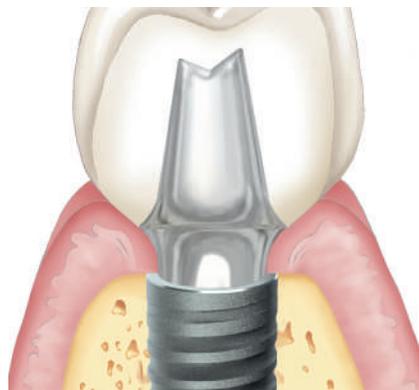
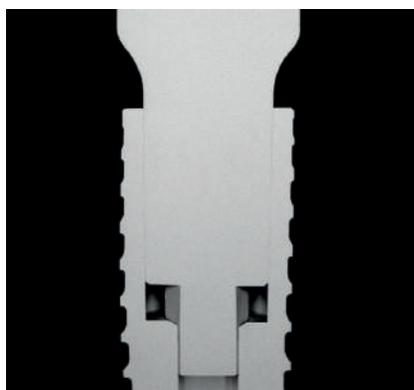


XCN[®] news

IMPIANTI XCN[®]

Narrow 2.9 Tapered
e **3.8 Tapered**

sma  but strong



Il sistema implantare che ridefinisce gli standard di resistenza e affidabilità grazie alla **connessione cono Morse autobloccante**

Live Surgery

Implantologia Digitale

dalla chirurgia
proteticamente guidata
alla protesi CAD-CAM

**FIRENZE
2025**

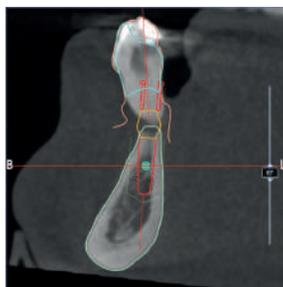
Dott. Andrea Ricci
Odt. Massimiliano Pisa



Centro Formazione

Leone[®]

CORSO A



LUNEDÌ E MARTEDÌ **27-28 OTTOBRE 2025**

Gestione dell'edentulia singola e parziale

Il corso offre un protocollo digitale immediatamente applicabile, semplice e predicibile, con dimostrazione clinica dal vivo e focus su efficienza e rapporto costo-beneficio.

CORSO B



LUNEDÌ E MARTEDÌ **24-25 NOVEMBRE 2025**

Riabilitazioni complesse di arcate parzialmente o totalmente edentule

Il corso presenta flussi digitali per casi complessi, con protocolli e materiali dedicati, e dimostrazione dal vivo dalla chirurgia guidata alla riabilitazione immediata.



PER INFORMAZIONI ED ISCRIZIONI

Segreteria ISO
Tel. 055 304458 • iso@leone.it

L'EFFICIENZA DELLA SEMPLICITÀ

Quando agli inizi degli anni 2000 decidemmo di iniziare a produrre impianti eravamo convinti che la semplicità fosse il nostro obiettivo primario. Cercavamo una soluzione che rendesse l'implantologia più semplice ed efficiente. Questo ci condusse alla realizzazione del nostro sistema, la cui caratteristica principale è la connessione Cono Morse pura (senza alcuna vite di connessione), scelta che si è dimostrata lungimirante e che risulta assolutamente vincente ancora oggi.

Il perseguire la semplicità ci portò però anche a pensare che ci dovessero essere poche misure di impianto e poche tipologie di monconi. Addirittura, ci era parsa ottimale l'idea di avere un moncone grosso a forma di "trombone", che credevamo avrebbe potuto risolvere ogni situazione protesica, semplicemente togliendo le parti che non servivano.

In questi quasi 25 anni dall'introduzione sul mercato della nostra linea implantare XCN® sappiamo invece che è importantissimo avere una gamma di prodotti protesici ampia, per consentire la risoluzione ottimale per ogni paziente e rendere il lavoro del protesista il più efficace ed efficiente possibile.

Allo stesso modo, abbiamo capito che è indispensabile anche avere più impianti che assecondino le diverse anatomie dei pazienti e le scelte chirurgiche degli implantologi.

Così, negli anni, alle prime tre classiche misure di impianto cilindrico (3.3, 4.1, 4.8), si sono aggiunti i **"Max Stability"** (3.75 e 4.5) con forma e spire più aggressive ed ottimi per carico immediato, l'impianto **"Short"** (6.5) corto e "cicciettello" per casi con scarsa disponibilità ossea verticale e l'impianto **"Narrow"** (2.9) per creste e spazi ridotti, con una forma "appuntita" (tapered). Oggi introduciamo il fratello maggiore di quest'ultimo impianto: il **"Tapered"** 3.8. Con questa nuova misura vogliamo fornire un impianto versatile e sicuro grazie alla connessione "gialla" (3.0 mm) e al suo macro design cilindro-conico che ne favorisce l'utilizzo anche in spazi limitati.

Con queste scelte non abbiamo abbandonato il concetto di **"efficienza della semplicità"**, che da oltre vent'anni accompagna i nostri prodotti, abbiamo solo compreso che semplicità non significa scarsità, ma anzi, ampliando le tipologie di prodotti offerti, rendiamo più semplice il vostro lavoro.

Elena Pozzi

NUOVO IMPIANTO XCN[®] 3.8 TAPERED	pag. 4
■ S. Belcastro, A. Natali CASO CLINICO n. 1 RIABILITAZIONE A CARICO IMMEDIATO DI INCISIVI LATERALI AGENESICI CON IMPIANTI XCN[®] 3.8 TAPERED	pag. 10
CASO CLINICO n. 2 SOSTITUZIONE IMMEDIATA DI UN INCISIVO CENTRALE SUPERIORE CON IMPIANTO XCN[®] 3.8 TAPERED	pag. 14
■ R. Capponi CASO CLINICO n. 1 RIABILITAZIONE DELL'ARCATA SUPERIORE A CARICO IMMEDIATO CON PROTESI TIPO TORONTO BRIDGE	pag. 18
CASO CLINICO n. 2 IMPIANTO 3.8 TAPERED POST-ESTRATTIVO A CARICO IMMEDIATO IN ZONA ESTETICA	pag. 20
■ A. Di Nardo CASO CLINICO n. 1 RIABILITAZIONE IN AREA ESTETICA 11 E 21 IN PAZIENTE POLITRAUMATIZZATO CON IMPIANTI 3.8 TAPERED	pag. 22
CASO CLINICO n. 2 RIABILITAZIONE IN POSIZIONE 25 CON RIALZO DI SENSO PER VIA CRESTALE E IMPIANTO 3.8 TAPERED	pag. 26
■ D. Guerra, G. Guerra SOSTITUZIONE IMMEDIATA DI DUE INCISIVI LATERALI SUPERIORI DECIDUI CON IMPIANTI 3.8 TAPERED	pag. 29
■ R. Meli RIABILITAZIONE DI UN INCISIVO LATERALE MANCANTE CON L'IMPIANTO 3.8 TAPERED	pag. 34
CORSI DI IMPLANTOLOGIA 2025	pag. 38
■ G. Musiello IL FLUSSO FULL-DIGITAL NELL'UTILIZZO DELL'IMPIANTO 3.8 TAPERED	pag. 39

RESOCONTO CORSO AVANZATO DI IMPLANTOPROTESI XCN® PER CLINICI COLOMBIANI: workflow digitali

pag. 45

C. Negro

CASO CLINICO n. 1

RIABILITAZIONE IMPLANTO-PROTESICA IN SEDE 46 CON IMPIANTO XCN® 3.8 TAPERED

pag. 46

CASO CLINICO n. 2

RISOLUZIONE DI UNA FRATTURA DENTALE DEL 25 CON IMPIANTO XCN® 3.8 TAPERED

pag. 48

L. Palazzo

CASO CLINICO n. 1

RIABILITAZIONE DEL MASCELLARE POSTERIORE CON IMPIANTI 3.8 TAPERED: SITO POST-ESTRATTIVO IMMEDIATO IN 1.4 E OSSO D4 IN 1.6

pag. 50

CASO CLINICO n. 2

RIABILITAZIONE IMPLANTO-PROTESICA DEL MASCELLARE SUPERIORE CON GESTIONE DI CONCAVITÀ VESTIBOLARE E OSSO D2 CON IMPIANTI 3.8 TAPERED

pag. 52

CASO CLINICO n. 3

APPROCCIO IMPLANTOPROTESICO CON IMPIANTI 3.8 TAPERED IN PRESENZA DI CONCAVITÀ VESTIBOLARE NEL SETTORE ANTERIORE SINISTRO

pag. 54

G. Zanotti

RIABILITAZIONE IMPLANTOPROTESICA ESTETICA EMIARCATA 1.1-1.4

pag. 56

FOLLOW-UP DECENNALE: PUBBLICA IL TUO CASO CLINICO!

pag. 61

FOLLOW-UP A 16 ANNI DI GRANDE RIALZO DI SENO MASCELLARE E CONTESTUALE INSERIMENTO DI 3 IMPIANTI

F. Dell'Innocenti

pag. 62

PAROLE CHIAVE

follow up, sella edentula, due fasi, grande rialzo di seno, G.B.R., biomateriale, successo implantare, mantenimento osseo, stabilità tessuti gengivali

RIABILITAZIONE DEL SECONDO QUADRANTE IN ZONA ESTETICA: CONTROLLO CLINICO E RADIOLOGICO DOPO 18 ANNI

L. Lucchiari

pag. 68

PAROLE CHIAVE

follow up, edentulia multipla, zona estetica, due fasi, provvisorio, mantenimento osseo, stabilità tessuti gengivali

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-01-22/40

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.

NEW!



