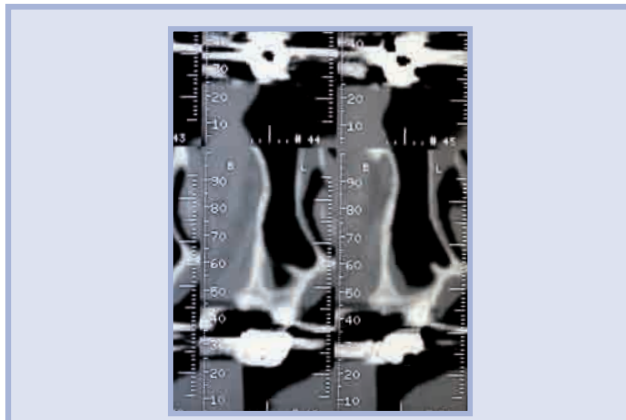


Fig. 36 - Dentascan: sezione coronale dell'elemento 2.6. Si noti la scarsa disponibilità ossea in senso verticale

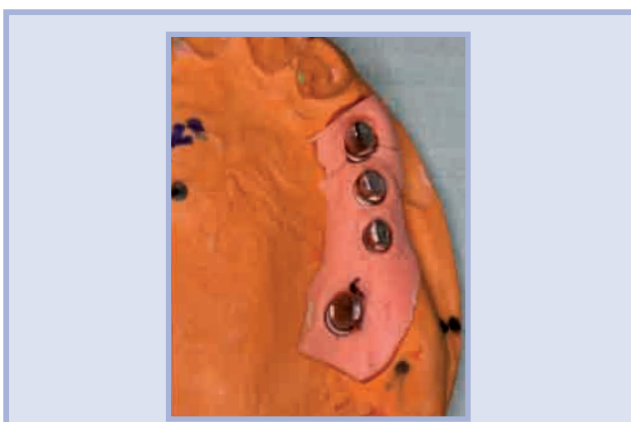


Fig. 37 - Monconi preparati in laboratorio



Fig. 38 - Check estetico-funzionale



Fig. 39 - Visione intraorale dei monconi preparati in laboratorio



Fig. 40 - Visione intraorale del check estetico-funzionale



Fig. 41, 42 - Visione intraorale dell'armatura metallica



Fig. 42



Fig. 43 - Manufatto protesico definitivo



Fig. 44, 45 - Consegna



Fig. 45



Fig. 46 - Controllo a 3 mesi dal carico



Fig. 47 - Controllo a 1 anno dal carico

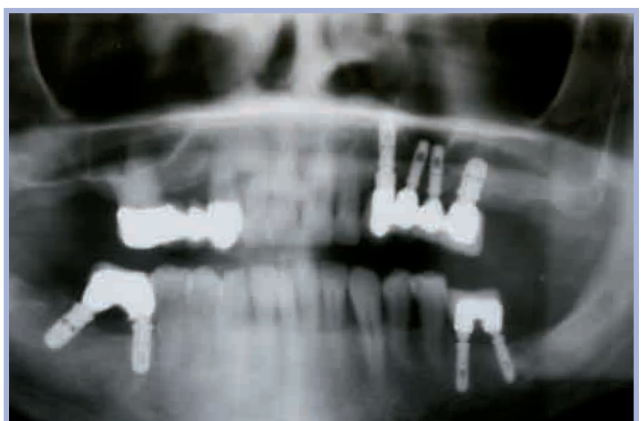


Fig. 48 - Follow up a 4 anni

Conclusioni

Le alternative terapeutiche descritte permettono di evitare interventi di grande rialzo del seno mascellare, senza rinunciare a un'elevata percentuale di successo. Queste alternative riducono il rischio di insorgenza di complicanze post-operatorie, consentono di ridurre i tempi di attesa e, in caso di fallimento, non compromettono la possibilità di attuare in un secondo tempo altre terapie riabilitative. Nel raggiungimento di questi eccellenti risultati in termini di mantenimento osseo marginale nel tempo, gioca un ruolo importante la connessione protesica del sistema Exacone™ (cono Morse puro e un esagono di riposizionamento) che consente un'ottima stabilità dell'unità moncone-impianto, una drastica riduzione del microgap e dei micromovimenti.

Realizzazioni protesiche

Laboratorio Wilocs S.r.l. - Roma

AGGIORNAMENTO PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE 2010 sul Sistema Implantare **EXACONE™**

DU BON USAGE DE LA DIVERGENCE DE LA DENT UNITAIRE A LA PROTHÈSE IMPLANTO-PORTEÉE A L'AIDE D'IMPLANT A CONNECTIQUE CONE MORSE SANS VISSAGE

Monin J C, Monin A

Implantologie novembre 2010

L'IMPIEGO DI IMPIANTI NELLA REGIONE DELLA TUBEROSITÀ COME TERAPIA ALTERNATIVA ALL'INTERVENTO DI GRANDE RIALZO DEL SENO MASCELLARE. CONSIDERAZIONI ANATOMICHE E CHIRURGICHE

Palazzo L, Rossi C, Mannarino MR, Sessa M, Belcastro S, Floridi P, Guerra M

Implantologia QE 2010; 3: 31-38

IMPIANTO CORTO EXACONE 6.5 PROTESIZZATO CON MONCONE MULTITECH E TECNOLOGIA CAD-CAM CON LASER SINTERIZZATO

Meli R

Notiziario ANDI Firenze 2-2010

CONNESSIONE CONICA AUTOBLOCCANTE EXACONE E TECNOLOGIA CAD/CAM SINONIMO DI PRECISIONE ESTETICA E AFFIDABILITÀ

Meli R, Pisa M

Quintessenza Internazionale speciale implantologia n°3bis 2010; 97-105

FIRST STEP. CHIRURGIA IMPLANTARE SOFTWARE GUIDATA NELL'ARCATA SUPERIORE DI DESTRA

Turrini R

Doctor OS 2010; 21 (6):718-719

STUDIO PROSPETTICO MULTICENTRICO SU 2707 IMPIANTI A CONNESSIONE CONOMETRICA

Mangano C, Mangano F, Muscas M, Figliuzzi M, Piattelli A

Implantologia QE 2010; 2: 13-23

IMPIANTI POSTESTRATTIVI A CARICO IMMEDIATO IN PAZIENTI AFFETTI DA DISABILITÀ PSICOFISICA

Gallo C, Beghetto M

Implantologia QE 2010; 2: 73-78

Riabilitazione implantoprotesica in caso di malattia parodontale cronica

Dott. Antonio Monicelli
Libero professionista a Lugnano (Pi)

Parole chiave

atrofia ossea, edentulia multipla, follow up, tecnica monofasica, zona molare

Paziente femminile non fumatrice di anni 65. La paziente si presenta in data 14/03/06 con formula dentaria superiore 15-14-13-12-11-21-22-23 e inferiore 35-34-33-32-31-42-43-44-46-47, malattia parodontale cronica dell'adulto con presenza di tartaro, sanguinamento e sondaggio parodontale su tutti gli elementi (figg. 1, 2); la paziente rifiuta a priori la protesi parziale rimovibile per motivi funzionali.

Si pianifica il piano di trattamento iniziale che sarà in un primo momento chirurgico parodontale: si procede all'estrazione di 15,14,31,34 che per parodontopatia non hanno più supporto osseo e mobilità di grado 3 e si eseguono interventi a lembo sugli elementi residui. Nel frattempo il 35 è stato perduto spontaneamente. Il 32 e il 42, dopo scaling e root planing risultano di mobilità grado 2, vengono quindi sottoposti a cura canalare e ortodonticamente fatti migrare verso i canini vicini e trattati con odontoplastica incisale per ovviare all'estrusione susseguente alla malattia parodontale (figg. 3-5).

Si procede quindi alla fase conservativo-protetica: si esegue otturazione 47 oclusale in amalgama data la non visibilità dell'elemento e si sostituisce la vecchia amalgama su 46 con intarsio M.O.D. in Adoro; si decide a questo punto di ripristinare il settore incisale inferiore con uno splintaggio-ponte Maryland su 44-43-42-41-31-32-33 in modo da bloccare elementi parodontopatici e ripristinare 2 incisivi centrali inferiori mentre alla visita la paziente ne aveva già perso uno (figg. 6-10). La decisione di non ricorrere all'implantologia in questa sede è stata motivata dalla duplice esigenza di splintare gli elementi residui e ripristinare i mancanti, cosa che era possibile ottenere con un solo intervento protesico classico.

Nel tempo impiegato dal trattamento protesico abbiamo avuto la guarigione ossea dei siti estrattivi e viene quindi pianificato il trattamento implantare con impianti Exacone™ Leone. Si inseriscono quindi 2 impianti: uno in sede 14 (\varnothing 4.8 L 12 mm) e l'altro in sede 15 (\varnothing 4,8 L 10 mm) con tecnica flapless dato che la base ossea si presenta con profilo piatto e si inseriscono subito tappi di guarigione standard (figg. 11, 12).

In una seduta successiva si inseriscono 3 impianti: in sede 24 (\varnothing 4.1 L 12 mm), 25 (\varnothing 4,1 L 10 mm) e 26 (\varnothing 4,8 L 8 mm) aprendo un lembo, apponendo osso sintetico in zona vestibolare per la scarsità di osso e inserendo comunque tappi di guarigione standard vista la buona stabilità primaria (figg. 13-15).

Si passa quindi all'arcata inferiore dove vengono posti 3 impianti in sede 34 (\varnothing 4.1 L 12 mm), 35 (\varnothing 4,1 L 10 mm) e 36 (\varnothing 4,1 L 8 mm) aprendo un lembo con incisione paramarginale linguale per ottenere a guarigione avvenuta il dislocamento della gengiva aderente vestibolarmente agli impianti appena messi grazie ai tappi di guarigione standard, spianando la corticale ossea per ovviare al suo profilo troppo acuto non congruo con la testa piatta dell'impianto (figg. 16,17). A distanza di 9 mesi dall'inserimento degli ultimi impianti si procede con la presa d'impronta, il confezionamento (figg. 18-26) e la consegna della protesi definitiva (figg. 27-32).

Il controllo clinico e radiografico a due anni e mezzo dall'applicazione della protesi definitiva evidenzia un buon mantenimento del lavoro implantare e protesico (figg. 33-38), la paziente, molto migliorata nella compliance ai dettami della salute orale dal momento della prima visita in poi, si mantiene collaborante nell'igiene domiciliare e nei controlli di igiene semestrale.