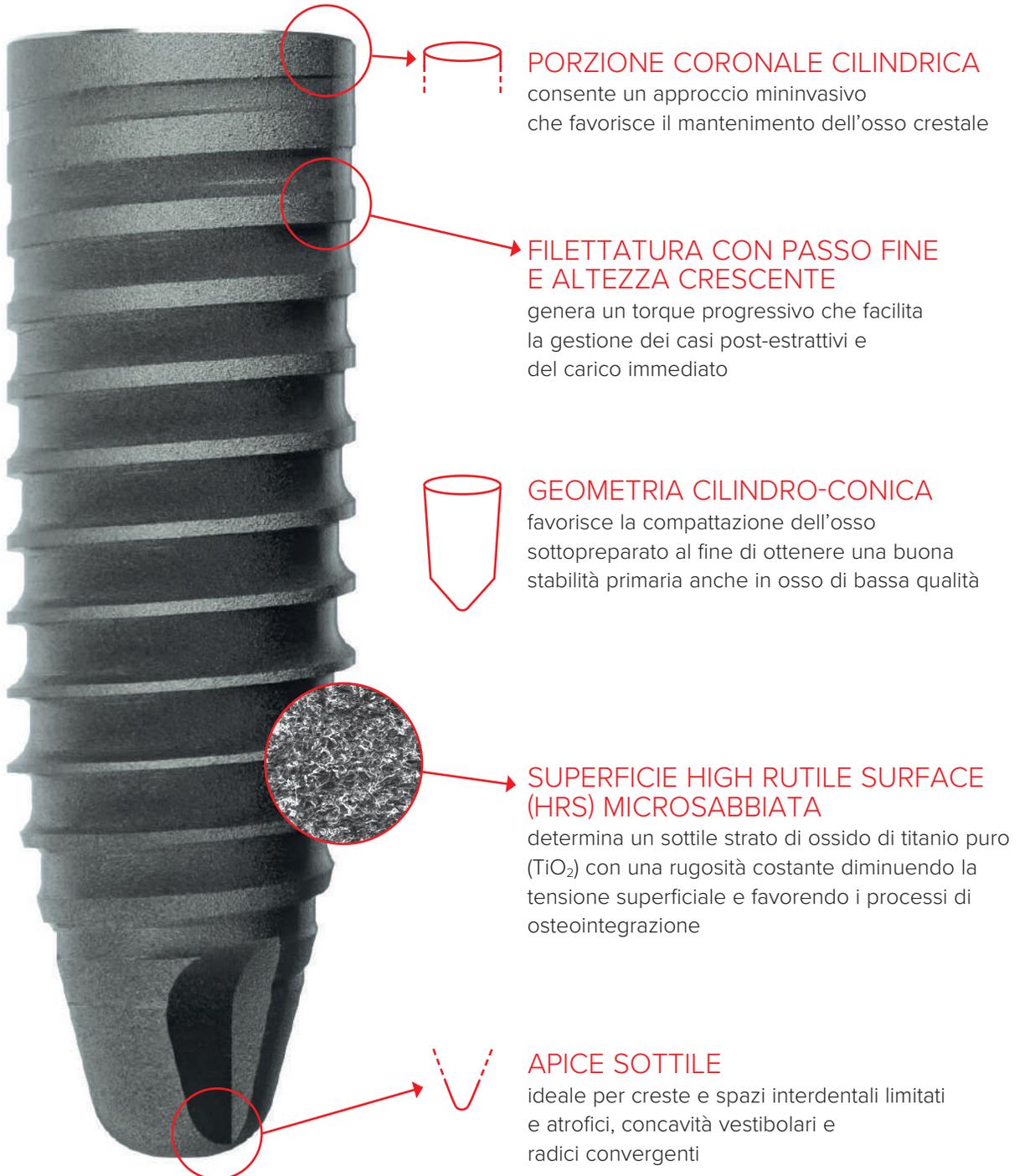
XCN® 3.8 TAPERED:
LA NUOVA GENERAZIONE
DI IMPIANTI A
**CONNESSIONE
CONO MORSE
AUTOBLOCCANTE**

**CONNESSIONE
CONO MORSE
AUTOBLOCCANTE**

resistenza meccanica
ampiamente superiore
alle sistematiche avvitate



**MORFOLOGIA DELL'IMPIANTO 3.8 TAPERED
E VANTAGGI CLINICI**



PORZIONE CORONALE CILINDRICA
consente un approccio mininvasivo
che favorisce il mantenimento dell'osso crestale

**FILETTATURA CON PASSO FINE
E ALTEZZA CRESCENTE**
genera un torque progressivo che facilita
la gestione dei casi post-estrattivi e
del carico immediato

GEOMETRIA CILINDRO-CONICA
favorisce la compattazione dell'osso
sottopreparato al fine di ottenere una buona
stabilità primaria anche in osso di bassa qualità

**SUPERFICIE HIGH RUTILE SURFACE
(HRS) MICROSABBIATA**
determina un sottile strato di ossido di titanio puro
(TiO₂) con una rugosità costante diminuendo la
tensione superficiale e favorendo i processi di
osteointegrazione

APICE SOTTILE
ideale per creste e spazi interdentali limitati
e atrofici, concavità vestibolari e
radici convergenti

ONE FOR ALL

• DESIGN OTTIMIZZATO PER OGNI ESIGENZA

È indicato per tutte le sedi edentule e supporta ogni tipo di soluzione protesica, dalle riabilitazioni singole a quelle multiple o totali, grazie al micro e macro-design della fixture e all'efficienza della connessione Morse gialla, collaudata da oltre 25 anni in migliaia di casi clinici.

• ECCELLENZA FUNZIONALE ED ESTETICA DELLA CONNESSIONE MORSE

La connessione a cono Morse autobloccante con angolo totale di 3°, che non necessita di una vite, garantisce stabilità a lungo termine e risultati estetici di alto livello grazie al Platform Switching design, all'efficacia del sigillo microbiologico e all'assenza di micromovimenti.

• AFFIDABILITÀ E PRECISIONE DELLA CONNESSIONE MORSE

L'unione di due geometrie, cono Morse autobloccante ed esagono interno, assicura un'elevatissima resistenza al carico masticatorio*, una bassissima percentuale di complicanze protesiche e un'elevata precisione di trasferimento della posizione.

• COMPATTEZZA E VERSATILITÀ

Con un diametro massimo di soli 3,8 mm è ideale per creste ossee sottili e spazi interdentali ridotti, adattandosi perfettamente a tutte le aree della bocca, inclusi i settori anteriori e posteriori.

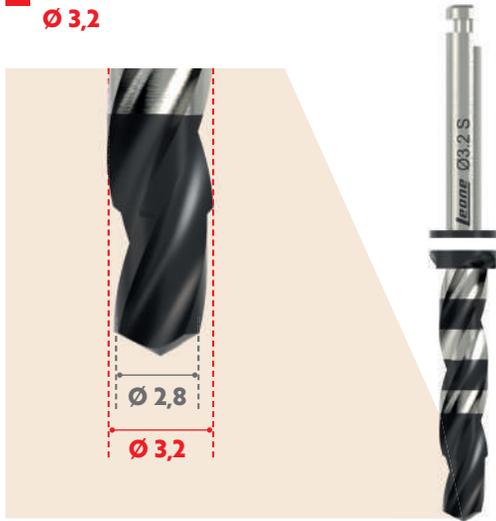


*Sannino G, Barlattani A, Mechanical evaluation of an implant-abutment self-locking taper connection: finite element analysis and experimental tests, *Int J Oral Maxillofac Implants* 2013;28(1): e17-26

PROTOCOLLO CHIRURGICO SEMPLIFICATO

Le frese di forma, appositamente disegnate per l'impianto 3.8 Tapered, garantiscono una precisa preparazione del sito implantare favorendo una stabilità primaria ottimale in tutti i tipi di osso.
La porzione apicale di diametro 2,8 mm in ambedue le frese ne consente l'utilizzo dopo il solo passaggio della fresa pilota, diminuendo sia i tempi chirurgici che le possibilità di errore.

**FRESA DI FORMA
Ø 3,2**



**FRESA DI FORMA
Ø 3,5 PER OSSO DENSO**



In caso di osso denso tipo D1 e D2

Tapered Ø 3,8 mm

fresa a pallina o fresa a lancia
800*

fresa pilota
500*

fresa di forma Ø 3.2 mm
500*

fresa di forma Ø 3.5 mm
500*

* giri/min

OSSO D1

OSSO D2

OSSO D3

OSSO D4

inquadra il codice QR

inquadra il codice QR

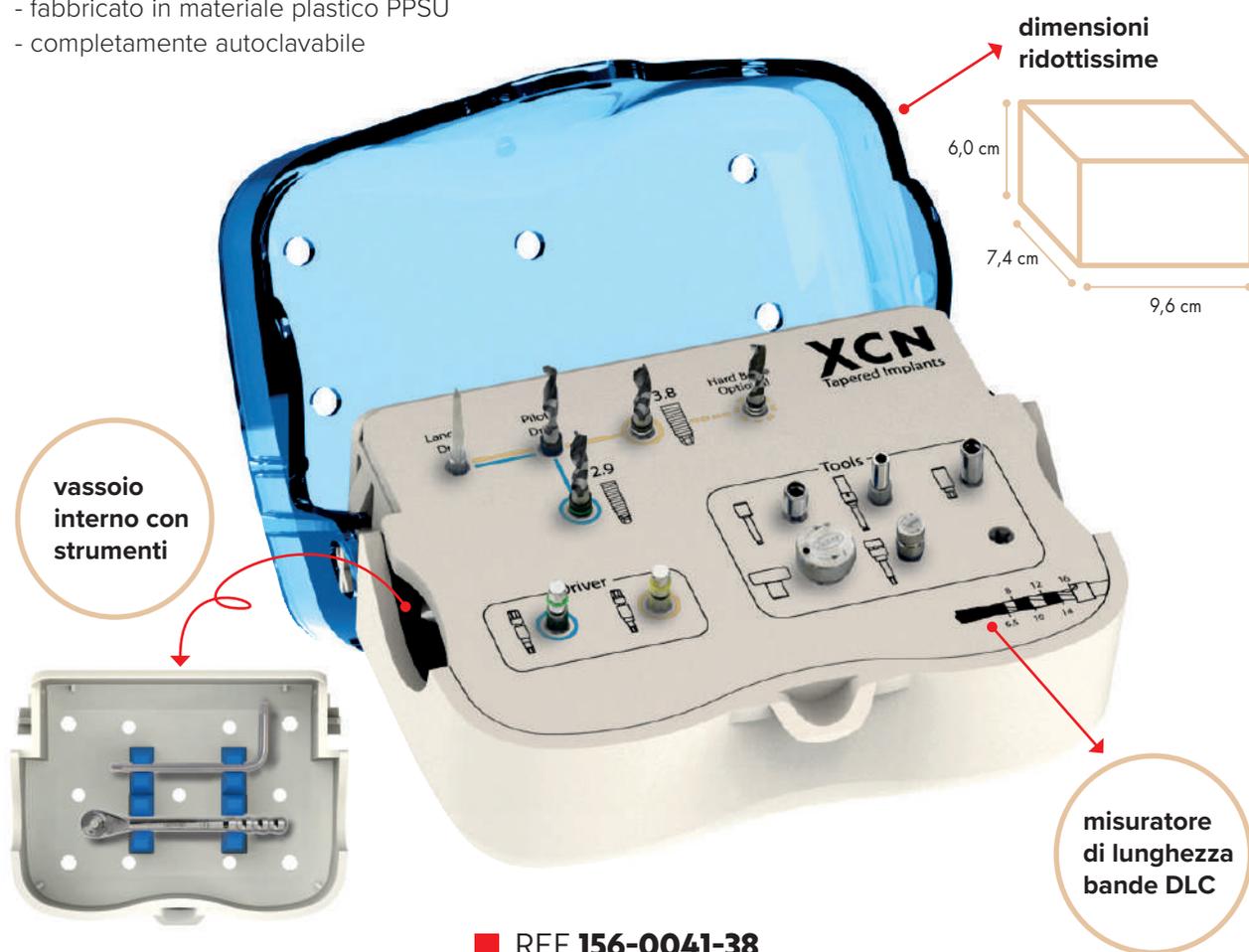
NUOVO IMPIANTO XCN® 3.8 TAPERED

NEW!

KIT CHIRURGICO PER IMPIANTI XCN® TAPERED

Il kit chirurgico contiene tutti gli strumenti necessari per l'inserimento degli impianti **XCN® Tapered** raccolti in un kit di dimensioni ridottissime con un design semplice e intuitivo grazie alle linee serigrafate nel codice colore dell'impianto **Narrow 2.9 Tapered** e **3.8 Tapered**.