Fig. 1

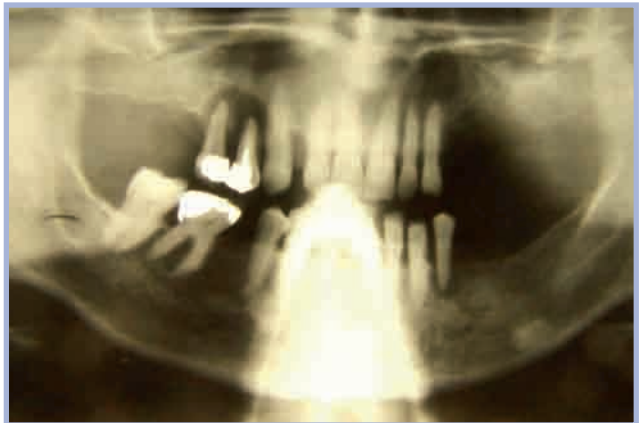


Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8

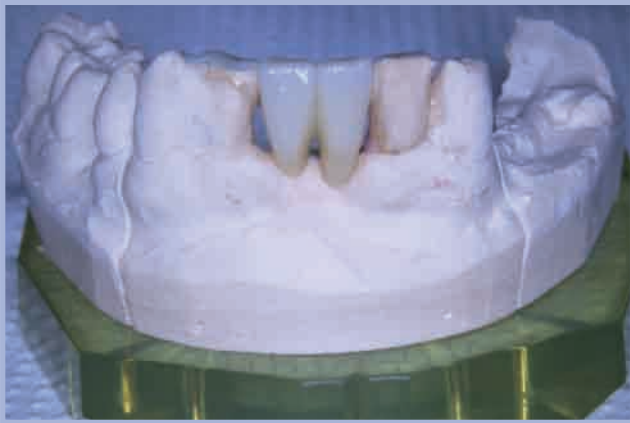


Fig. 9



Fig. 10

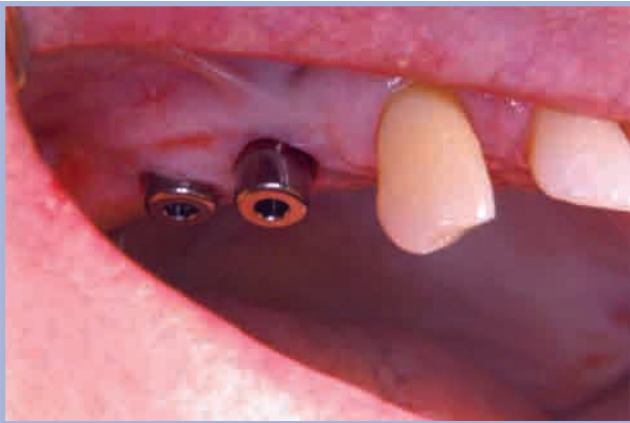


Fig. 11



Fig. 12

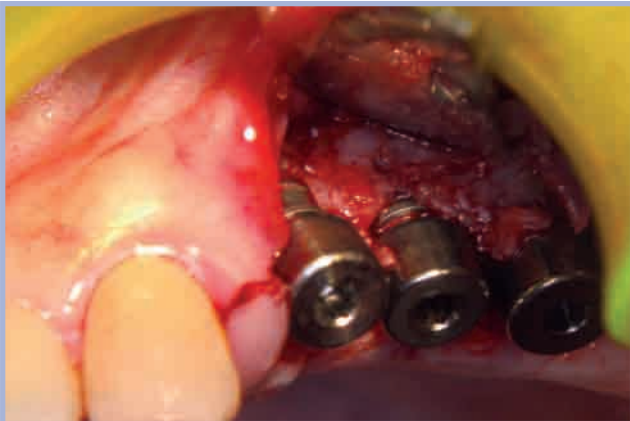


Fig. 13

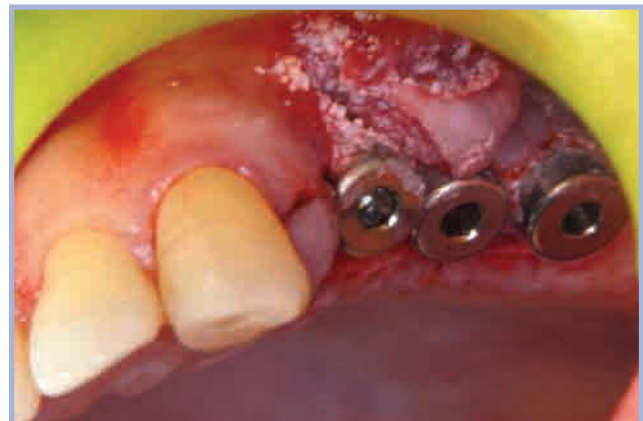


Fig. 14



Fig. 15



Fig. 16



Fig. 17



Fig. 18

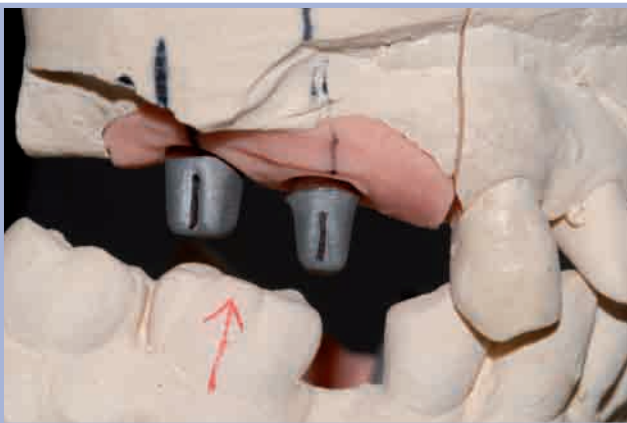


Fig. 19

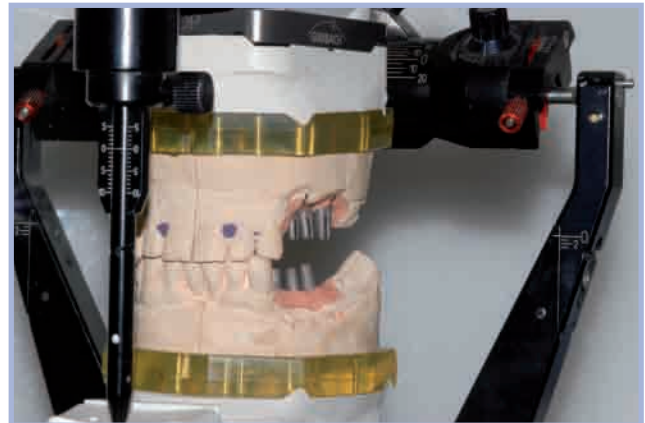


Fig. 20



Fig. 21



Fig. 22



Fig. 23



Fig. 24



Fig. 25



Fig. 26



Fig. 27



Fig. 28



Fig. 29



Fig. 30



Fig. 31



Fig. 32



Fig. 33



Fig. 34



Fig. 35



Fig. 36



Fig. 37



Fig. 38

Realizzazioni protesiche

Laboratorio odontotecnico Azimut Dentale - Pisa

Risultati estetici che si mantengono nel tempo

Dott. Riccardo Della Ciana

Libero professionista a Civitanova Marche - (Mc)

L'impianto Exacone™ con la sua connessione conica senza vite, garantisce non solo la chiusura del gap tra moncone e impianto, ma permette anche molte tecniche alternative a quelle tradizionali che aiutano a ottenere ottimi risultati estetici in grado di mantenersi nel tempo. Nel primo caso presentato qui di seguito, data la giovane età del paziente, era fondamentale usare un sistema che garantisse il mantenimento dei tessuti periimplantari negli anni e inoltre è stata adottata la tecnica di cementazione extra-orale. Il secondo e il terzo caso sono impianti post-estrattivi immediati, sui quali abbiamo subito posizionato dei tappi di guarigione. Questi hanno guidato la fase di maturazione dei tessuti molli periimplantari ottimizzando il risultato estetico del restauro finale.

Caso 1

Parole chiave

agenesie multiple, cementazione extra-orale, connessione cono Morse, ortodonzia pre-protetica, zona estetica

In questo giovane adulto, giunto alla nostra osservazione verso la fine della crescita puberale, si osserva l'agenesia di numerosi elementi dentari permanenti (fig. 1). In particolare: 12, 22, 25, 17, 18, 27, 35, 45, 47, 48, 37, 38. Si osservava inoltre la presenza in arcata degli elementi decidui relativi alle agenesie (52, 62, 65, 75, 85), in un quadro occlusale e scheletrico di prima classe, normodivergente con over-bite e diastemi multipli (figg. 2-4). In accordo con i genitori abbiamo intrapreso il seguente programma di riabilitazione:

- 1) Iniziare subito con: un trattamento ortodontico multibrackets al fine di correggere il morso profondo, ottimizzare gli spazi residui e correggere alcune rotazioni;
- 2) A breve termine (alla fine della crescita scheletrica): una riabilitazione implantoprotetica per gli elementi 12, 22, 35, 45;
- 3) A medio termine (nella terza decade di vita): la riabilitazione degli elementi 25, 17, 37 e 47, peraltro importante per il quadro estetico e funzionale.

Durante la terapia ortodontica gli elementi decidui 52 e 62 (incisivi laterali decidui) sono stati modificati con "additional" in composito per renderli simili, nel colore e nella forma ai denti definitivi. Mentre gli elementi decidui 75 e 85 sono stati ridotti nella dimensione mesiodistale (sliding), fino a raggiungere la stessa dimensione di 34 e 44. Questo ha consentito di controllare meglio gli spazi. Al termine del trattamento ortodontico (fase 1) abbiamo atteso la fine della crescita scheletrica, valutata con il metodo della maturazione delle vertebre cervicali (MVC), per poi passare alla fase implantoprotetica (fig. 5). Gli impianti sono stati posizionati come da progetto iniziale nelle posizioni 12, 22, 35 e 45, realizzando contestualmente le estrazioni dei relativi decidui (post-estrattivi immediati). Abbiamo utilizzato impianti Exacone™ Leone di diametro 3,3 e lunghezza 14 per le posizioni 12 e 22 e per le posizioni 35 e 45 di diametro 4,1 e lunghezza 10. Per il posizionamento degli impianti ho utilizzato un lembo a spessore parziale, con incisioni paramarginali ai denti adiacenti e senza rilasci verticali. La preparazione dei siti implantari è stata fatta con Sonosurgery® (Komet) e osteotomi Leone. Nella fase di osteointegrazione, l'estetica anteriore è stata mantenuta con denti in composito splintati. La riabilitazione è stata poi completata con corone in zirconio-ceramica, cementate in extra-orale e con un restauro in composito sul margine mesiale del 21 (figg. 6-14).

La connessione conica pura degli impianti Exacone™ dava la migliore garanzia, sia per la chiusura del gap impianto-moncone

attraverso una connessione conica, che per l'utilizzo di un moncone in titanio pieno. Infatti, qualora il nostro paziente avesse avuto una crescita scheletrica residua nella fase post implantare, il margine di connessione impianto-moncone sarebbe potuto migrare apicalmente andandosi a posizionare ben al di sotto della cresta marginale. Ora, una connessione che non avesse garantito un perfetto sigillo del gap impianto-moncone, avrebbe certamente innescato un processo di flogosi (per la penetrazione batterica nel lume implantare attraverso un moncone cavo), con il conseguente riassorbimento osseo tissutale in una zona di fondamentale importanza estetica.



Fig. 1 - OPT iniziale: si notano le agenesie multiple



Fig. 2, 3, 4 - Situazione iniziale: si notano i diastemi e il morso profondo



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5 - Fase finale della terapia ortodontica. Gli impianti in posizione 35 e 45 sono già stati posizionati



Fig. 6, 7 - Prova dei monconi in titanio

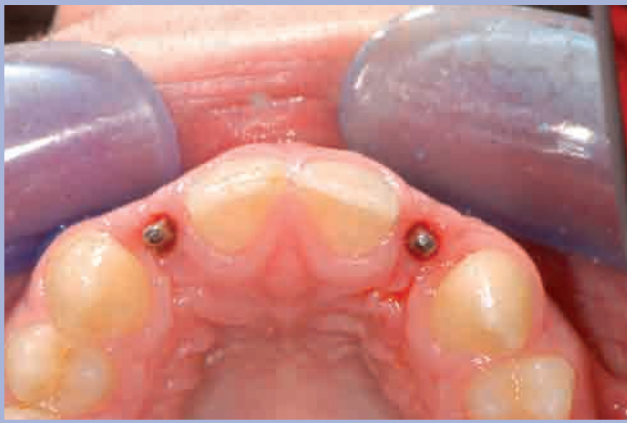


Fig. 7



Fig. 8 - Prova delle cappette in zirconia



Fig. 9,10, 11 - Cementazione extra-orale e posizionamento delle corone definitive



Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12, 13 - Risultato finale: buona integrazione estetica e funzionale della corona. Si nota anche il restauro in composito sul 21



Fig. 13

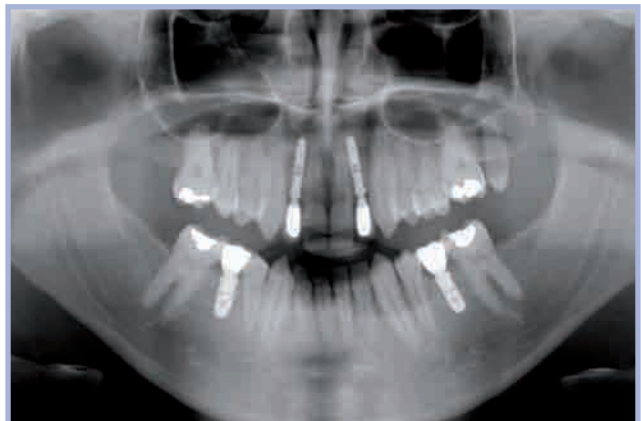


Fig. 14 - OPT finale: si nota il perfetto stato del margine osseo periimplantare

Caso 2

Parole chiave

dente singolo, monconi anatomici Exacone™ 360°, post-estrattivo immediato, tecnica monofasica, zona estetica

Questo giovane paziente è giunto alla nostra osservazione per la riabilitazione protesica del 22 di cui residuava una radice necrotica, con lesione periapicale e mobilità (fig. 15). Si decideva per una riabilitazione implantare che avrebbe consentito una prognosi di gran lunga maggiore rispetto a quella offerta dalla canonica endodonzia, ricostruzione e corona. Si è quindi proceduto ad applicare un impianto post-estrattivo immediato. Effettuato un lembo a spessore parziale, con incisioni paramarginali ai denti adiacenti e senza rilasci verticali, dopo un'attenta estrazione del residuo radicolare, volta a salvaguardare l'integrità della corticale vestibolare e un courettage dell'alveolo post-estrattivo, si è preparato il sito implantare con frese ed osteotomi Leone. Abbiamo, quindi, posizionato un impianto Exacone™ di diametro 4,1 lunghezza 14 mm e, di seguito, un tappo di guarigione da 5 mm di tragitto transmucoso (fig. 16). Dopo un periodo di osteointegrazione di tre mesi, il caso è stato completato con una corona in zirconia-ceramica (figg. 17-24).



Fig. 15 - OPT iniziale



Fig. 16 - OPT post intervento



Fig. 17 - Inserimento permanente del moncone in titanio



Fig. 18 - Prova della cappetta in zirconia e presa del colore



Fig. 19 - Provvisorio in resina sul moncone definitivo



Fig. 20, 21, 22, 23 - Corona definitiva in zirconia ceramica, ben integrata a livello estetico e funzionale



Fig. 21



Fig. 22



Fig. 23



Fig. 24 - Controllo Rx finale

Caso 3

Parole chiave dente singolo, monconi anatomici Exacone™ 360°, post-estrattivo immediato, tecnica monofasica, zona molare

Questa paziente è giunta alla nostra osservazione per la riabilitazione protesica del 45. Il dente, precedentemente devitalizzato e ricostruito, era gravemente compromesso da una carie secondaria della corona e da una frattura del terzo prossimale della radice nel cui canale beava una vite endocanale (fig. 25). La situazione imponeva, quindi, una riabilitazione implantare che avesse consentito un'ottima prognosi a lungo termine. Si è quindi proceduto ad applicare un impianto post-estrattivo immediato. Effettuato un lembo a spessore parziale, con incisioni paramarginali ai denti adiacenti e senza rilasci verticali, dopo un'attenta estrazione del residuo radicolare ed un curettage dell'alveolo post-estrattivo, si è preparato il sito implantare con frese Leone e Sonosurgery® (Komet). Abbiamo, quindi, posizionato un impianto di diametro 4,8, lunghezza 12 mm e, di seguito, un tappo di guarigione da 5 mm di tragitto transmucoso (fig. 26). Dopo un periodo di osteointegrazione di tre mesi, il caso è stato completato con una corona in zirconia-ceramica (figg. 27-32).