- fabbricato in materiale plastico PPSU
- completamente autoclavabile



REF **156-0041-38**
EURO 700,60 +IVA

Contenuto del kit:

- 1 pz **151-1930-02** fresa a lancia
- 1 pz **151-2216-52** fresa pilota corta
- 1 pz **151-2816-53** fresa elicoidale corta Ø 2,8 mm
- 1 pz **151-3216-55** fresa di forma corta Ø 3,2 mm per impianti 3.8 Tapered
- 1 pz **151-3516-55** fresa di forma corta Ø 3,5 mm per osso denso per impianti 3.8 Tapered
- 1 pz **156-1033-00** driver High Torque per connessione 2.2
- 1 pz **156-1041-00** driver High Torque per connessione 3.0
- 1 pz **156-1002-01** raccordo per manipolo
- 1 pz **156-1019-00** prolunga per frese
- 1 pz **156-1002-00** prolunga per strumenti
- 1 pz **156-1001-01** avvitatore manuale chirurgico
- 1 pz **156-1003-00** strumento per tappi di chiusura
- 1 pz **156-1006-00** estraattore a testa esagonale
- 1 pz **156-1014-00** cricchetto



IMPIANTO XCN® 3.8 TAPERED

- fabbricato in titanio grado medicale 5
- confezione sterile con impianto montato su carrier e tappo di chiusura in biopolimero

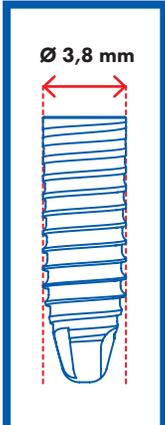
Confezione: 1 pezzo



Impianti Tapered Ø 3,8 mm
diametro di connessione 3,0 mm codice colore giallo

				
Ø (mm)	3,8	3,8	3,8	3,8
lunghezza (mm)	8	10	12	14

Ø 3,8 mm



REF	110-3908-02	110-3910-02	110-3912-02	110-3914-02
EURO	153,30 +IVA	153,30 +IVA	153,30 +IVA	153,30 +IVA

FRESE DI FORMA PER IMPIANTI 3.8 TAPERED

- fabbricate in acciaio inossidabile con alta resistenza alla corrosione
- la **doppia tacca** contraddistingue le frese di forma per osso denso
- possibilità di utilizzo delle frese corte con stop di profondità
- autoclavabili

Confezione: 1 pezzo

	Ø 3,2 mm	Ø 3,2 mm	Ø 3,5 mm	Ø 3,5 mm
				
	L 34 mm	L 39 mm	L 34 mm	L 39 mm

REF	151-3216-55	151-3222-45	151-3516-55	151-3522-45
EURO	78,70 +IVA	78,70 +IVA	78,70 +IVA	78,70 +IVA



Salvatore Belcastro

Odontoiatra, Perugia



Alessio Natali

Odontoiatra, Perugia

“*Versatilità chirurgica nei casi di carenza di spessore osseo, unita alla robustezza della connessione gialla*”

CASO
CLINICO
n. 1

RIABILITAZIONE A CARICO IMMEDIATO DI INCISIVI LATERALI AGENESICI CON IMPIANTI XCN® 3.8 TAPERED

PAROLE CHIAVE

agenesia, edentulia singola, zona estetica, ortodonzia pre-protetica, impianto 3.8 Tapered, post-estrattivo immediato, tecnica flapless, carico immediato, provvisorio, moncone temporaneo, impronta ottica, Scan Post, Scan Body Inclined Plane, tecnica full-digital, CAD-CAM, moncone Ti-Base, corona monolitica, cementazione extra-orale

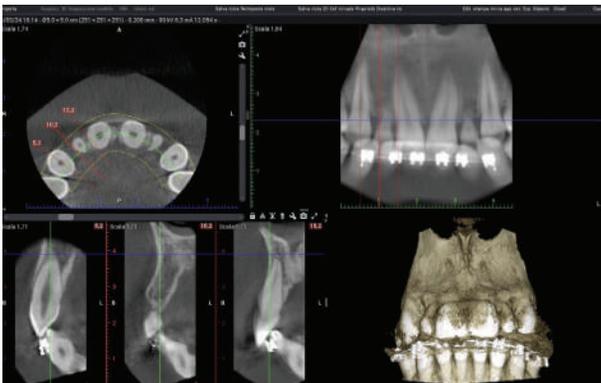
Il paziente, di 20 anni, presentava l'agenesia degli incisivi laterali superiori; al termine del trattamento ortodontico abbiamo pianificato il posizionamento di due impianti in zona 1.2 e 2.2 con l'obiettivo di caricarli nella stessa seduta. Attraverso una accurata pianificazione chirurgica, il posizionamento implantare è stato eseguito con tecnica flapless: dopo l'estrazione dei laterali decidui e la preparazione dei siti implantari, abbiamo inserito due impianti Tapered 3.8x12 mm. Dato che la stabilità primaria era più che sufficiente, su di essi abbiamo posizionato due monconi temporanei in PEEK, che abbiamo preparato per poterci ribasare sopra delle corone provvisorie in PMMA. Dopo rifinitura, i monoblocchi moncone/corona sono stati inseriti negli impianti ed inconati mediante percussore con punta in PEEK. A distanza di tre mesi dalla chirurgia, ad osteointegrazione avvenuta, abbiamo rimosso i provvisori ed inserito due Scan Post/Scan Body a connessione gialla per eseguire la scansione intraorale Implant Level. L'odontotecnico ha progettato in CAD le corone protesiche su due monconi Ti-Base a connessione gialla, quindi con flusso completamente digitale. Le corone sono state fresate in zirconia, infiltrate con pigmenti e caratterizzate. Al momento della consegna abbiamo rimosso nuovamente i provvisori ed inserito i monconi Ti-Base con le rispettive corone verificando, oltre ai parametri funzionali ed estetici, la possibilità di eseguire la cementazione extra-orale per entrambe. Poiché questa era possibile, abbiamo cementato le corone sui Ti-Base fuori dalla bocca e poi posizionato i due monoblocchi sugli impianti, finalizzando il tutto mediante attivazione delle connessioni conometriche con percussore con punta in PEEK.

REALIZZAZIONI PROTESICHE

Laboratorio Microdental di Galli e Casavecchia - Perugia



FIG. 1 - Situazione clinica al termine del trattamento ortodontico; sono ancora presenti in arcata gli incisivi laterali decidui



FIGG. 2, 3 - TC cone beam eseguita per la pianificazione della chirurgia implantare nei siti 1.2 e 2.2

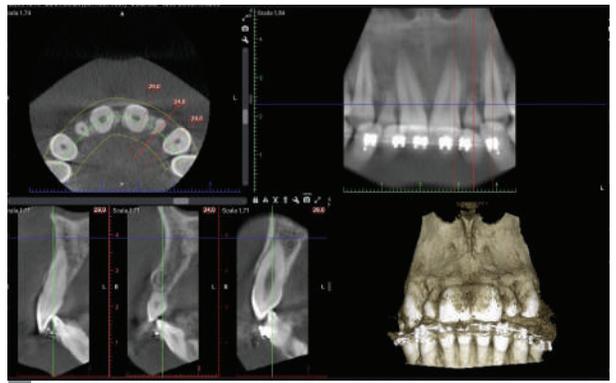


FIG. 3



FIGG. 4, 5 - Chirurgia flapless per l'inserimento di due impianti Tapered 3.8x12 mm



FIG. 5



FIGG. 6, 7 - TC cone beam di controllo eseguita subito dopo il posizionamento implantare: gli impianti sono interamente contenuti nelle corticali ossee

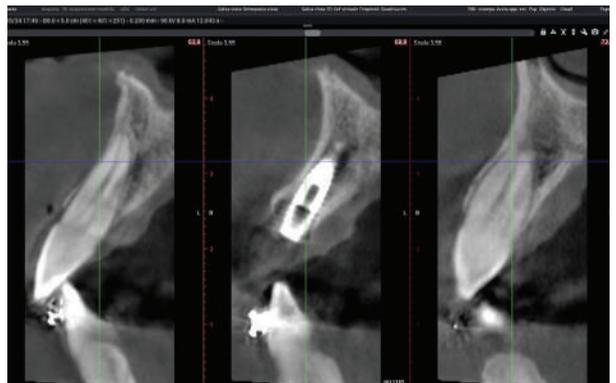


FIG. 7



FIGG. 8, 9 - Monconi temporanei in PEEK inseriti sugli impianti e preparati prima della ribasatura delle corone provvisorie



FIG. 9



FIG. 10 - Monoblocchi moncone/corona dopo rifinitura e lucidatura



FIG. 11 - Corone provvisorie a carico immediato appena consegnate al termine dell'intervento



FIGG. 12, 13 - Situazione clinica ad appena una settimana dalla chirurgia



FIG. 13



FIGG. 14, 15 - A distanza di tre mesi, provvisori rimossi per la scansione intraorale Implant Level mediante gli Scan Post/Scan Body piano inclinato bianco con connessione gialla



FIG. 15



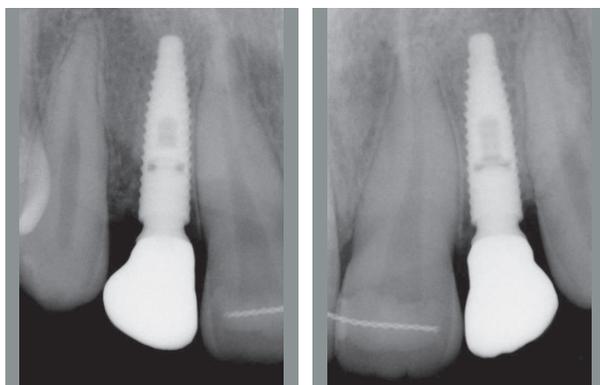
FIG. 16 - Dettaglio del moncone Ti-Base con connessione gialla, la cui piattaforma protesica è stata sabbata in laboratorio per aumentare la ritenzione della corona cementata



FIG. 17 - Corone in zirconia monolitica sui Ti-Base pronte per la consegna



FIG. 18 - Corone appena consegnate mediante cementazione extra-orale



FIGG. 19, 20 - Controllo radiologico alla consegna



FIGG. 21-23 - Situazione clinica a due mesi dalla consegna: l'integrazione dei dispositivi protesici nei tessuti del paziente è eccellente



FIG. 22



FIG. 23

SOSTITUZIONE IMMEDIATA DI UN INCISIVO CENTRALE SUPERIORE CON IMPIANTO XCN® 3.8 TAPERED

PAOLE CHIAVE

edentulia singola, zona estetica, impianto 3.8 Tapered, tecnica flapless, GBR, impronta ottica, Scan Post, Scan Body Inclined Plane, tecnica full-digital, CAD-CAM, moncone Ti-Base, moncone personalizzato zirconia/Ti

Il caso clinico che segue è tratto dal capitolo 2 del testo "Flussi digitali protesici per impianti a cono Morse" e riguarda la riabilitazione di un incisivo centrale superiore mediante moncone Ti-Base customizzato in zirconia su un impianto Tapered 3.8x14 mm, posizionato con approccio flapless e rigenerazione ossea guidata. L'elemento 2.1 presentava una cisti apicale odontogena ed una struttura residua compromessa, pertanto abbiamo optato per la sua estrazione e l'inserimento di un impianto con contestuale rigenerazione mediante sostituto osseo eterologo. L'impianto non è stato caricato immediatamente e la fase di attesa per l'osteointegrazione è stata gestita con un provvisorio tipo Maryland bridge. Dopo quattro mesi abbiamo avviato la fase protesica con la scansione intraorale Implant Level attraverso l'insieme Scan Post/Scan Body. I file .STL acquisiti sono stati inviati al laboratorio odontotecnico per essere elaborati nel software CAD: dalla libreria è stato scelto un moncone Ti-Base con connessione gialla su cui il tecnico ha progettato la corona protesica e la porzione customizzata. Si passa poi alla fase CAM con la fresatura della zirconia, l'infiltrazione con pigmenti e la stratificazione della ceramica. Infine, la customizzazione è stata incollata sul Ti-Base con un cemento resinoso. Alla consegna abbiamo inserito il moncone Ti-Base customizzato sull'impianto in base all'indicizzazione fornita dall'esagono apicale, posizionato la corona sul moncone e, dopo passivazione mucosa, verificato volume, punti di contatto, occlusione ed estetica. Si è proceduto quindi all'attivazione della conometria implanto-protesica mediante percussore con punta in PEEK ed alla cementazione della corona sul moncone Ti-Base customizzato.