Fig. 25 - OPT iniziale



Fig. 26 - OPT in fase chirurgica, prima dell'applicazione del tappo di guarigione



Fig. 27 - Inserimento permanente del moncone in titanio

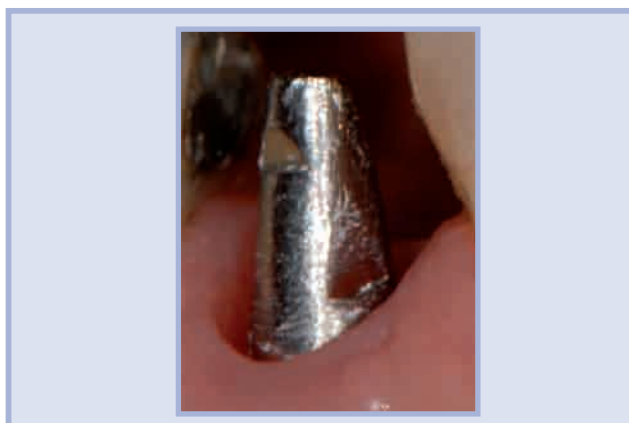


Fig. 28 - Si può apprezzare il perfetto stato dei tessuti periimplantari



Figg. 29, 30, 31 - Corona definitiva in zirconia ceramica, ben integrata a livello estetico e funzionale



Fig. 30



Fig. 31

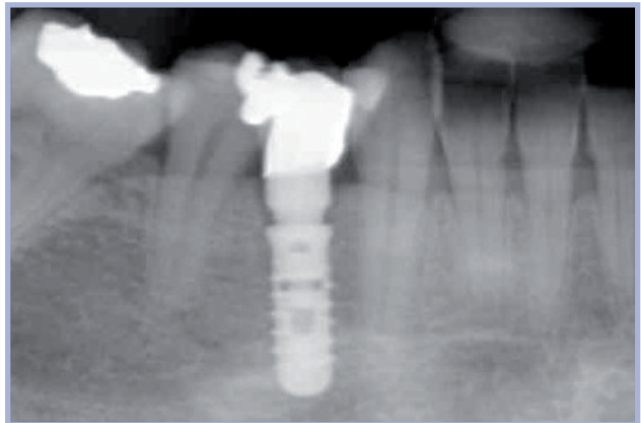


Fig. 32 - Rx finale, notare la completa assenza di "cono di riassorbimento"

Realizzazioni protesiche

Odontotecnico Sig. Roberto Tumbarello - Ancona

AGGIORNAMENTO PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE 2011 sul Sistema Implantare **EXACONE™**

CORONE SINGOLE SU IMPIANTI A CONNESSIONE CONOMETRICA: STUDIO PROSPETTICO DA 1 A 7 ANNI

Mangano C, Mangano F, Mangano A, Macchi A
Implantologia 2011; 2: 33-43

IMPLICAZIONI CLINICHE DELLE GIUNZIONE IMPIANTO-MONCONE "MORSE TAPER" E DEL PLATFORM SWITCHING: UN CASO CLINICO DI CARICO IMMEDIATO ASSOCIATO A GBR MONOFASE

Meli R
Notiziario ANDI Firenze 2-2011

PROSPECTIVE EVALUATION OF 2,549 MORSE TAPER CONNECTION IMPLANTS: 1- TO 6- YEAR DATA

Mangano C, Mangano F, Shibli J A, Tettamanti L, Figliuzzi M, D'Avila S, Sammons R L, Piattelli
Periodontol January 2011; 82 (1): 52-61

6° Congresso

PRIMO ANNUNCIO

EXACONE™



ISO®
ISTITUTO
STUDI
ODONTOIATRICI

SEDE DEI LAVORI

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

PER INFORMAZIONI ED ISCRIZIONI:

Segreteria ISO
Tel. 055.30.44.58
Fax 055.30.44.55
iso@leone.it
www.leone.it

FIRENZE • 7 Ottobre 2011

- Tecnologie digitali in implantologia:
vantaggi, limiti e linee guida efficaci.

La giornata ha l'obiettivo di analizzare il mondo del "Digital Dentistry" e di indicare un flusso di lavoro essenziale, innovativo e specifico per il sistema Exacone™.

Nel corso della giornata saranno approfonditi i seguenti argomenti:

- la radiologia digitale
- la chirurgia assistita e completamente guidata
- il carico immediato e il CAD CAM

La partecipazione è gratuita e riservata ai soli medici odontoiatri



ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA

6° Congresso EXACONE™

SCHEDA DI ISCRIZIONE

7 Ottobre 2011

Cognome e Nome _____

Indirizzo _____ C.A.P. _____

Città _____ Tel. _____ Tel. Cell. _____

P.IVA _____ C.F. _____ (obbligatorio)

E-mail _____ Luogo e data di nascita _____ (obbligatorio)

LEOCLUB CARD n° _____

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

Data _____ Firma _____

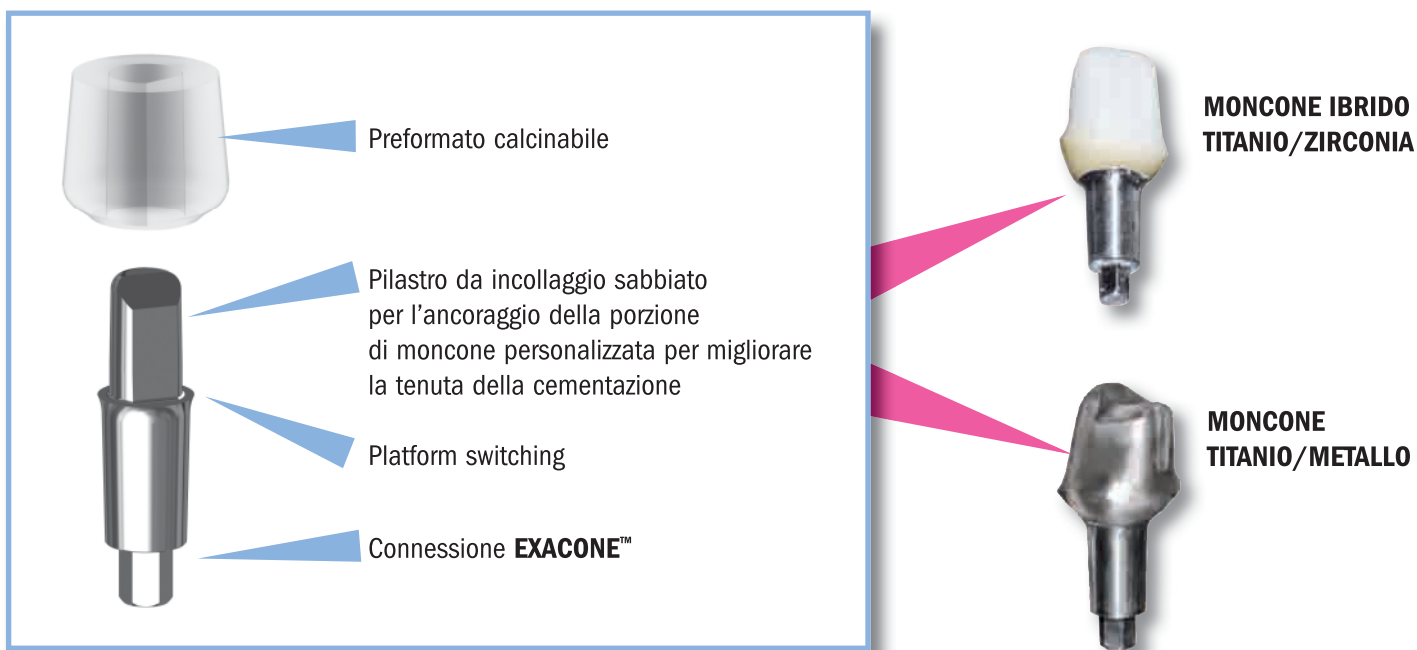
Nel rispetto del D. Lgs. 196/2003, indicandoci i suoi dati avrà l'opportunità di essere aggiornato su tutte le iniziative commerciali e culturali da noi promosse. Solo se non desiderasse ricevere ulteriori comunicazioni, barri la casella

MONCONI MULTITECH

Il moncone MultiTech è utilizzato per ottenere un abutment completamente personalizzato tramite la realizzazione di una parte di moncone da incollare successivamente sopra il pilastro centrale.

Per l'incollaggio si suggeriscono i seguenti materiali: NIMETIC CEM (3M Espe), PANAVIA 21 (Kuraray Medical Inc.).

- **con tecnologia CAD/CAM** tramite acquisizione digitale della posizione del moncone sul modello, modellazione della porzione di moncone personalizzata con software dedicato e lavorazione in laboratorio con macchinario CAM dedicato o invio del file ad un centro di lavorazione per la realizzazione definitiva;
- **con metodica tradizionale** tramite utilizzo del preformato calcinabile posizionato sul moncone, adattato e modellato in cera e/o resina, e realizzazione della porzione di moncone personalizzata tramite fusione.



MONCONI MULTITECH

Fabbricati in titanio grado medicale 5, si fissano agli impianti tramite la connessione EXACONE™. La porzione da incollaggio interamente sabbata è disponibile in due altezze. Confezioni composte da: 1 moncone e 2 preformati calcinabili Euro 85,00*

per impianto	Ø 3,3 mm	Ø 3,3 mm	Ø 4,1 mm	Ø 4,1 mm	Ø 4,8 mm	Ø 4,8 mm
porzione da incollaggio	4 mm	8 mm	4 mm	8 mm	4 mm	8 mm
	121-3304-00	121-3308-00	121-4104-00	121-4108-00	121-4804-00	121-4808-00

*Tutti i prezzi sono da intendersi IVA esclusa



prodotti per la rigenerazione tissutale

● Sostituto Osseo Sintetico

● Membrana Riassorbibile Naturale



Prodotto da



Distribuito in esclusiva da



ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA

SOSTITUTO OSSEO SINTETICO MBCP⁺

La matrice ottimale per la rigenerazione ossea

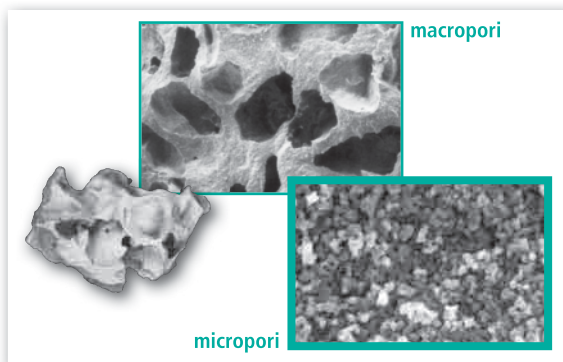
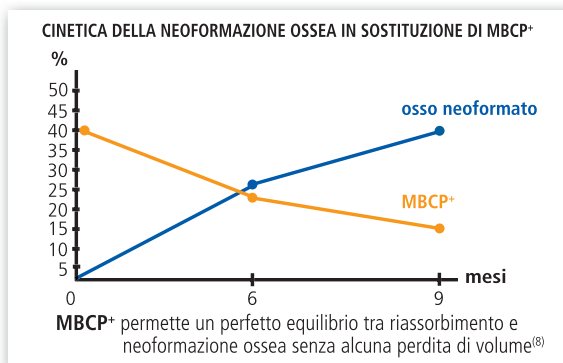
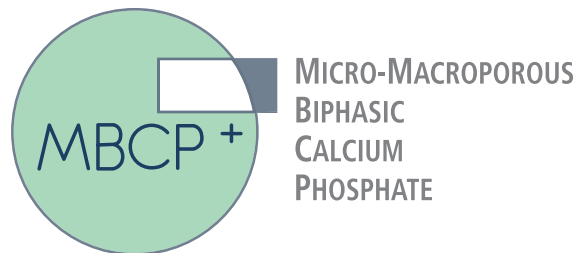
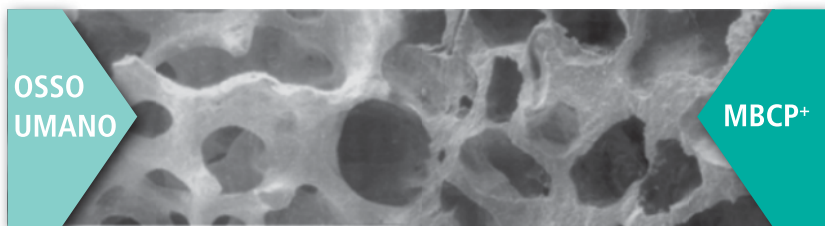
A imitazione dell'osso umano

MBCP⁺ è una ceramica di fosfato di calcio bifasico composta da 20% di idrossiapatite (HA) e 80% di beta fosfato tricalcico (β-TCP). L'idrossiapatite è l'equivalente sintetico dell'osso umano, è biocompatibile e osseoconduttiva. Il beta fosfato tricalcico ha un'elevata bioattività e una rapida dissoluzione per promuovere lo scambio di ioni di calcio e di fosforo necessario al processo di osteogenesi. La morfologia biomimetica di **MBCP⁺**, una matrice tridimensionalmente interconnessa, imita l'architettura trabecolare e la fine struttura cristallina dell'osso naturale grazie ad un esclusivo processo produttivo di sintesi con cui si ottiene una macro e microporosità permeabile:^(1, 2, 3, 4)

- la macroporosità (pori compresi tra 300 e 600 μm) permette la colonizzazione di **MBCP⁺** da parte delle cellule osteogeniche capaci di formare nuovo osso e nuova vascolarizzazione in sostituzione della ceramica;
- la microporosità (pori inferiori a 10 μm) è formata da tutti gli spazi presenti tra i cristalli costitutivi della ceramica. La microporosità è fondamentale per la diffusione dei fluidi biologici che promuovono lo scambio ionico e l'accumulo di fattori bioattivi.

Biocompatibile e sicuro

I prodotti sintetici possiedono molte delle proprietà osteogeniche dell'osso umano e sono un'alternativa sicura e validata all'osso autologo, all'osso omologo e all'osso animale. L'osso sintetico elimina il rischio di reazioni allergiche, di esposizione al morbo della mucca pazza o ad altri prioni patologici. L'efficacia del sostituto osseo **MBCP⁺** è documentata da oltre 25 anni di studi scientifici e clinici. Lavori clinici ed istologici comparativi con osso autologo e osso bovino su più di 100 pazienti mostrano l'eccellente funzionalità di **MBCP⁺** nel rialzo del seno mascellare e nei difetti ossei ed alveolari.^(5, 6, 7)



Bibliografia

⁽¹⁾ Daculsi G, Laboux O, Malard O, Weiss P, Current state of the art of biphasic calcium phosphate bioceramics, Journal of materials science: materials in medicine, 2003, vol 14 (3): 195-200

⁽²⁾ Daculsi G, LeGeros Z, Grimandi G, Soueidan A, Aguado E, Goyenvalle E, LeGeros J, Effect of Sintering Process of HA/TCP bioceramics on microstructure, dissolution, cell proliferation, and bone ingrowth, Key Engineering Materials, 2008, Vols. 361-363: 1139-1142

⁽³⁾ Malard O, Gautier H, Daculsi G, In vivo demonstration of 2 types of microporosity on the kinetic of bone ingrowth and biphasic calcium phosphate bioceramics resorption, Key Engineering Materials, 2008, Vols. 361-363: 1233-1236

⁽⁴⁾ Daculsi G, Layrolle P, Osteoinductive properties of micro macroporous biphasic calcium phosphate bioceramics, Key Engineering Materials, 2004, Vols. 254-256: 1005-8

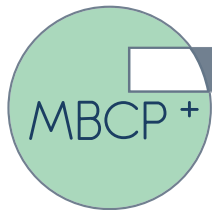
⁽⁵⁾ Rodriguez C, Jean A, Mitja S, Daculsi G, Five years clinical follow-up bone regeneration with CaP bioceramics, Key Engineering Materials, 2008, Vols. 361-363: 1339-1342

⁽⁶⁾ Daculsi G, Corre P, Malard O, Legeros R, Goyenvalle E, Performance for bone ingrowth of biphasic calcium phosphate ceramic versus bovine bone substitute, Bioceramics 18, Trans Tech Publications, Switzerland 2005, vol 18: 1379-1382

⁽⁷⁾ Lee J H, Jung U W, Kim C S, Choi S H, Cho K S, Histologic and clinical evaluation for maxillary sinus augmentation using macroporous biphasic calcium phosphate in human, Clin Oral Impl Res 19, 2008:767-771

⁽⁸⁾ Daculsi G, Goyenvalle E, Aguado E, Spongy and cortical bone substitution kinetics at the expense of macroporous biphasic calcium phosphate: animal and human evidence, in: Bioceramics Volume 12, a cura di Ohgushi H, Hastings G W, Yoshikawa T, Singapore: World Scientific; 1999: 287-290

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



MICRO-MACROPOROUS
BIPHASIC
CALCIUM
PHOSPHATE

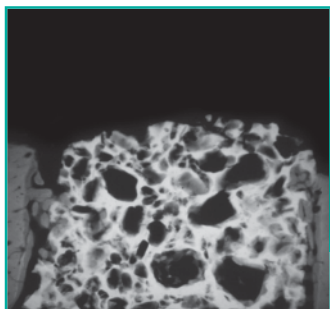


SOSTITUTO OSSEO SINTETICO MBCP+

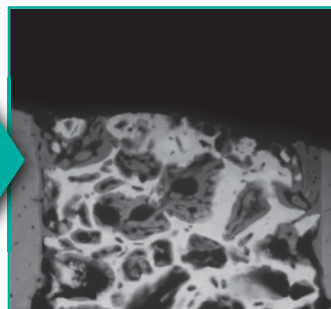
GRANULOMETRIA	QUANTITÀ E PREZZO PER CONFEZIONE	CONFEZIONE	CODICE ARTICOLO	INDICAZIONI
0,5 - 1 mm	 Siringa	1 siringa da 0,5 cc euro 54,00*	310-0510-05	<ul style="list-style-type: none"> Siti post-estrattivi Difetti intraossei Difetti periimplantari Mini rialzo del seno mascellare
		2 siringhe da 0,5 cc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



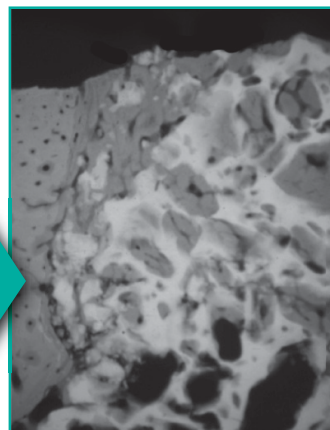
PROGRESSIVA CRESCITA OSSEA ALL'INTERNO DI MBCP+ E SOSTITUZIONE DEL MATERIALE CON OSSO NEIFORMATO VITALE (studio su animale - micro radiografie)



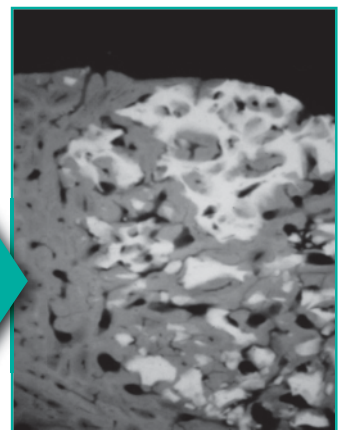
10 giorni



30 giorni



120 giorni



270 giorni

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

*Tutti i prezzi sono da intendersi IVA esclusa

MEMBRANA RIASSORBIBILE EZ CURE

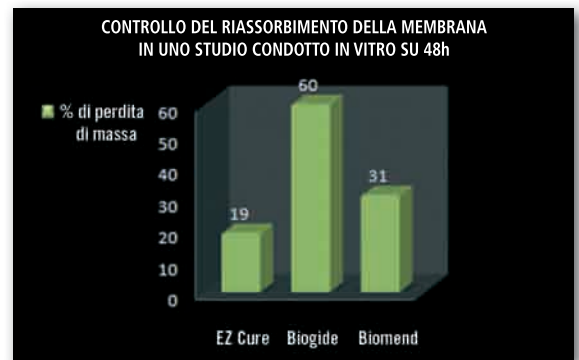
La membrana dentale di nuova generazione



TECNOLOGIA CROSS-LINKING
RIASSORBIMENTO CONTROLLATO
BI-SIDE
MICROPOROSA

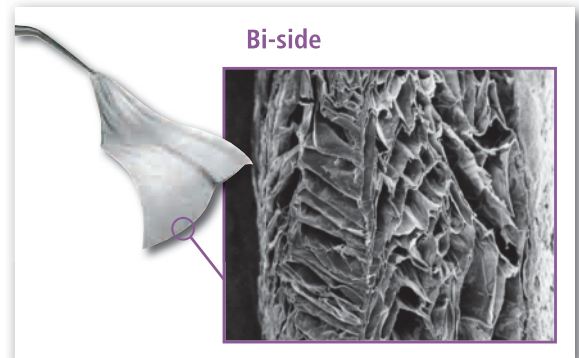
Mantenimento della funzione barriera per 4-6 mesi

EZ Cure è una membrana di collagene realizzata con un'esclusiva tecnologia cross-linking che controlla perfettamente il livello di reticolazione del collagene determinando la stabilità e il processo di riassorbimento della membrana. La rigenerazione ossea guidata promuove la proliferazione di cellule osteogeniche in un'area definita e la membrana ha la funzione di evitare la colonizzazione del sito chirurgico da parte delle cellule connettive o epiteliali. **EZ Cure** mantiene la sua integrità funzionale per più di 16 settimane, ottimizzando il processo di rigenerazione tissutale.



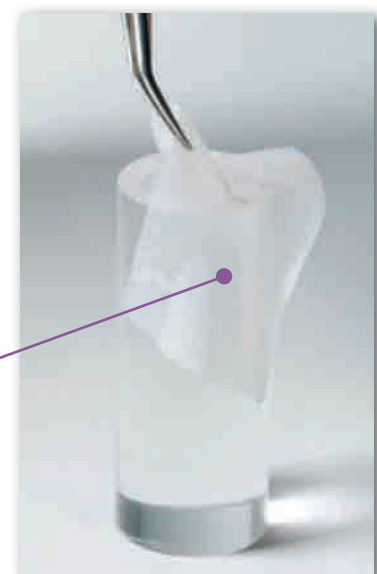
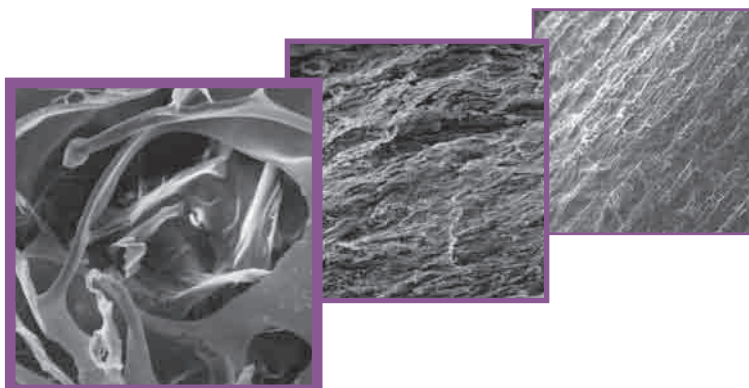
Biocompatibile e sicura

EZ Cure è una membrana di eccellente biocompatibilità realizzata tramite un processo di produzione controllato in accordo con i più rigorosi standard internazionali. La membrana è ottenuta da fibre di collagene di tipo I e III di origine suina altamente purificate. Il collagene è estratto dall'epidermide di suini sanitariamente certificati e accuratamente depurato facendo particolare attenzione a conservare la struttura delle singole fibre preservandone la resistenza meccanica. Successivamente i legami chimici tra le singole molecole vengono ripristinati tramite l'esclusiva tecnologia cross-linking garantendo l'efficacia clinica della membrana.

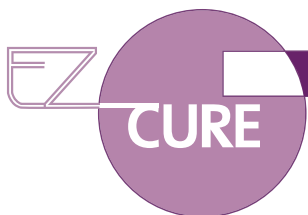


Indicazioni

L'uso di **EZ Cure** è indicato in tutte le procedure chirurgiche parodontali e dentali rivolte alla risoluzione di difetti parodontali, periimplantari e ossei. Considerate le indicazioni di **EZ Cure** e il suo tempo di riassorbimento, si consiglia di associare la membrana al sostituto osseo **MBCP+**.





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



TECNOLOGIA CROSS-LINKING
RIASSORBIMENTO CONTROLLATO
BI-SIDE
MICROPOROSA

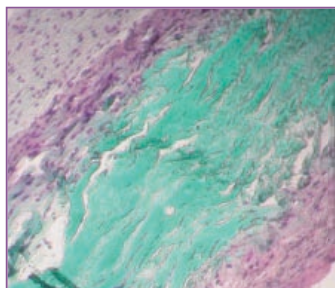


MEMBRANA RIASSORBIBILE NATURALE EZ CURE

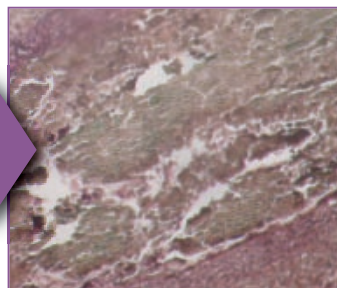
DIMENSIONE	QUANTITÀ E PREZZO PER CONFEZIONE	CODICE ARTICOLO	INDICAZIONI
 15 x 25 mm	1 pz euro 100,00*	320-1525-00	<ul style="list-style-type: none"> Trattamento dei difetti parodontali, periimplantari e ossei
	2 pz euro 184,00* <small>confezionate sterili singolarmente</small>	320-1525-01	
 20 x 30 mm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



CONTROLLO DELLA FUNZIONE BARRIERA SU ANIMALE



3 mesi



6 mesi

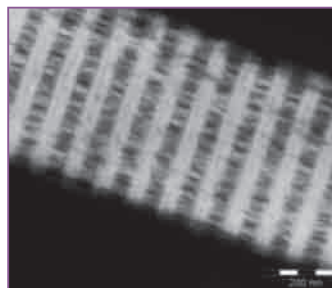


Immagine al SEM che evidenzia l'architettura cross-linking



Effetto dell'idratazione

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

*Tutti i prezzi sono da intendersi IVA esclusa

Grande rialzo di seno mascellare e contestuale inserimento impianti

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

Parole chiave

sella edentula, due fasi, grande rialzo di seno, G.B.R., biomateriale

Paziente di sesso femminile di anni 46 in buone condizioni di salute con episodi pregressi di epilessia. La paziente presentava malattia parodontale avanzata, causa determinante le estrazioni degli elementi 1.4, 1.5, 1.6, 1.7 (fig. 1). Dopo tre mesi dalle estrazioni l’arcata superiore destra rimane edentula (figg. 2, 3). Si procede all’esecuzione di un lembo con incisione crestale e di rilascio distale (fig. 4). A seguire, lo scollamento del lembo (figg. 5, 6). Con una fresa a lancia intercettiamo il sito implantare 1.4 che presenta spessori sottili (fig. 7). Iniziamo l’osteotomia sotto irrigazione del sito implantare 1.4 (figg. 8, 9) e inseriamo un impianto Exacone™ diametro 3,3 (figg. 10-12). Passiamo alla zona distale di grande rialzo con l’esecuzione dell’antrostomia (visione vestibolare e mesiale, figg. 13, 14). Dopo aver aperto lo sportello scolliamo e mobilizziamo la membrana di Schneider (fig. 15). Procediamo all’osteotomia dei siti implantari 1.5 e 1.6 (figg. 16, 17) e inseriamo due impianti Exacone™ diametro 3,3 in sede 1.5 e 1.6 (figg. 18, 19). L’inserimento dei due impianti in sede 1.5 e 1.6 spinge e solleva la membrana di Schneider (fig. 20), creando uno spazio da riempire con biomateriale dopo accurato lavaggio con antibiotico (figg. 21-23). Proteggiamo con una membrana in collagene riassorbibile la cavità di accesso all’antro del seno (fig. 24). L’intervento si completa con una sutura attenta che possa garantire la chiusura stabile del campo operatorio (fig. 25).