REALIZZAZIONI PROTESICHE

Laboratorio Microdental di Galli e Casavecchia - Perugia



FIGG. 1, 2 - Situazione clinica e radiologica iniziale: l'elemento 2.1 non è più mantenibile in arcata



FIG. 2



FIG. 3 - Posizionamento dell'impianto Tapered 3.8x14 mm in zona 2.1 con tecnica flapless



FIG. 4 - Al termine dell'intervento consegna di un provvisorio rimovibile tipo Maryland bridge



FIGG. 5, 6 - Situazione clinica e radiologica a distanza di quattro mesi: la risposta dei tessuti molli ed ossei è stata eccellente, con mantenimento di tutti i volumi



FIG. 6



FIG. 7 - Scansione intraorale sull'impianto mediante Scan Post/Scan Body piano inclinato bianco con connessione gialla

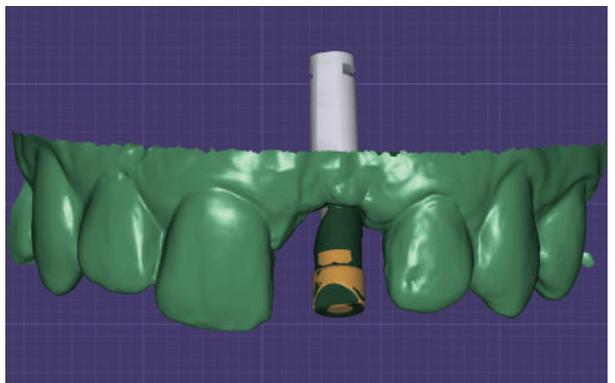
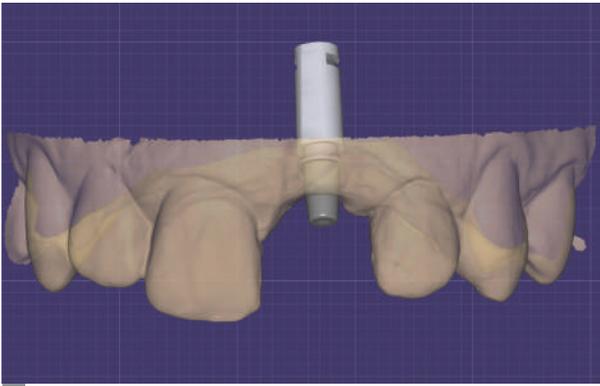


FIG. 8 - Matching dello Scan Body alla sua matematica digitale per l'individuazione della posizione dell'impianto (software Exocad®)



FIGG. 9-11 - Progettazione CAD della corona protesica e del tratto customizzato su Ti-Base con connessione 3.0 gialla (software Exocad®)

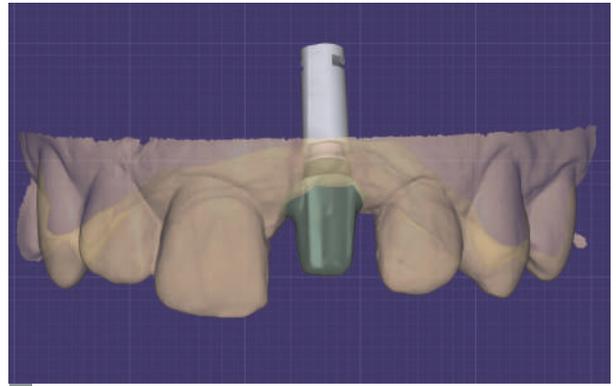


FIG. 10

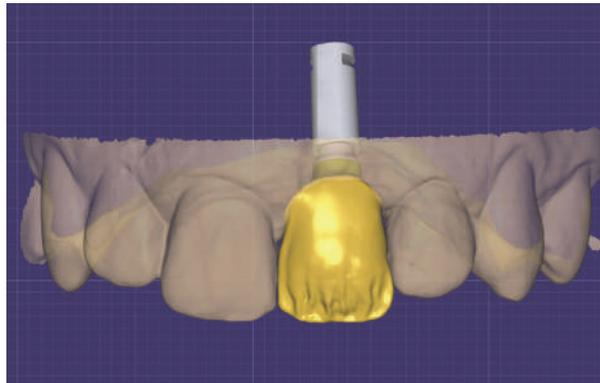


FIG. 11



FIGG. 12, 13 - Corona in zirconia stratificata su Ti-Base con connessione gialla customizzato



FIG. 13



FIG. 14 - Ti-Base customizzato posizionato sull'impianto; la customizzazione cervicale segue esattamente la festonatura gengivale ideale



FIGG. 15, 16 - Corona appena consegnata con cementazione intra-orale iuxta-gengivale



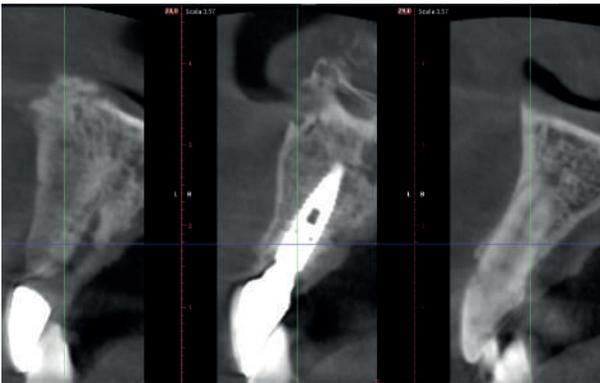
FIG. 16



FIG. 17 - Sorriso del paziente



FIG. 18 - Controllo clinico a quattro settimane dalla consegna



FIGG. 19, 20 - Controllo clinico e radiografico a quattro mesi dalla consegna



FIG. 20



Riccardo Capponi

Odontoiatra, Amandola (FM)

“*Diametro perfetto,
design vincente*”

**CASO
CLINICO**
n. 1

**FOLLOW-UP
A 2 ANNI**

RIABILITAZIONE DELL'ARCATA SUPERIORE A CARICO IMMEDIATO CON PROTESI TIPO TORONTO BRIDGE

PAROLE CHIAVE

edentulia totale, impianto 3.8 Tapered, impianto MaxStability, impianto Narrow 2.9, post-estrattivo immediato, carico immediato, All-on-six, moncone MUA, provvisorio, protesi avvitata, Toronto Bridge, follow up, mantenimento osseo

Il paziente di 68 anni e sesso maschile si presenta alla nostra osservazione con l'intenzione di rimuovere il manufatto protesico superiore ormai incongruo e riabilitare entrambe le arcate in modo da ritrovare una corretta funzione masticatoria e un'estetica soddisfacente (Figg. 1, 2). In accordo con il paziente si decide di sostituire la protesi superiore con una protesi tipo Toronto Bridge a carico immediato e temporaneamente riabilitare l'arcata inferiore con una protesi scheletrata rimovibile. Dopo aver rimosso tutti i denti non più recuperabili (Figg. 3, 4) si inseriscono sei impianti Leone nell'arcata superiore: due impianti Max Stability Ø3,75 L 12 in posizione 11 e L 10 in posizione 13; un impianto Narrow 2.9 Tapered L 12 in posizione 15 e tre impianti 3.8 Tapered L 12 in posizione 22, L 10 in posizione 24 e L 14 in posizione 25 (Fig. 5). Vista la scarsa stabilità primaria dei due impianti distali si decide di caricare soltanto i quattro impianti centrali. Si scelgono i monconi MUA con gli Abutment Gauge e si applicano temporaneamente dei tappi guarigione Standard (Fig. 6). Il giorno successivo si attivano i monconi MUA negli impianti e si ribasa una protesi provvisoria sui cilindri in titanio (Fig. 7). A distanza di quattro mesi si posizionano monconi MUA anche nei due impianti distali e si prende un'impronta con tecnica PickUp sui MUA per la realizzazione di una protesi definitiva tipo Toronto Bridge (Fig. 8). Il diametro e il design dell'impianto 3.8 Tapered ben si presta a questo tipo di riabilitazione a carico immediato.

Il controllo radiografico a distanza di due anni manifesta un mantenimento dei picchi ossei al livello perimplantare (Figg. 9, 10).

REALIZZAZIONI PROTESICHE

Laboratorio odontotecnico Enzo Sacchetti - Amandola (FM)



FIG. 1 - Situazione clinica iniziale

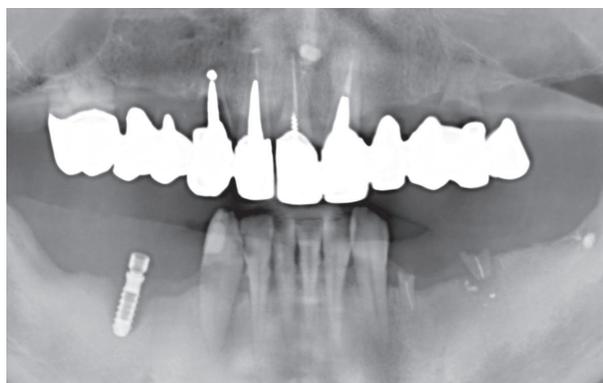


FIG. 2 - Ortopanoramica iniziale

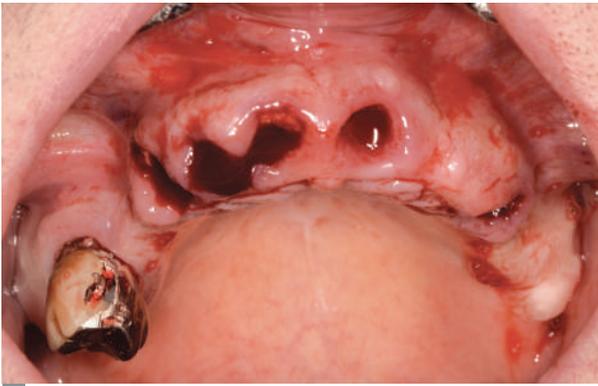


FIG. 3 - Estrazione degli elementi dentari non recuperabili

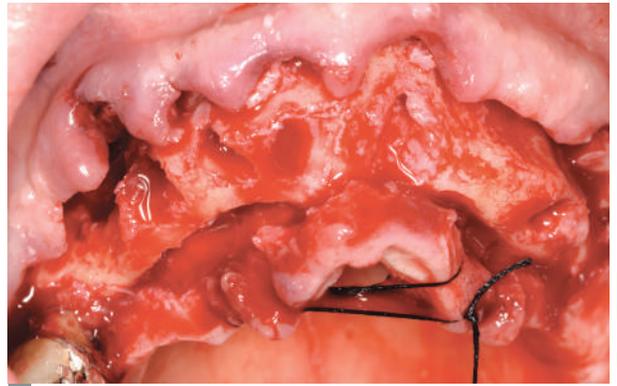


FIG. 4 - Osteoplastica resettiva mediante fresa ossivora

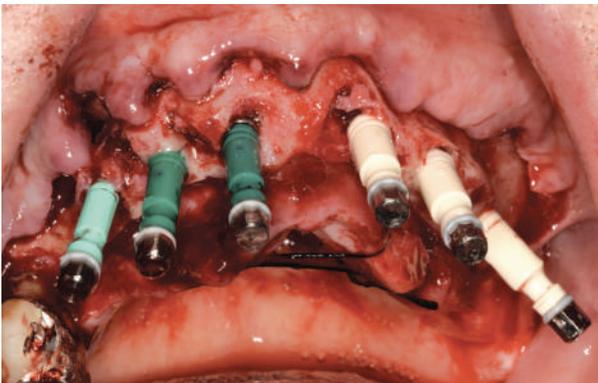


FIG. 5 - Posizionamento di sei impianti: due impianti MaxStability 3.75 e un impianto Narrow 2.9 Tapered nel primo quadrante e tre impianti 3.8 Tapered nel secondo quadrante