Dopo 6 mesi dall’intervento i tessuti molli appaiono in buona salute (fig. 26). Procediamo alla riapertura chirurgica del sito implantare (fig. 27) e inseriamo i tappi di guarigione large (fig. 28) completando con una sutura che delinea l’emergenza dei tappi stessi (fig. 29). Radiologicamente l’osso rigenerato in sede antrale appare sufficiente in volume e mineralizzazione (fig. 30). Prepariamo il manufatto protesico per i siti 1.4, 1.5, 1.6 (figg. 31, 32) con i relativi monconi per impianti Exacone™ (figg. 33, 34). Gli accessi transmucosi agli impianti appaiono precisi nelle loro caratteristiche (fig. 35) ed accolgono i monconi di impianto a connessione conometrica senza alcuna alterazione morfologica (fig. 36). Posizioniamo il cemento in quantità minimale (fig. 37) e cementiamo la protesi (figg. 38-40).

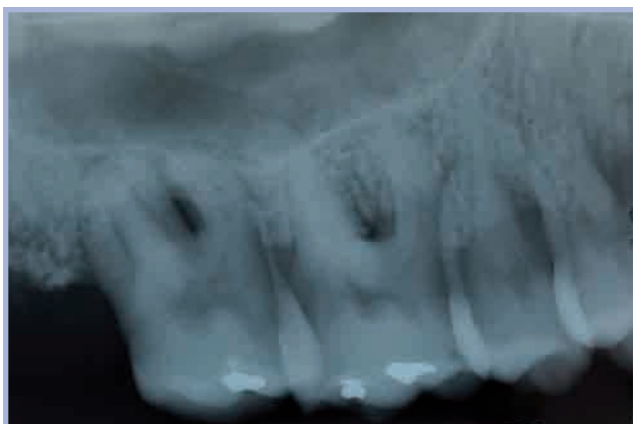


Fig. 1

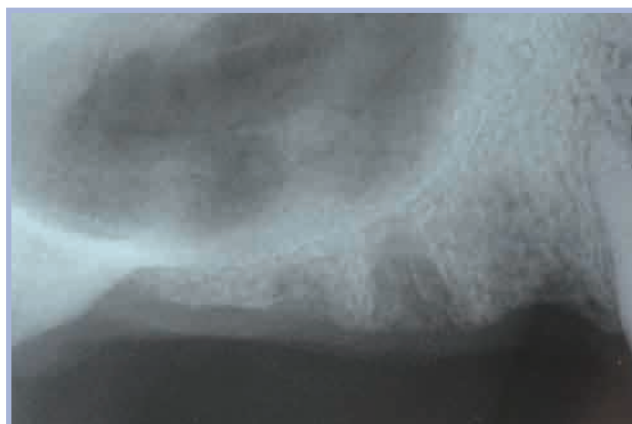


Fig. 2

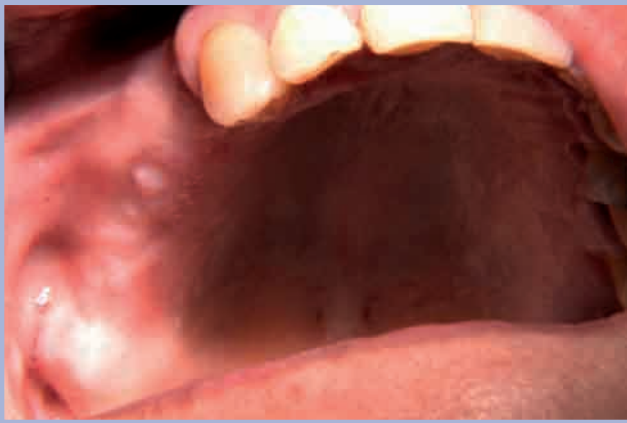


Fig. 3

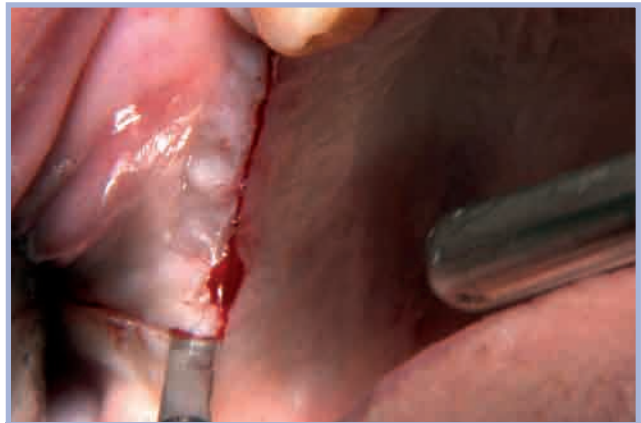


Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

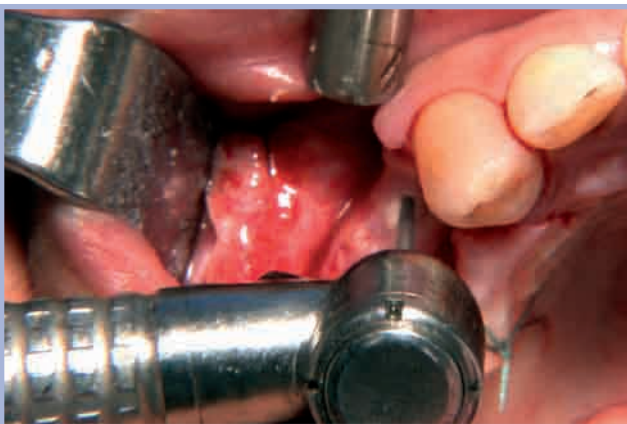


Fig. 7

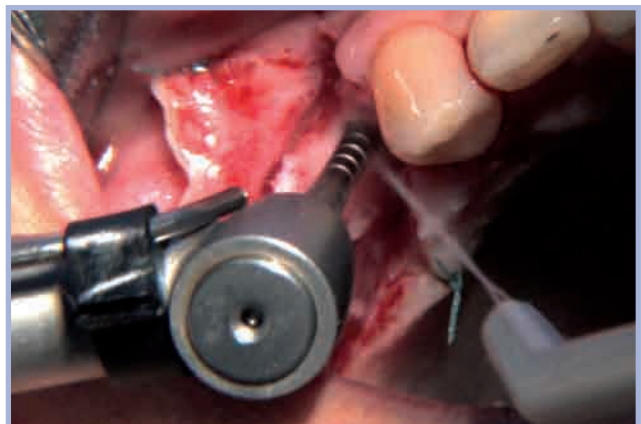


Fig. 8

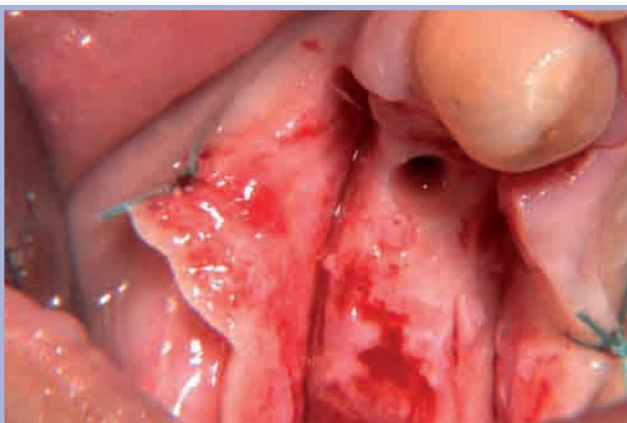


Fig. 9



Fig. 10

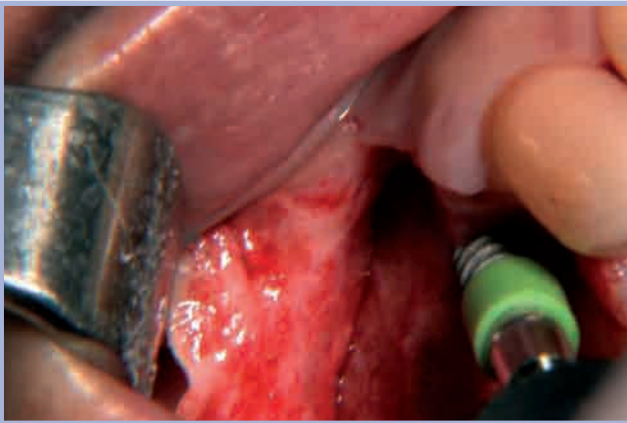


Fig. 11

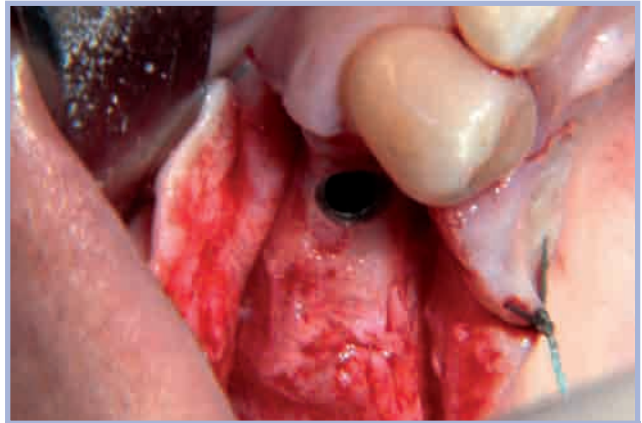


Fig. 12

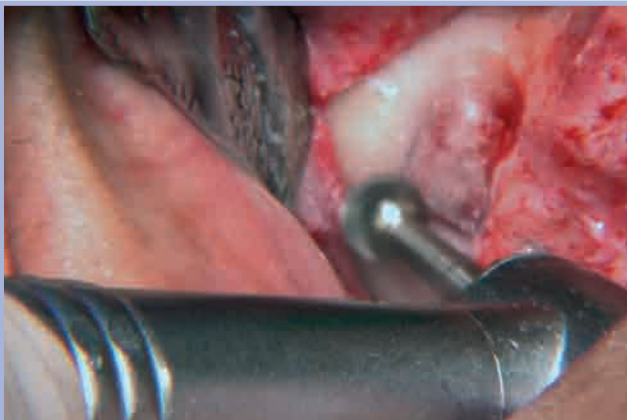


Fig. 13

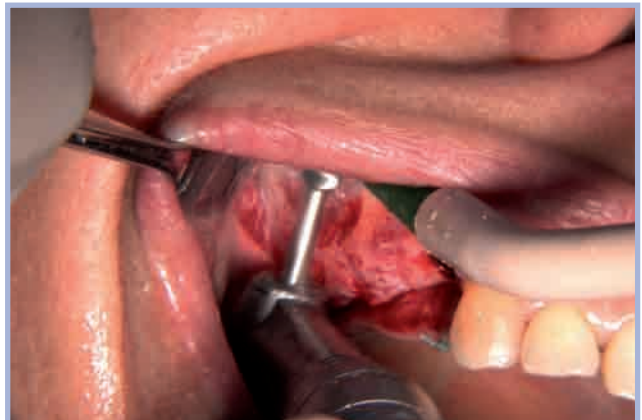


Fig. 14

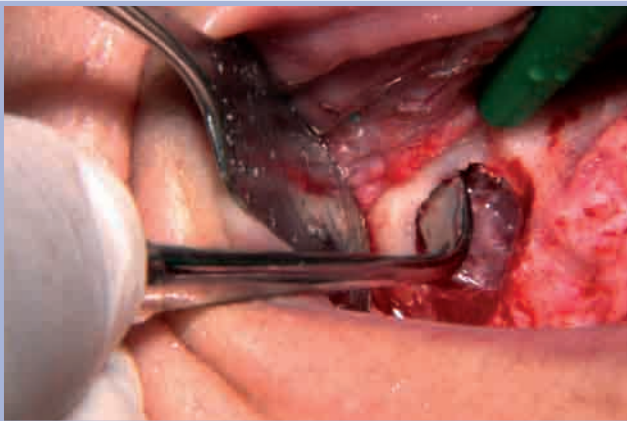


Fig. 15



Fig. 16

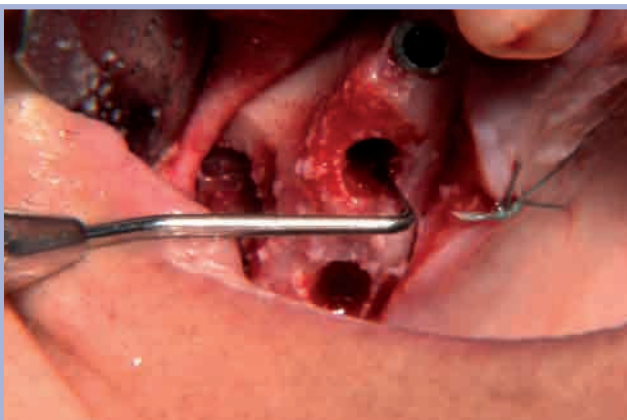


Fig. 17

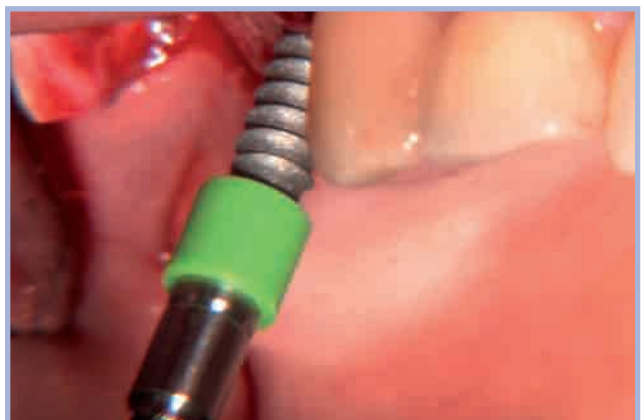


Fig. 18

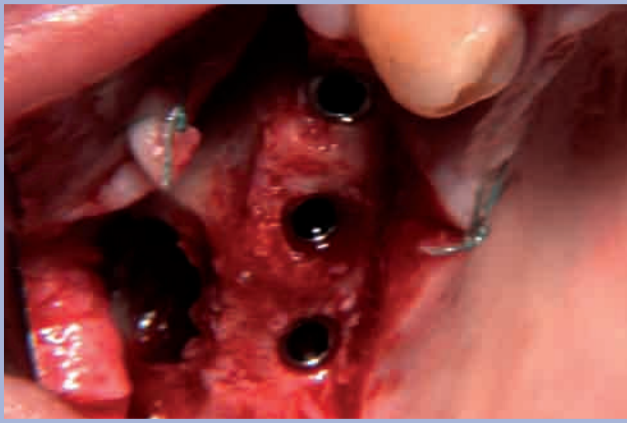


Fig. 19

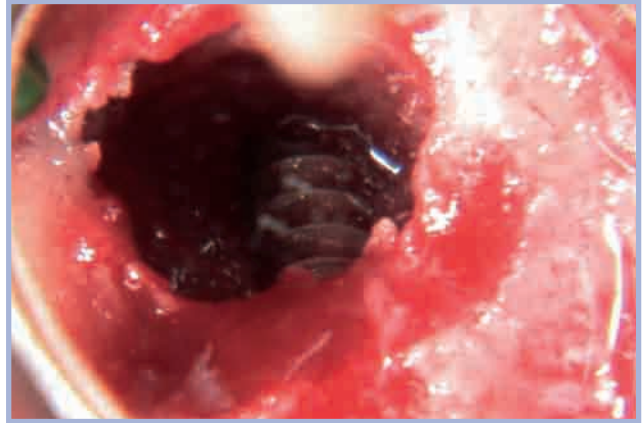


Fig. 20

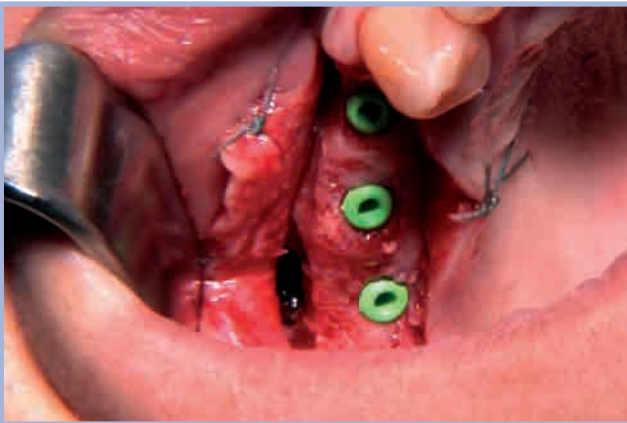


Fig. 21



Fig. 22

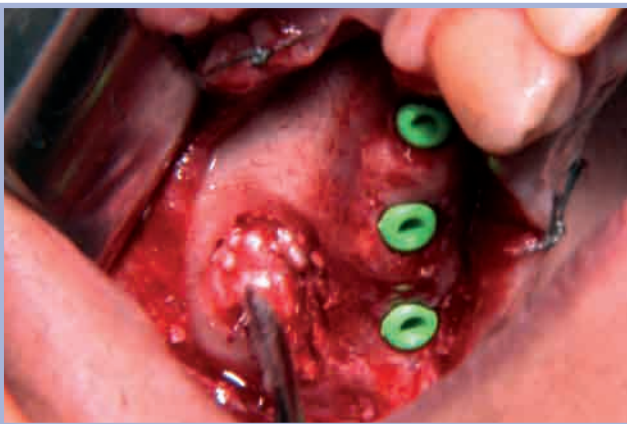


Fig. 23



Fig. 24



Fig. 25



Fig. 26

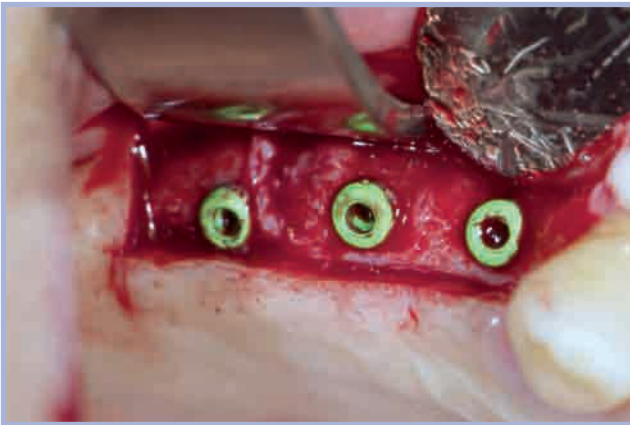


Fig. 27

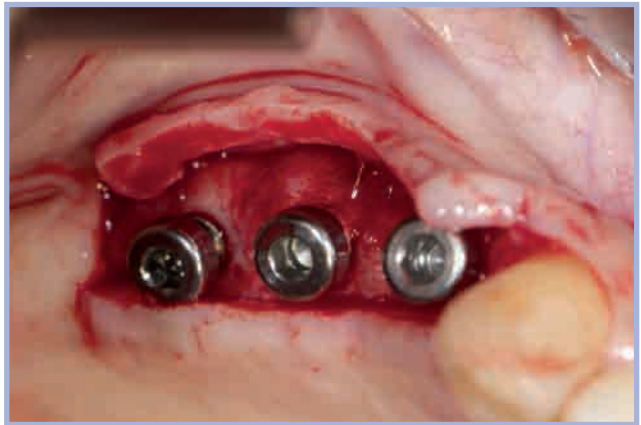


Fig. 28

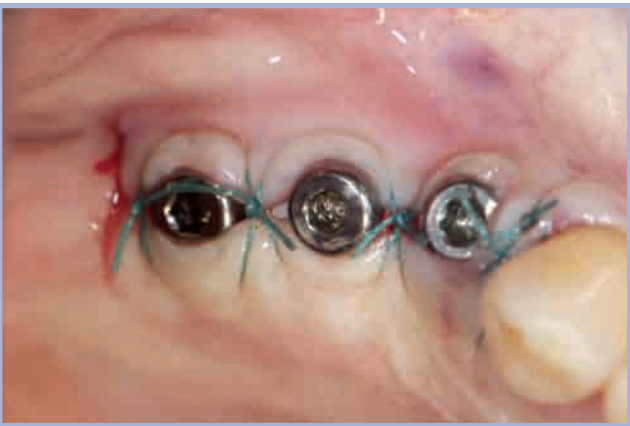


Fig. 29

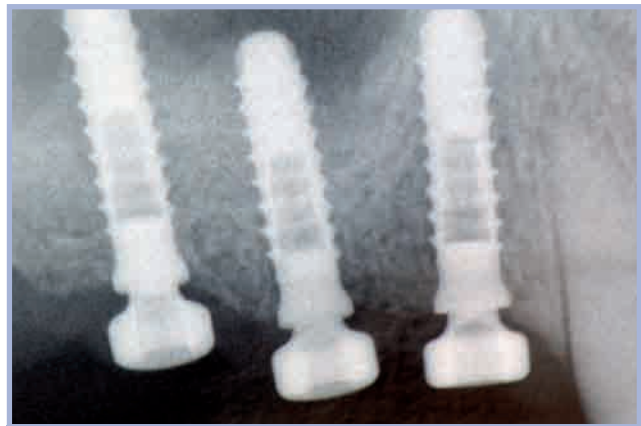


Fig. 30



Fig. 31



Fig. 32



Fig. 33

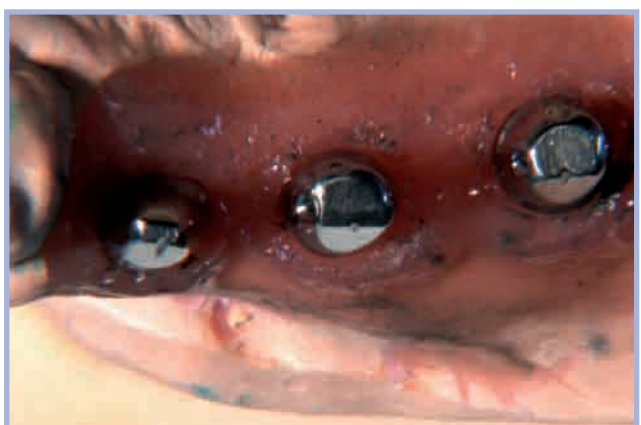


Fig. 34



Fig. 35



Fig. 36



Fig. 37

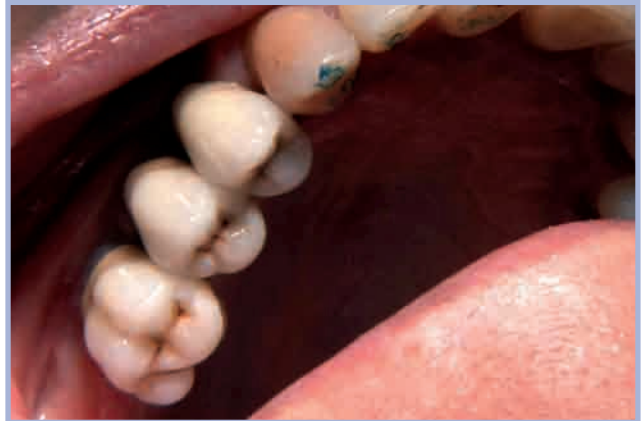


Fig. 38



Fig. 39

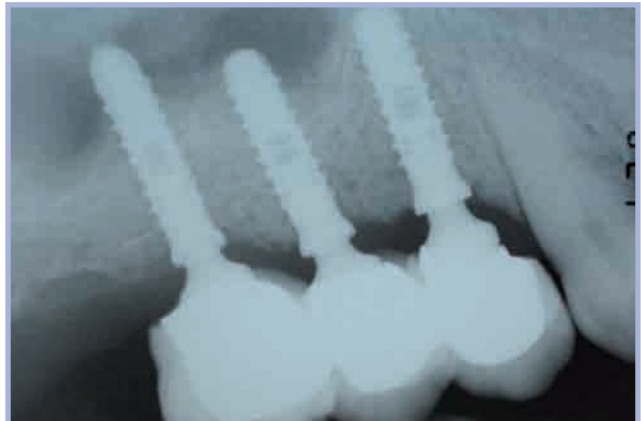


Fig. 40

Realizzazioni protesiche

Laboratorio odontotecnico SP LaborDental di Stolfi, Parolo e Meloni - Pisa

Edentulismo intercalare plurimo nel settore posteriore: l'opzione della tecnica diretta