FIG. 6 - Tappi di guarigione posizionati temporaneamente sugli impianti

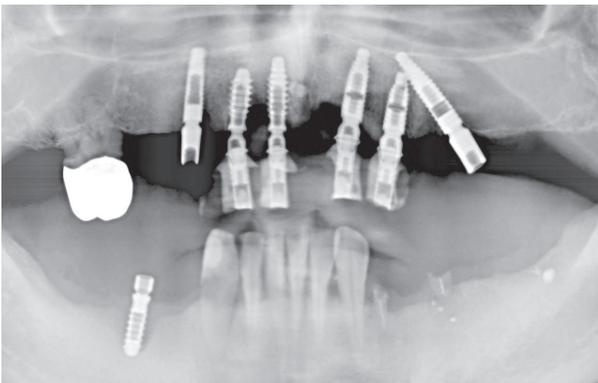


FIG. 7 - Ortopanoramica dopo aver ribasato la protesi provvisoria a carico immediato sui monconi MUA



FIG. 8 - Consegna del manufatto protesico definitivo tipo Toronto Bridge

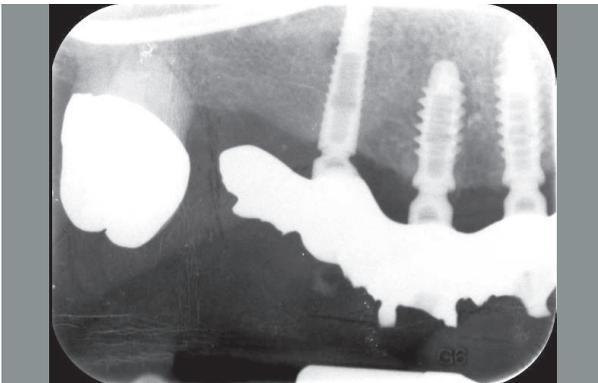


FIG. 9 - RX endorale del primo quadrante a due anni dal carico

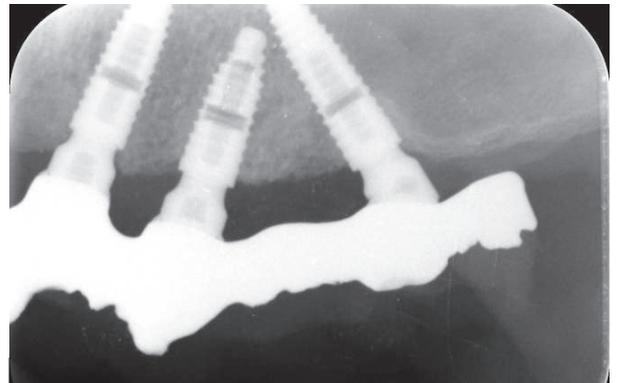


FIG. 10 - RX endorale del secondo quadrante a due anni dal carico

IMPIANTO 3.8 TAPERED POST-ESTRATTIVO A CARICO IMMEDIATO IN ZONA ESTETICA

PAROLE CHIAVE

edentulia singola, zona estetica, post-estrattivo immediato, impianto 3.9 Tapered, carico immediato, provvisorio, moncone temporaneo, moncone MultiTech, CAD-CAM, moncone personalizzato zirconia/Ti, follow up, mantenimento osseo, stabilità tessuti gengivali

Il paziente di anni 35 e sesso maschile si presenta alla nostra osservazione in urgenza per una frattura coronale a carico dell'elemento 12 (Fig. 1). La radiografia endorale rileva la presenza di un perno moncone fuso fratturato all'interno del canale radicolare (Fig. 2). In accordo con il paziente si decide di sostituire il residuo radicolare non recuperabile con un impianto post-estrattivo a carico immediato. Dopo aver rimosso il residuo radicolare si inserisce un impianto 3.8 Tapered lunghezza 10 mm (Fig. 3) e si realizza una corona provvisoria su un moncone temporaneo in PEEK. A distanza di tre mesi si prende un'impronta per la realizzazione di un abutment personalizzato in zirconia incollato su un moncone MultiTech e una corona in zirconia (Figg. 4, 5). Il design root-form del nuovo impianto 3.8 Tapered ben si presta a queste situazioni cliniche con spazi ridotti in zona incisiva superiore.

Il controllo clinico e radiografica a distanza di due anni dal carico mostra il mantenimento dei volumi ossei e gengivali (Figg. 6, 7).

REALIZZAZIONI PROTESICHE

Laboratorio odontotecnico Enzo Sacchetti - Amandola (FM)



FIG. 1 - Situazione clinica iniziale



FIG. 2 - RX endorale iniziale

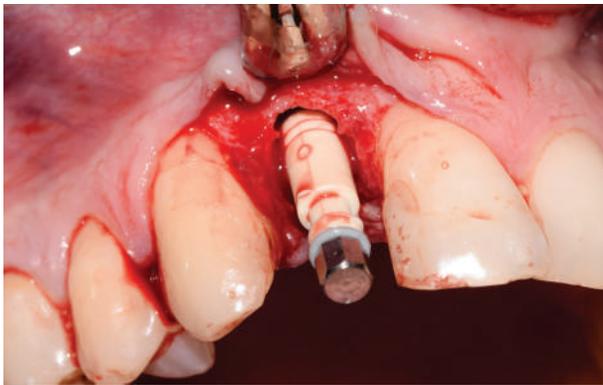


FIG. 3 - Inserimento di un impianto 3.8 Tapered L 10



FIG. 4 - Abutment customizzato in zirconia incollato su moncone MultiTech attivato nell'impianto



FIG. 5 - Corona in zirconia cementata sull'abutment personalizzato



FIG. 6 - Controllo clinico a due anni dal carico

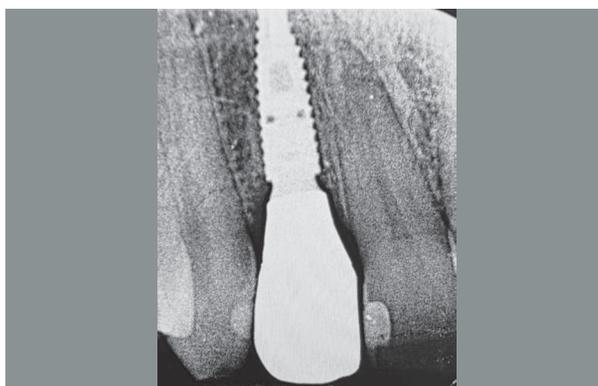


FIG. 7 - Controllo radiografico a due anni dal carico



Alessandro Di Nardo

Odontoiatra, Lanciano (Chieti)

“*Macrodesign all'avanguardia:
dall'impianto semplice alla
chirurgia avanzata*”

**CASO
CLINICO**
n. 1

**FOLLOW-UP
A 18 MESI**

RIABILITAZIONE IN AREA ESTETICA 11 E 21 IN PAZIENTE POLITRAUMATIZZATO CON IMPIANTI 3.8 TAPERED

PAROLE CHIAVE

edentulia multipla, zona estetica, frattura da trauma di elementi dentari, GBR, impianto 3.8 Tapered, due fasi, moncone temporaneo, follow up, mantenimento osseo, stabilità tessuti gengivali

Il paziente, uomo di 53 anni, si presenta in visita a distanza di alcuni mesi da un incidente stradale in moto con cicatrici a livello del labbro superiore, perdita di mobilità labiale e fratture multiple sugli elementi dentari 13-12-11-21 (Figg. 1-4). Nello specifico, l'11 presenta una frattura a livello radicolare pari cresta ossea (Fig. 5) e il 21 mobilità e frattura obliqua a livello del terzo apicale della radice (Fig. 6). Gli elementi 11 e 21 non risultano recuperabili, si escludono quindi possibili trattamenti endodontici e/o ortodontici e si opta per l'estrazione degli stessi, con preservazione alveolare e impianti a protesizzazione differita. Sul 13 si effettua una ricostruzione diretta in composito; sul 12 terapia canalare, ricostruzione con perno in fibra e corona in zirconia - ceramica. La mobilità elevata e il tempo intercorso dal trauma hanno comportato il riassorbimento di una grande porzione della parete ossea vestibolare sul 21 escludendo la possibilità di effettuare un post-estrattivo immediato. Nel primo step chirurgico vengono quindi estratti gli elementi dentari 11 e 21 (Fig. 7) e si esegue una preservazione alveolare tramite l'utilizzo di osso granulato eterologo, lamina di osso corticale eterologo, collagene e colla di fibrina (Figg. 8-10). In questa fase si decide di ricorrere ad una protesi parziale rimovibile. A distanza di 4 mesi, si inseriscono 2 impianti 3.8x12 con tecnica bifasica (Figg. 11-18). Dopo ulteriori 4 mesi, si procede alla riapertura dei siti implantari e alla protesizzazione immediata con provvisori su monconi temporanei in PEEK. Si finalizza il caso con la realizzazione di 3 corone singole in zirconia ceramica sugli elementi dentari 12-11-21 (Figg. 19, 21).

Le foto e le radiografie di controllo a distanza di 18 mesi mostrano un buon mantenimento dei tessuti perimplantari duri e molli (Figg. 22-25).