Dott. Vanis Fanton
Libero professionista a Volpiano (To)

Parole chiave edentulia multipla, fase unica, tecnica diretta, ricrescita ossea sopra la fixture

Si è presentata alla mia osservazione una paziente di anni 64 recante fistola vestibolare, espressione di lesione osteolitica a livello di 24 pilastro di ponte a sbalzo su 25 (fig. 1). Eseguite le indagini radiologiche di routine, in profilassi antibiotica con Amoxicillina, si procede all'estrazione di 24, a cistectomia totale previa rimozione del ponte. Trascorse 9 settimane, in anestesia loco regionale vestibolare superiore sinistra da 23 a 27 e palatina con Carbocaina 2%, si allestisce un lembo a busta mucoperiosteale ad incisione crestale da 23 a 26, con mini scarichi iuxtapapillari (fig. 2). Il reperimento del tavolato osseo rigenerato permette il posizionamento di due impianti Exacone™ del diametro di 4.1 mm e di lunghezza scalare, attraverso l'utilizzo sequenziale delle frese previste del sistema Leone. In irrigazione di fisiologica si esegue l'allestimento dei tunnel implantari realizzando "centraggio corticale" con sfera diamantata montata su apparecchiatura piezoelettrica (Satelec®), mentre attraverso l'utilizzo della fresa pilota e dei calibri e lunghezze prescelte si procede al posizionamento sia delle viti implantari (figg. 3, 4) sia a quello dei tappi di guarigione (fig. 5). Si esegue toeletta chirurgica, radiologia postoperatoria del sito chirurgico (fig. 6) e sutura con punti staccati al fine di agevolare la platform switching (fig. 7). La rimozione della sutura avviene dopo la decima giornata (figg. 8, 9), la paziente viene controllata per 2 mesi ad intervalli di 3 settimane, quindi si scelgono i monconi utilizzando i simulatori dedicati. Si inconano pertanto i monconi che vengono rifiniti con turbina e frese per il titanio Komet (figg. 10-11). Si rilevano le impronte per il modello master, l'antagonista e si applica un provvisorio (figg. 12-14); viene rilevata la relazione intermascellare tramite arco facciale che permette la realizzazione di due ceramiche integrali singole (figg. 15-17). Alla indagine radiologica di controllo (fig. 18) si evidenziano dei "plus" ossei al di sopra del collo di ciascun impianto, caratteristica di questo sistema implantare. Anche l'estetica e la rigenerazione del tessuto parodontale marginale, oltre l'acquisita funzione masticatoria, è ritenuta soddisfacente dalla paziente.