REALIZZAZIONI PROTESICHE

Laboratorio odontotecnico Ezio Flacco - Pescara



FIGG. 1, 2 - Foto extraorali pre-operatorie



FIG. 2



FIG. 3 - Dettaglio intraorale delle fratture a carico di 13-12-11-21

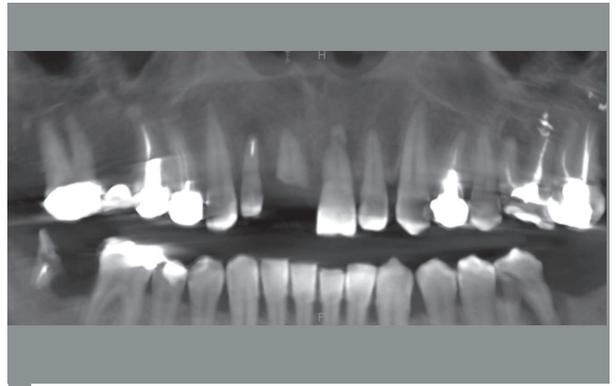


FIG. 4 - Panorex iniziale



FIG. 5 - Cross section 11



FIG. 6 - Cross section 21

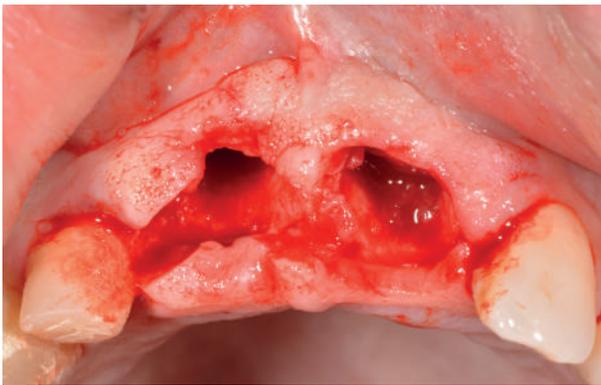


FIG. 7 - Estrazione di 11 e 21

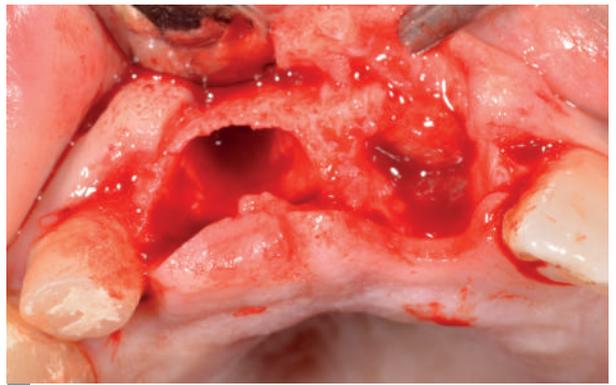


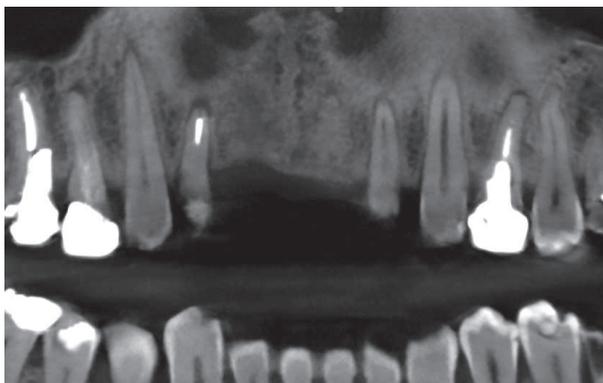
FIG. 8 - Lembo a tutto spessore dove si evidenzia il deficit osseo vestibolare a carico del 21



FIG. 9 - Procedura di preservazione alveolare



FIG. 10 - Foto di controllo a 2 settimane



FIGG. 11, 12a-c - CBCT di controllo a 4 mesi

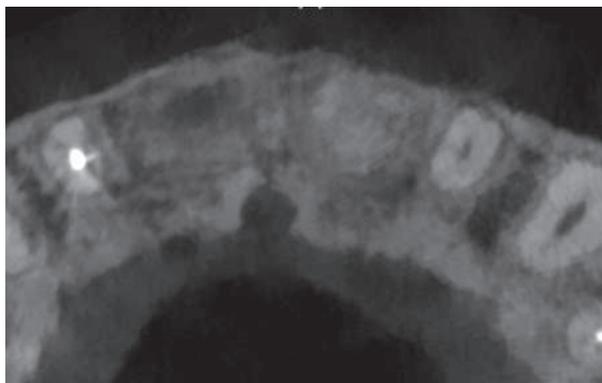
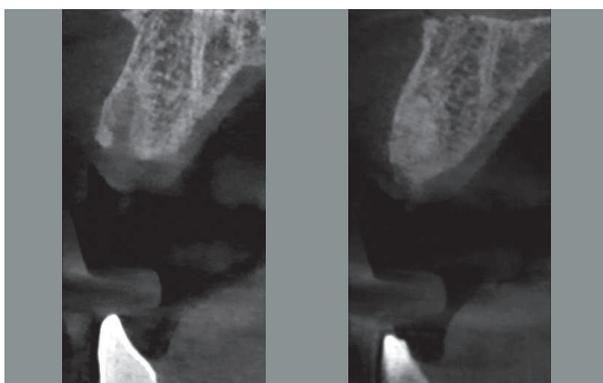


FIG. 12a



FIGG. 12b, c



FIG. 13 - Controllo a 4 mesi

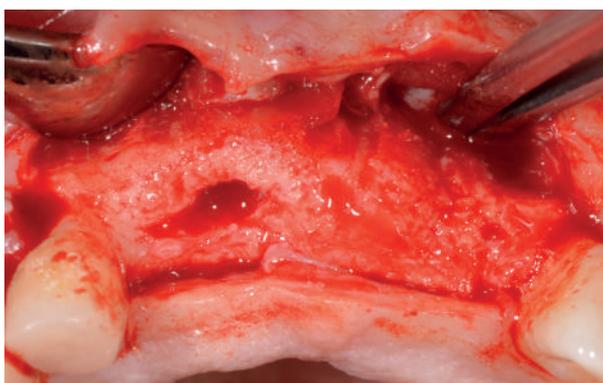


FIG. 14 - In seconda seduta chirurgica, lembo a tutto spessore

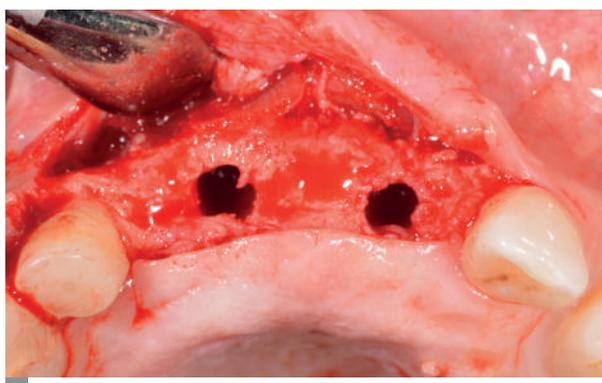


FIG. 15 - Preparazione dei siti implantari

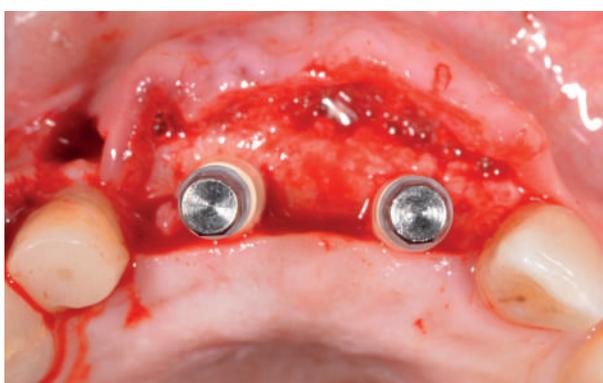


FIG. 16 - Visione oclusale dopo l'inserimento implantare dei 3,8x12



FIG. 17 - Visione frontale dopo l'inserimento implantare dei 3,8x12

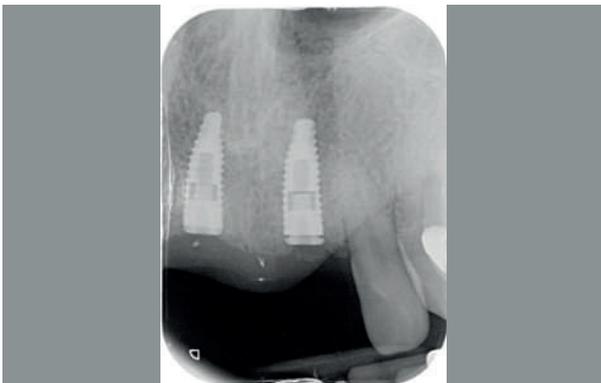


FIG. 18 - RX post operatoria

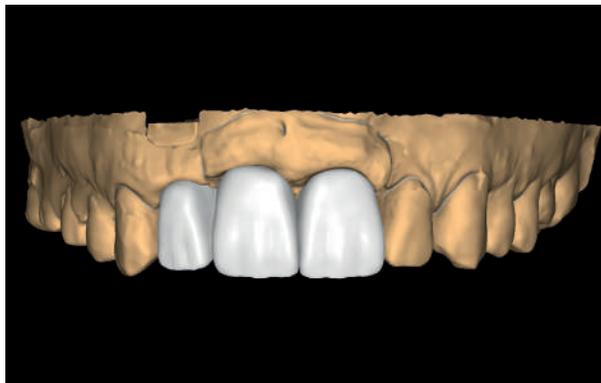


FIG. 19 - Progettazione CAD corone 12-11-21



FIG. 20 - Consegna delle corone definitive su 12-11-21



FIG. 21 - Foto extraorali post riabilitazione



FIGG. 22-24 - Foto di controllo a 18 mesi



FIG. 23



FIG. 24



FIG. 25 - RX di controllo a 18 mesi

RIABILITAZIONE IN POSIZIONE 25 CON RIALZO DI SENO PER VIA CRESTALE E IMPIANTO 3.8 TAPERED

PAROLE CHIAVE

edentulia singola, zona premolare, mini rialzo di seno mascellare, impianto 3.8 Tapered, due fasi, impronta ottica, Scan Post, Scan Body Inclined Plane, tecnica full-digital, moncone Ti-Base, cementazione extra-orale, follow up, mantenimento osseo, stabilità tessuti gengivali

Il paziente, uomo di 39 anni, si presenta allo studio per la frattura coronale completa dell'elemento 25 (Figg. 1, 2). Per il rapporto corona-radice sfavorevole si esclude l'allungamento di corona clinica e l'estrusione ortodontica. Dall'analisi radiografica si rileva che mancano i 2 mm di osso necessari per ipotizzare un impianto post-estrattivo immediato, poiché l'apice radicolare è tangente al seno mascellare; si opta quindi per l'estrazione del 25 con preservazione alveolare e impianto differito. A distanza di alcuni mesi dall'estrazione si denota una ridotta altezza crestale (Figg. 3, 4); si decide quindi per una tecnica di rialzo del seno mascellare crestale, con associata distrazione della parete mediale del seno mascellare e contestuale inserimento di un impianto 3,8x10, in tecnica bifasica (Figg. 5, 6).

Dopo 4 mesi, si procede alla riapertura del sito implantare posizionando un tappo di guarigione della piattaforma Large (Fig. 7). L'impronta viene acquisita tramite scanner intraorale (Figg. 8, 9) e si realizza con flusso completamente digitale una corona in zirconia. Essendo l'asse di inserzione favorevole, la corona viene cementata extra-oralmente sul moncone Ti-Base prima dell'attivazione dell'insieme moncone/corona nell'impianto (Figg. 10-13).

A distanza di 22 mesi è possibile vedere un perfetto mantenimento dei tessuti duri e un miglioramento dei tessuti molli a livello delle papille intorno alla corona (Figg. 14-16).

REALIZZAZIONI PROTESICHE

Laboratorio odontotecnico Ezio Flacco - Pescara



FIG. 1 - Foto Intraorale pre-operatoria



FIG. 2 - RX preparatoria



FIG. 3 - CBCT pre-operatoria a distanza di alcuni mesi dall'estrazione



FIG. 4 - Cross section pre-operatoria



FIG. 5 - Inserimento implantare 3.8 x 10, dopo il rialzo per via crestale



FIG. 6 - RX intra-operatoria

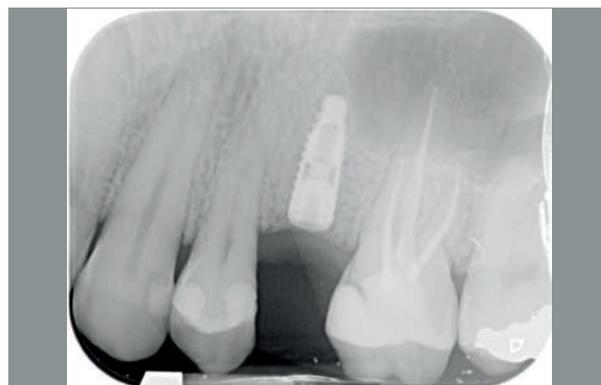


FIG. 7 - RX di controllo, a distanza di alcuni mesi, che mostra il rimodellamento osseo apicale all'impianto



FIG. 8 - Tappo di guarigione Large al momento della presa d'impronta



FIG. 9 - Scansione intraorale



FIG. 10 - Tragitto transmucooso alla consegna della corona



FIG. 11 - Consegna corona in visione occlusale



FIG. 12 - Consegna corona in visione laterale



FIG. 13 - RX dopo la consegna della corona



FIG. 14 - Foto di controllo a 22 mesi, vista laterale



FIG. 15 - Foto di controllo a 22 mesi, vista occlusale



FIG. 16 - RX di controllo a 22 mesi



Domenico Guerra

Servizio Aziendale
di Odontoiatria USL Umbria 1
Responsabile Dott. Mario Guerra

“*Impianto a diametro ridotto, poco invasivo, con alto torque di inserzione e solide prestazioni meccaniche.*”



Giovanni Guerra

**FOLLOW-UP
A 2 ANNI**

SOSTITUZIONE IMMEDIATA DI DUE INCISIVI LATERALI SUPERIORI DECIDUI CON IMPIANTI 3.8 TAPERED

PAROLE CHIAVE

agenesia, edentulia singola, zona estetica, impianto 3.8 Tapered, post-estrattivo immediato, carico immediato, provvisorio, moncone temporaneo, ortodonzia pre-protetica, CAD-CAM, cementazione-extraorale, follow up

Il presente caso clinico descrive il trattamento implantoprotesico di un giovane ragazzo di 29 anni con agenesia di ambedue gli incisivi laterali superiori (Figg. 1, 2). Dalla CT Cone Beam si nota la ridotta quantità di osso in senso mesio-distale e vestibolo-palatale, dovuta alla conformazione del mascellare superiore in zona incisiva ed alle inclinazioni dei denti adiacenti (Figg. 3-6). Il progetto terapeutico prevede l’inserimento di due impianti 3.8 Tapered a carico immediato. Dopo l’estrazione dei due incisivi laterali decidui con gravi mobilità (Fig. 7), si realizzano i siti implantari per il posizionamento di due impianti 3,8x12 mm ca. 2 mm sotto cresta (Fig. 8-15). Si preparano due monconi temporanei in PEEK dritti per poterci ribasare delle corone provvisorie. I due provvisori vengono rifiniti extra oralmente e attivati mediante percussore con punta in PEEK negli impianti (Fig. 16-19). Durante il periodo di osteointegrazione il diastema tra 11 e 21 viene chiuso con l’utilizzo di brackets ortodontici (Figg. 21, 22). A distanza di 6 mesi si prende un’impronta analogica (Fig. 23), il laboratorio digitalizza il modello di gesso (Fig. 25, 26) per realizzare con flusso di lavoro CAD-CAM due capsule in metallo-ceramica che vengono cementate extra oralmente sui monconi e attivati con il percussore con punta in PEEK negli impianti (Fig. 27-30).

Il controllo clinico a distanza di due anni evidenzia un ottimo mantenimento del risultato estetico raggiunto (Fig. 31).

L’impianto 3.8 Tapered è un impianto a diametro ridotto, particolarmente indicato nei settori anteriori superiori, dove lo spazio orizzontale o inter-radicolare scarseggia, riducendo l’invasività dell’intervento e garantendo una riabilitazione implantare di elevata qualità. Inoltre, offre un alto torque di inserzione grazie alla sua macro-morfologia troncoconica e prestazioni meccaniche solide, merito della connessione a cono Morse “gialla”.

REALIZZAZIONI PROTESICHE

Laboratorio odontotecnico Mancini Claudio - Roma



FIG. 1 - Situazione clinica iniziale

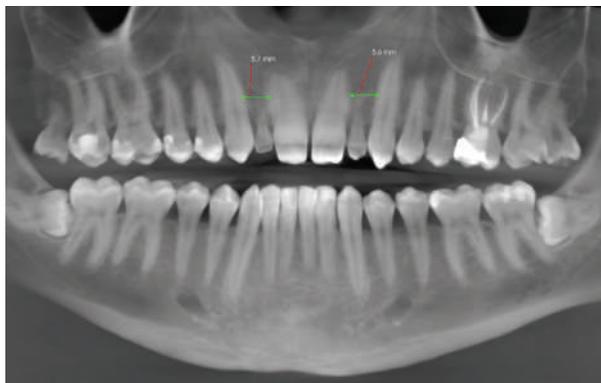


FIG. 2 - Radiografia panorex



FIG. 3 - Immagine intraorale dell'elemento 52

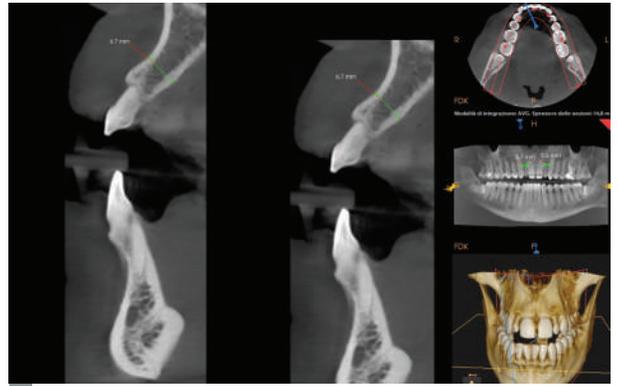


FIG. 4 - Cross section CT che evidenzia lo spessore vestibolo-palatale del 52



FIG. 5 - Immagine intraorale dell'elemento 62

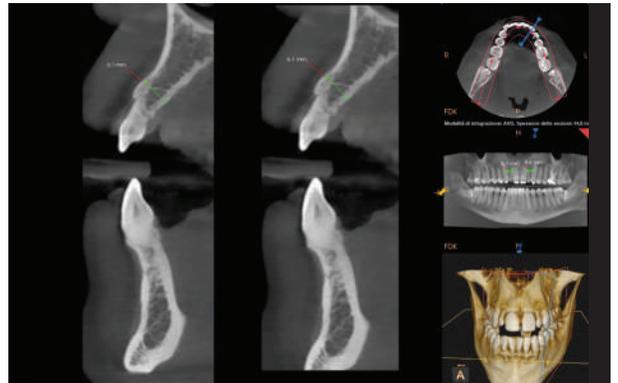


FIG. 6 - Cross section CT che evidenzia lo spessore vestibolo-palatale del 62



FIG. 7 - Estrazioni dei denti decidui 52 e 62



FIG. 8 - Passaggio della fresa lanceolata in zona 12



FIG. 9 - Passaggio della fresa lanceolata in zona 22



FIG. 10 - Passaggio della fresa pilota in zona 12



FIG. 11 - Passaggio della fresa pilota in zona 22



FIG. 12 - Inserimento dell'impianto 3.8 x12 in zona 12



FIG. 13 - Inserimento dell'impianto 3.8 x 12 in zona 22



FIG. 14 - Carrier riposizionati negli impianti inseriti

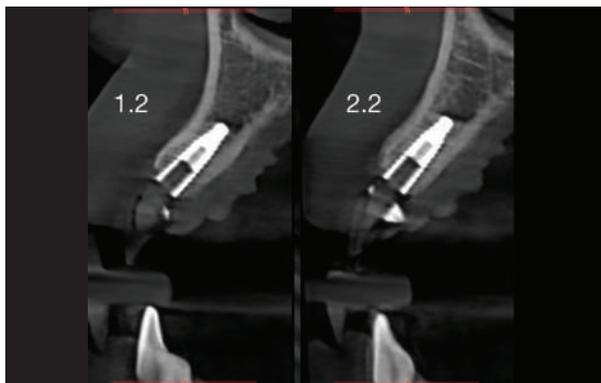


FIG. 15 - Controllo radiografico dopo l'inserimento degli impianti



FIG. 16 - Monconi temporanei in PEEK posizionati negli impianti



FIG. 17 - Inconamento dei provvisori con punta in PEEK



FIG. 18 - Situazione clinica a fine intervento

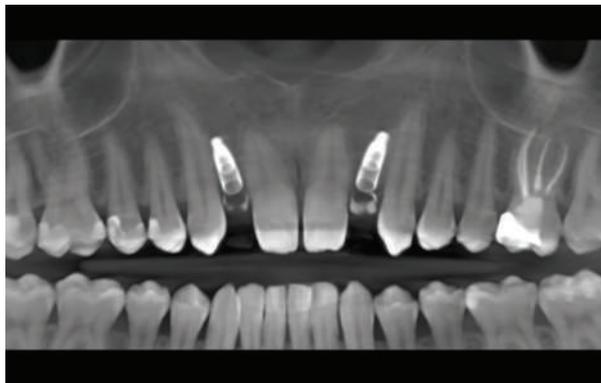


FIG. 19 - Controllo radiografico a fine intervento



FIG. 20 - Controllo intraorale ad 1 mese



FIG. 21 - Posizionamento di brackets sugli incisivi centrali per chiudere il diastema



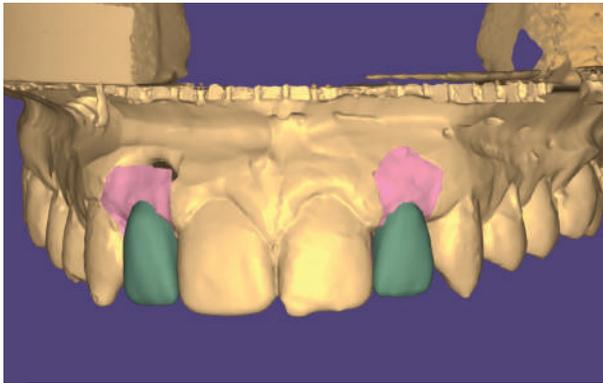
FIG. 22 - Controllo clinico a 6 mesi di distanza