Realizzazioni protesiche

Laboratorio odontotecnico Labordent di Maria Rosa Bertero - Caselle Torinese (To)



Fig. 1



Fig. 2

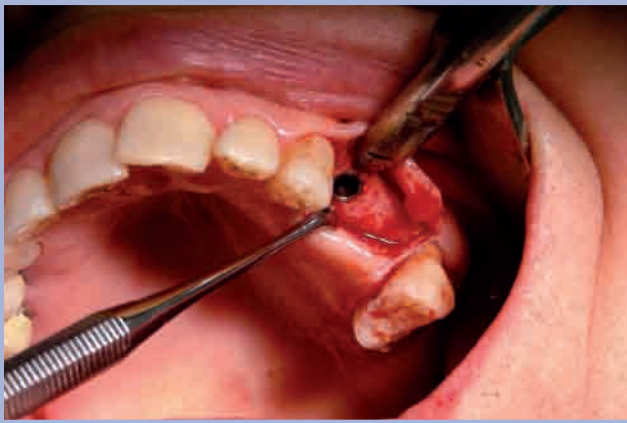


Fig. 3

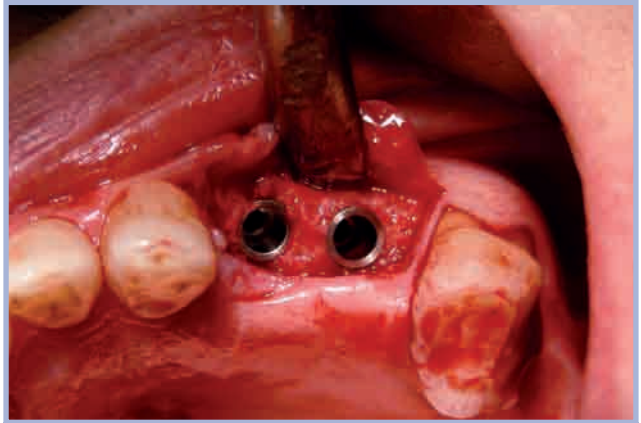


Fig. 4

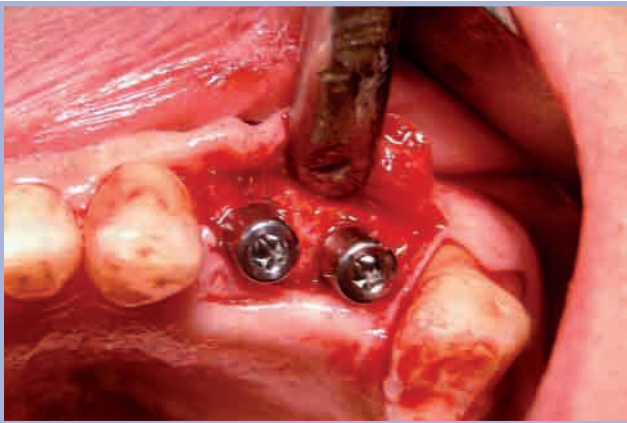


Fig. 5

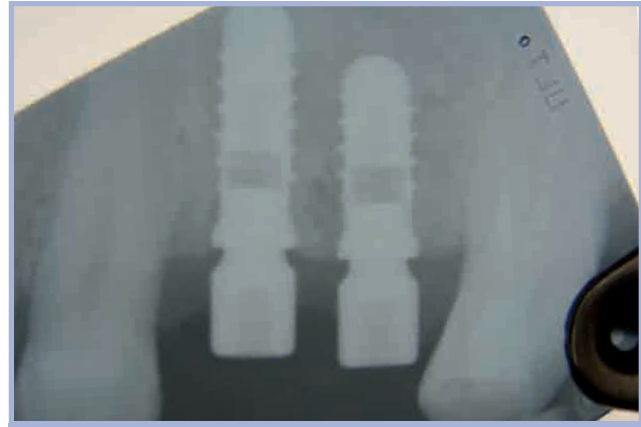


Fig. 6



Fig. 7

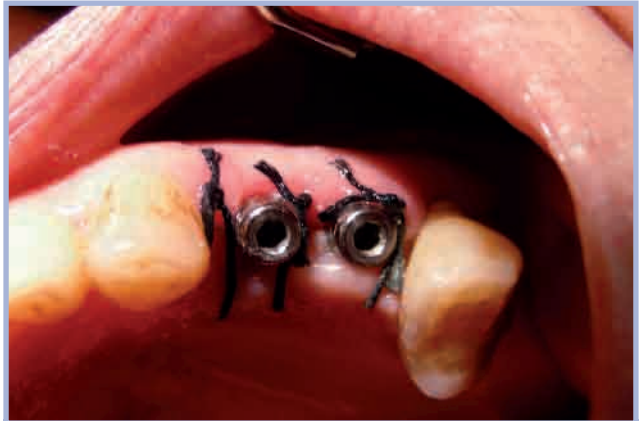


Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14



Fig. 15



Fig. 16



Fig. 17

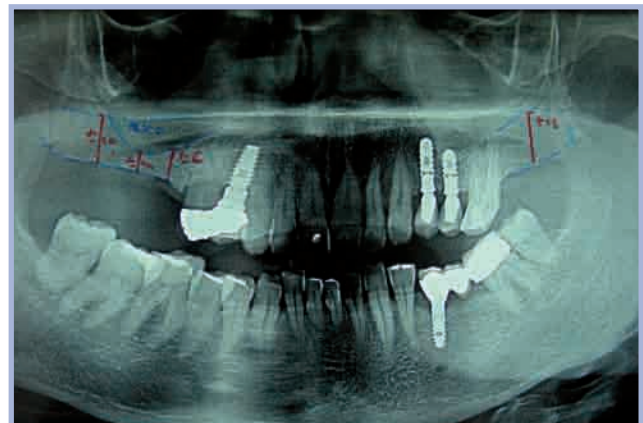


Fig. 18



PROMOZIONE

Iscrivendosi ad un Corso ISO* riservato agli Odontoiatri entro il 31/07/2011 riceverà in omaggio, fino ad esaurimento scorte, il libro "D & M Dentistry & Medicine" del valore di Euro 90,00.

D & M Dentistry & Medicine
Approccio odontoiatrico alle malattie sistemiche
Autori: Lorenzo Favero, Claudio Piovesana, Paolo Bortoluzzi
Griffin srl Editore

**I corsi gratuiti sono esclusi*

- **EXACONE IN PROGRESS**

Relatori: Dott. Mario Guerra, Dott. Salvatore Belcastro, Dott. Leonardo Palazzo
16 SETTEMBRE / 2 DICEMBRE 2011

Roma
c/o Sede WILCOCS

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

Relatore: Dott. Leonardo Targetti
19-20 SETTEMBRE / 17-18 OTTOBRE 2011 IV sessione
21-22 NOVEMBRE / 12-13 DICEMBRE 2011 V sessione

Firenze
c/o ISO

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

Relatore: Dott. Leonardo Targetti, Dott. Roberto Meli
23 SETTEMBRE / 21 OTTOBRE / 25 NOVEMBRE 2011
13 GENNAIO / 17 FEBBRAIO / 23 MARZO 2012

Firenze
c/o Studio Dott.Targetti

- **6° CONGRESSO EXACONE**

7 OTTOBRE 2011

Firenze
c/o ISO

- **25 ANNI DI ESPERIENZA CLINICA IN IMPLANTOPROTESI: ERRORI E SUCCESSI**

Relatore: Dott. Renato Turrini
21 OTTOBRE / 25 NOVEMBRE / 16 DICEMBRE

Firenze
c/o ISO



GOLD SPONSOR



SOCIETÀ ITALIANA
DI IMPLANTOLOGIA
OSTEOINTEGRATA

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

Relatori: Dott. Mario Guerra, Dott. Salvatore Belcastro, Dott. Leonardo Palazzo
21-22 OTTOBRE / 18-19 NOVEMBRE 2011 III sessione

Roma

c/o Sede WILOCS

• **LA PROTESIZZAZIONE DELL'IMPIANTO LEONE**

Relatore: Odt. Massimiliano Pisa
14 NOVEMBRE 2011

Firenze

c/o ISO

SISTEMA
IMPLANTARE

EXACONE™

**IMPLANTOLOGIA IN PRIMA FILA
a Firenze**

40 posti
per assistere
gratuitamente
ad interventi
live surgery

- 28 Giugno 2011
- 13 Settembre 2011
- 25 Ottobre 2011
- 29 Novembre 2011

Relatore: Dott. Leonardo Targetti

orario: 10,00 / 17,30

**Giornate propedeutiche di pratica implantologica
su paziente**

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

**GIORNATE PRATICHE
di rigenerazione ossea in implantologia**

Le nostre giornate pratiche offrono una introduzione all'utilizzo dei biomateriali della Biomimetic Line nella pratica clinica e ai loro principi di funzionamento. Ogni partecipante ha inoltre la possibilità di esercitarsi nell'utilizzo del sostituto osseo **MBCP+** e della membrana riassorbibile **EZ Cure** su mandibola.

- Principi di funzionamento di **MBCP+** ed **EZ Cure**
- Utilizzo di **MBCP+** ed **EZ Cure** nella pratica clinica
- Esercitazione pratica su mandibola



Dott. **Leonardo Targetti**

**12 Ottobre
1 Dicembre 2011**

PER INFORMAZIONI ED ISCRIZIONI: Segreteria ISO • Tel. 055.304458 • Fax. 055.304455 • iso@leone.it

Gestione dei tessuti nella riabilitazione implantoprotesica in zona estetica

Dott.ssa Irene Frezzato, Dott. Alberto Frezzato

Liberi professionisti a Rovigo

Parole chiave

corona singola, fase unica, follow up, mantenimento osseo, post-estrattivo immediato, sostituto osseo sintetico, zona estetica

La perdita di un elemento dentario frontale superiore rappresenta una grave menomazione funzionale ed estetica. La sostituzione dell'elemento perduto rappresenta ancora oggi una sfida clinica che comporta una attenta valutazione delle numerose variabili in gioco, legate al paziente, al sistema implantare e all'operatore. Particolare attenzione va posta alle variabili proprie del paziente, sia di carattere generale (genetica, biotipo parodontale, compliance), sia di carattere locale (caratteristiche del sito, esposizione gengivale con labbro a riposo e a sorriso pieno).

Viene presentato un case report relativo ad una giovane paziente di 36 anni che si presenta alla nostra osservazione per frattura coronale dell'elemento 11, oggetto in passato di trattamento endodontico "inadeguato" e di ricopertura con corona metallo-ceramica, che appare sovracontornata, esteticamente non integrata nell'ambito dell'arcata, cui si associa un margine gengivale ritirato e di colorito più scuro rispetto agli elementi naturali vicini (figg. 1-2). La frattura coinvolge l'ampiezza biologica (figg. 3-5). La radice appare malacica e quindi inadatta ad un recupero con estrusione ortodontica, ritrattamento canalare, restauro corono-radicolare e corona protesica.

L'esame clinico mostra un biotipo parodontale spesso e scarsamente festonato. Il labbro copre il margine gengivale sia a riposo che durante il sorriso.

Il disagio della paziente per la perdita della corona dell'incisivo è notevole e le aspettative sul risultato del trattamento appaiono elevate (fig. 6).

Le soluzioni più tradizionali vengono illustrate e ritenute non idonee dalla paziente.

Pertanto si formula un piano di trattamento che comprende l'estrazione e la sostituzione implantoprotesica dell'elemento non recuperabile.

Di fronte alla evenienza di sostituzione implantoprotesica di un elemento dentale la scelta del clinico riguarda il timing dell'impianto¹. L'attenta disamina delle caratteristiche dell'alveolo, prima e dopo l'estrazione, guidano la scelta. Al sondaggio pre-estrattivo i picchi ossei interprossimali appaiono conservati, e così la corticale vestibolare e palatina (figg. 7-9). Questo permette di scegliere una procedura di implantologia post-estrattiva immediata.

Noi sappiamo che dopo l'inserimento di un impianto si verifica una contrazione tissutale, quantificabile in circa 1 mm. Nel caso esaminato ci troviamo in presenza di una recessione gengivale e quindi si pone la necessità di implementare la gengiva marginale pre-operatoriamente. Questo si può ottenere con una Forced Eruption, tramite dispositivi ortodontici anche semplici e non visibili. La non accettazione di tale trattamento ha comportato la scelta di una procedura più semplice come "l'aumento spontaneo di gengiva in situ" secondo Langer² (figg. 10, 11). La Langer Technique consta nel fresaggio, mediante rosetta multilama o pallina diamantata, della porzione fratturata di radice fino a portarla a livello del margine osseo. Si attendono alcune settimane durante le quali avviene una crescita spontanea della gengiva marginale (figg. 12, 13). Durante tale periodo un provvisorio mobile, tipo scheletrato con ganci, permette alla paziente una vita di relazione accettabile (figg. 14, 15). Dopo quattro settimane si procede alla estrazione radicolare atraumatica (fig. 16) cui segue un alveolar mapping, che mostra l'integrità alveolare (Classe 1 secondo Salama et al., Classe 1 secondo Tamow et al.) (figg. 17-19). Si posiziona quindi un impianto post-estrattivo immediato (Exacone™ Ø 4,1 x L 12 mm), dopo preparazione osteotomica del sito (fig. 20).

Noi sappiamo che l'impianto post-estrattivo immediato è di per sé procedura insufficiente ad evitare la contrazione ossea, soprattutto del buccal plate³. Quindi si procede a riempire il gap impianto-parete alveolare mediante bioinnesto. Si utilizza

MBCP+ * con granulometria 0,5-1 mm. Il biomateriale funziona da scaffold per l'organizzazione del coagulo e, grazie al lento processo di riassorbimento, contrasta la contrazione tissutale post-estrattiva (fig. 21).

Al posizionamento tri-dimensionale dell'impianto⁴, segue una valutazione circa la stabilità primaria che appare ottima. Si connette direttamente un tappo di guarigione, che deborda di poco dal margine gengivale e si ricopre l'innesto con una spugna di collagene.

La paziente porta il provvisorio mobile per tutto il periodo di guarigione.

Questo, dopo circa 3 mesi, viene sostituito da un provvisorio "estemporaneo" preparato direttamente alla poltrona, mediante un tappo di guarigione di lunghezza 7 mm, ricoperto in composito e sagomato a forma di corona. La modifica del provvisorio in composito serve da guida alla maturazione dei tessuti molli fino al raggiungimento di una adeguata festonatura gengivale (figg. 22, 23). Raggiunta la maturazione dei tessuti molli, si connette il moncone Exacone™ (figg. 24-26) e si cementa la corona definitiva in oro-ceramica (fig. 27). Il manufatto protesico appare esteticamente integrato nell'arcata (figg. 28, 29) ed il sorriso risulta armonico e piacevole (figg. 30, 31). Il raffronto fra le immagini pre e post-trattamento soddisfa curante e paziente (figg. 32-35).

Al controllo a 18 mesi si apprezza salute e stabilità tissutale, armonia nella festonatura gengivale, papille trofiche, buona mimesi dell'unità dento-gengivale (figg. 36, 37). Il controllo radiografico conferma il mantenimento del livello osseo e dei picchi ossei interprossimali (fig. 38).

Il caso andrà monitorato nel tempo con controlli clinico-radiografici annuali.

L'attenta valutazione di tutte le variabili del caso può portare ad un risultato funzionale ed estetico immediato e nel tempo. Sicuramente le caratteristiche proprie dell'impianto ed, in particolare, il tipo di connessione rappresentano un fattore chiave nel raggiungimento del risultato.

*Fabbricato da Biomatlante, Vigneux de Bretagne, Francia distribuiti in esclusiva in Italia da Leone S.p.A.



Figg. 1, 2 - Quadro clinico iniziale



Fig. 2



Figg. 3, 4, 5 - Frattura di 11, coinvolgimento dell'ampiezza biologica



Fig. 4

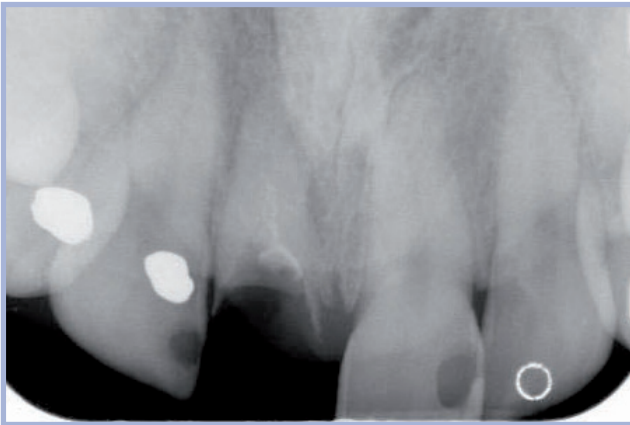


Fig. 5



Fig. 6 - Sorriso dopo la frattura

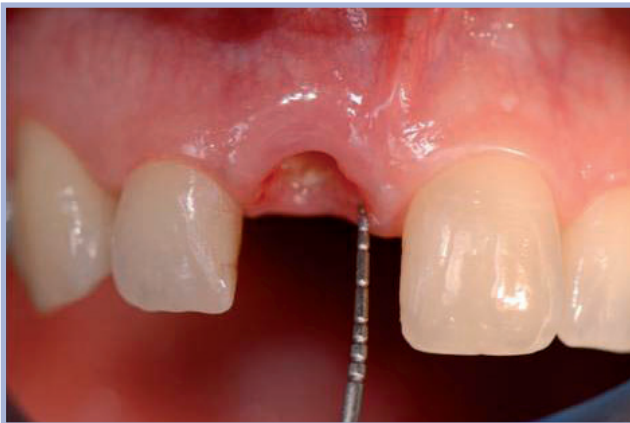


Fig. 7, 8, 9 - Sondaggio pre-estrattivo



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10, 11 - Langer Technique



Fig. 11



Fig. 12, 13 - Incremento della gengiva marginale dopo 4 settimane

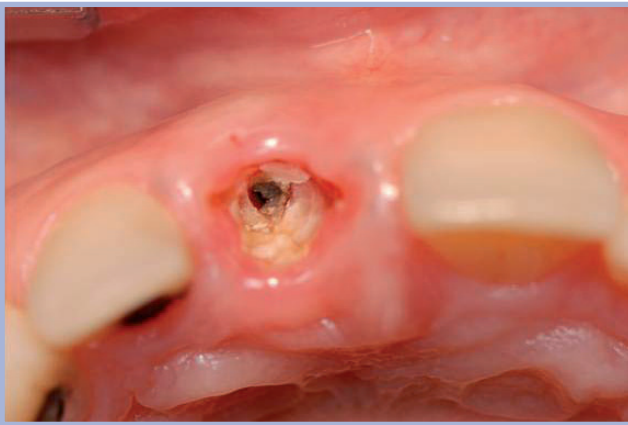


Fig. 13



Fig. 14 - Provvisorio mobile su modello



Fig. 15 - Provvisorio mobile in situ

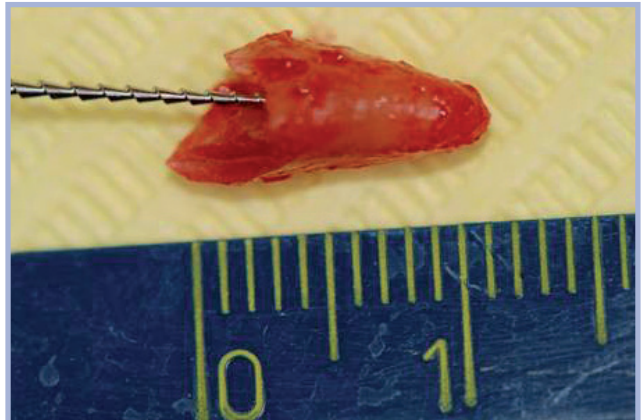


Fig. 16, 17, 18 - Estrazione atraumatica e mappaggio alveolare



Fig. 17



Fig. 18



Fig. 19 - Preparazione osteotomica del sito implantare



Fig. 20, 21 - Innesto di biomateriale

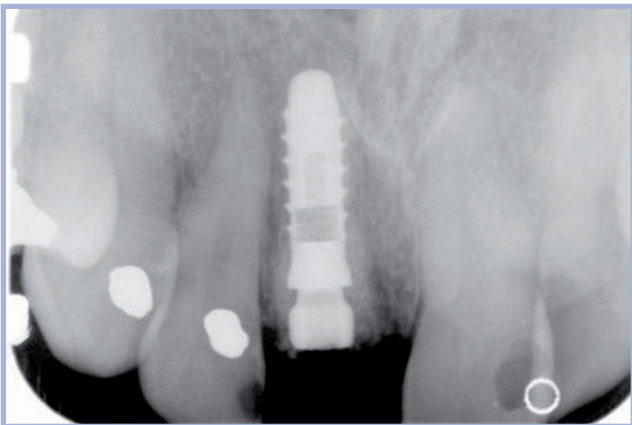


Fig. 21



Fig. 22, 23 - Condizionamento mucoso tramite provvisorio in composito su tappo di guarigione



Fig. 23



Fig. 24, 25, 26 - Connessione del moncone



Fig. 25

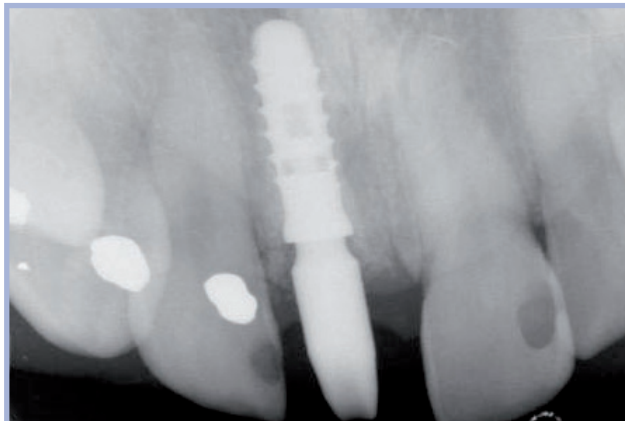


Fig. 26



Fig. 27 - Manufatto protesico su modello



Fig. 28, 29 - Protesi definitiva

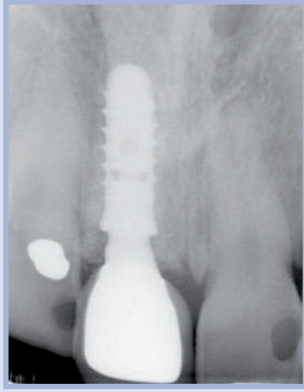


Fig. 29



Figg. 30, 31 - Sorriso della paziente



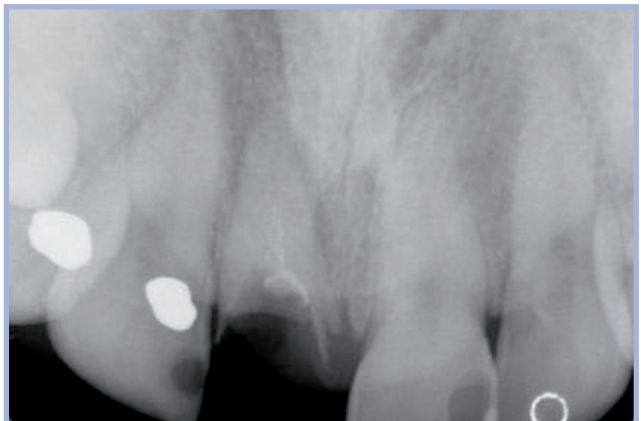
Fig. 31



Figg. 32, 33 - Raffronto fra quadro iniziale e di fine trattamento



Fig. 33



Figg. 34, 35 - Raffronto radiografico fra quadro iniziale e di fine trattamento

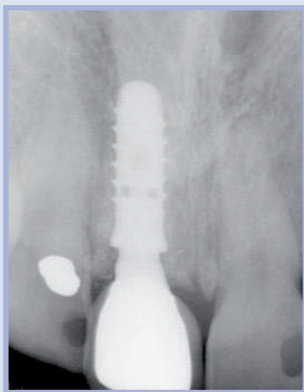


Fig. 35



Fig. 36 - Controllo a 18 mesi



Fig. 37 - Estetica a 18 mesi



Fig. 38 - Radiografia endorale di controllo a 18 mesi

Bibliografia

- ¹⁾ Funato A, Salama MA, Ishikawa T, Garber DA, Salama H. Timing, positioning, and sequential staging in esthetic implant therapy: a four-dimensional perspective. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2007;27: 313-23
- ²⁾ Langer B. The esthetic management of dental Implants: spontaneous in situ gingival augmentation. Chapter 16; 223-24. Da Myron Nevins, *Implant Therapy*, Quintessenza 2004
- ³⁾ Araújo MG, Sukekava F, Wennström JL, Lindhe J. Ridge alterations following implant placement in fresh extraction sockets: an experimental study in the dog. *J Clin Periodontol* 2005; 32: 645-52
- ⁴⁾ Grunder U, Gracis S, Capelli M. Influence of the 3-D bone-to-implant relationship on esthetics. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2005; 25:113-19

Realizzazioni protesiche

Laboratorio odontotecnico Ceramodent di Paolo Morbiato e C. - Padova



GOLD SPONSOR



**SOCIETA' ITALIANA
DI IMPLANTOLOGIA
OSTEOINTEGRATA**

La Leone S.p.A. è GOLD SPONSOR S.I.O. Società Italiana di Implantologia Osteointegrata per il biennio 2011/2012. Grazie al sostegno degli sponsor la S.I.O. si pone lo scopo di favorire il progresso scientifico e lo sviluppo applicativo dei trattamenti riabilitativi in ambito oro-maxillo-facciale che utilizzano impianti osteointegrati. Ciò viene perseguito attraverso il sostegno alla ricerca scientifica, l'organizzazione di attività di formazione, di linee guida per l'attività professionale, la sensibilizzazione della popolazione mediante la divulgazione d'informazioni scientificamente corrette. In qualità di Gold Sponsor la Leone S.p.A. sarà presente come azienda espositrice ai prossimi eventi organizzati dalla S.I.O. come il Corso di Aggiornamento La formulazione del piano di trattamento implanto-protesico in programma a Roma il 5 Novembre 2011 e il XX International SIO Congress in programma a Milano dal 27 al 28 Gennaio 2012.

Assistenza Clienti



• Competenza

Il Reparto Assistenza, composto da tecnici ed ingegneri in costante aggiornamento professionale, è sempre a disposizione per fornire informazioni sui prodotti e risolvere eventuali problematiche.



• Disponibilità

Un team di professionisti dislocati in tutta Italia, in coordinamento con la LEONE e i partner commerciali dell'azienda, offre la propria esperienza professionale, affidabilità e assistenza ai colleghi medici. Una sezione del sito www.leone.it è dedicata all'Exacone™ Team dove sono disponibili i riferimenti per i contatti.



• Tempestività

L'attenta gestione e un sistema logistico all'avanguardia permettono di evadere gli ordini con la massima precisione e consegnare la merce al vettore in media entro 1 giorno lavorativo.



ASSISTENZA COMMERCIALE

 telefono 055.304432 • 055.304433


 fax 055.374808

 mail italia@leone.it



ASSISTENZA TECNICA

 telefono 055.304451

 fax 055.304444

 mail research@leone.it • help.products@leone.it



PROFESSIONALITA' ESPERIENZA INFORMAZIONE CONSULENZA

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

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

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

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

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



Dott. Leonardo Targetti



Dott. Salvatore Belcastro



Dott. Alberto Frezzato



Dott. Fulvio Floridi



Dott. Mario Guerra



Dott. Roberto Meli



Dott. Luigi Lucchiari



Dott. Marino Miccini



Dott. Dario Mercuri



Dott. Renato Turrini



Dott. Stefano Bianchi



Dott. Alfonso Sinisi



Dott. Salvatore Dettori



Dott. Leonardo Palazzo



EXACONE™



il **PRIMO**
e l'Originale dal 2002



BREVETTATO



Ortodonzia e Implantologia

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