FIG. 23 - Transfer inseriti negli impianti



FIG. 24 - Impronta analogica



FIGG. 25, 26 - Scansione del modello in gesso e progettazione corone

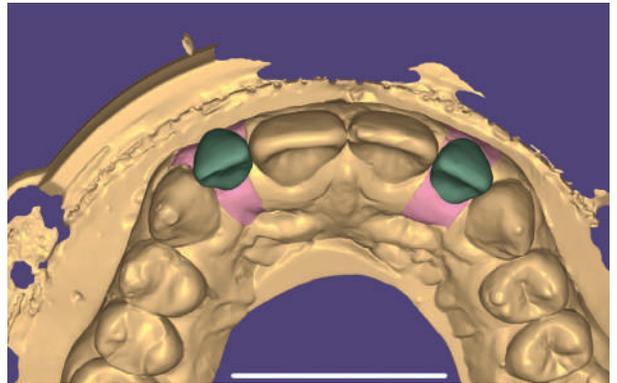


FIG. 26



FIGG. 27-29 - Consegna dei manufatti protesici definitivi



FIG. 28



FIG. 29



FIG. 30 - Sorriso alla consegna del manufatto definitivo



FIG. 31 - Controllo clinico a distanza di 24 mesi



Roberto Meli

Odontoiatra, Firenze

“Più osso, meno titanio”

**FOLLOW-UP
A 2 ANNI**

RIABILITAZIONE DI UN INCISIVO LATERALE MANCANTE CON L'IMPIANTO 3.8 TAPERED

PAROLE CHIAVE

edentulia singola, zona estetica, impianto 3.8 Tapered, due fasi, ExaConnect, moncone temporaneo per ExaConnect, impronta ottica, Ti-Base da laboratorio/scansione per ExaConnect, Scan Body Inclined Plane, tecnica full-digital, CAD-CAM, moncone Ti-Base per ExaConnect, follow up, mantenimento osseo, stabilità tessuti gengivali

Denise è portatrice di un Maryland provvisorio del 12, che si decementa continuamente ed è antiestetico (Fig. 1, 2). Accetta di sottoporsi ad una TC cone beam che analizzo con il software Blue Sky Plan. Importo la scansione intraorale e pianifico l'inserimento di un impianto, un Max Stability 3,75x12, con l'intento di valutare la possibilità di inserire il nuovo impianto 3,8 Tapered, ideale per le dimensioni contenute ma con la poderosa connessione gialla perfetta per i singoli anteriori (Fig. 3). Dato che i volumi ossei sono sufficienti decido di inserire un impianto 3,8x12 in tecnica monofasica con tappo di guarigione 3.0 GH 1,5 mm e di riposizionare per il periodo di guarigione il Maryland provvisorio (Figg. 4-10). A distanza di tre mesi rimuovo il Maryland provvisorio, valuto il moncone corretto con gli Abutment Gauge (Fig. 11), scelgo un ExaConnect 3.0 angolato a 25° GH 3 mm, lo attivo nell'impianto e realizzo un provvisorio chairside con l'apposito moncone in PEEK (Figg. 12-15). Dopo tre settimane rilevo una scansione e la invio al laboratorio che confeziona con protocollo full-digital una corona ceramica sul moncone Ti-Base per ExaConnect (Figg. 16-19).

Il follow-up a 24 mesi mostra un buon mantenimento sia dei livelli ossei che dei tessuti molli, merito soprattutto del gap inattivo tipico degli impianti XCN® (Figg. 20-22). Dato che la paziente non è completamente soddisfatta del risultato estetico è stato pianificato di ricontornare la parabola gengivale del controlaterale per raggiungere una maggiore simmetria.

REALIZZAZIONI PROTESICHE

Laboratorio odontotecnico Accioli e Puccini - Firenze



FIGG. 1, 2 - Situazione clinica iniziale



FIG. 2

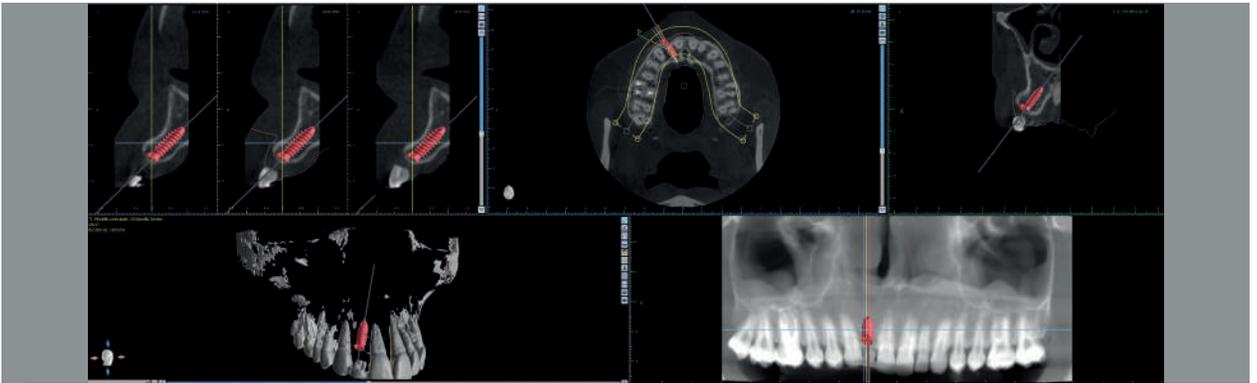


FIG. 3 - Pianificazione con Blue Sky Plan



FIG. 4 - Incisione iniziale per l'apertura di un piccolo lembo



FIG. 5 - Preparazione del sito implantare



FIG. 6 - Inserimento dell'impianto 3.8 Tapered lunghezza 12 mm

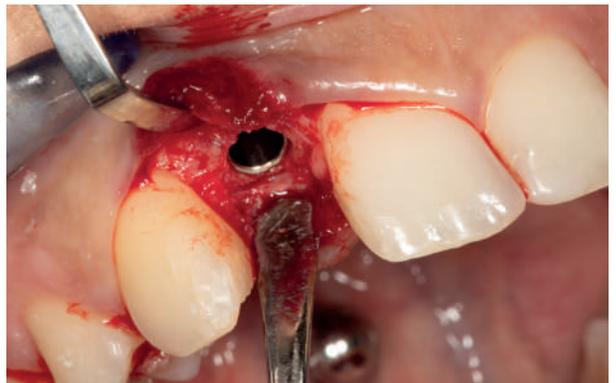


FIG. 7 - Impianto 3.8 Tapered inserito pari cresta ossea



FIG. 8 - Tappo di guarigione 3.0 GH 1,5 inserito nell'impianto; strumento per tappi di chiusura avvitato sul tappo per valutare il parallelismo

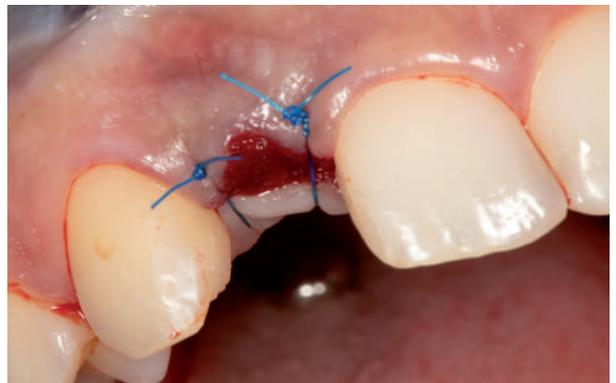


FIG. 9 - Sutura e successivo riposizionamento del Maryland



FIG. 10 - Controllo radiografico post-intervento



FIG. 11 - A distanza di 3 mesi: scelta dell'ExaConnect più idoneo con gli Abutment Gauge



FIGG. 12, 13 - Inserimento dell'ExaConnect angolato a 25° GH 3 mm nell'impianto

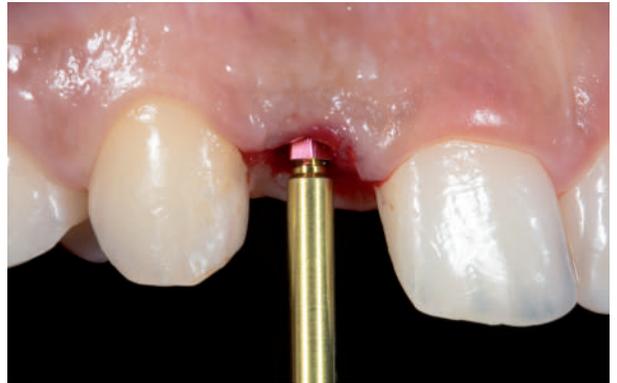


FIG. 13



FIGG. 14, 15 - Realizzazione chairside di un provvisorio con il moncone temporaneo per ExaConnect

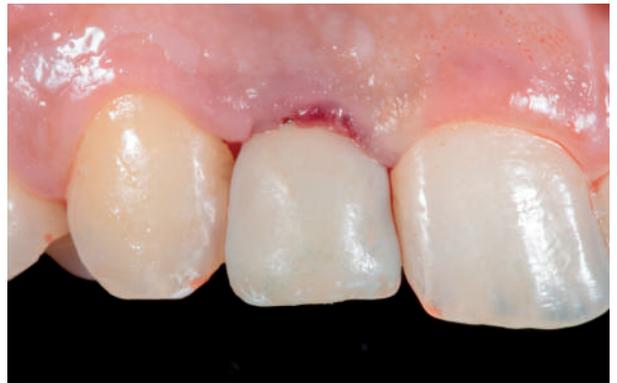


FIG. 15



FIG. 16 - Dopo 3 settimane rimozione del provvisorio per la scansione intraorale



FIG. 17 - Ti-Base da scansione avvitato sull'ExaConnect



FIG. 18 - Scan Body Inclined Plane posizionato sul Ti-Base da scansione



FIG. 19 - Corona definitiva avvitata sull'ExaConnect



FIG. 20 - Controllo radiografico a 24 mesi



FIG. 21 - Controllo clinico a 24 mesi



FIG. 22 - Sorriso della paziente

CORSI DI IMPLANTO-PROTESI 2025

PER MEDICI, ODONTOIATRI E TECNICI



VISITA LA PAGINA
SUL NOSTRO SITO

GIORNATA DI CHIRURGIA LIVE, APPLICAZIONI DIGITALI E PROTESI SU IMPIANTI

Relatori: Dott. L. Targetti, Dott. R. Meli, Odt. M. Pisa
13 OTTOBRE 2025

FIRENZE

ISO Istituto Studi Odontoiatrici
PER ODONTOIATRI
E ODONTOTECNICI

IL DIGITALE COME SINTESI DELLE SINERGIE STUDIO-LABORATORIO: PERCORSI PROTESICI PER IMPIANTI A CONO MORSE

Relatori: Dott. S. Belcastro, Dott. A. Natali, Odt. A. Casavecchia, Odt. A. Galli
18 OTTOBRE 2025

ANCONA

PER ODONTOIATRI
E ODONTOTECNICI

IMPLANTOLOGIA DIGITALE. DALLA CHIRURGIA PROTESICAMENTE GUIDATA ALLA PROTESI CAD-CAM

● CORSO A: GESTIONE DELL'EDENTULIA SINGOLA E PARZIALE

Relatori: Dott. A. Ricci Odt. M. Pisa
27-28 OTTOBRE 2025

FIRENZE

ISO Istituto Studi Odontoiatrici
PER ODONTOIATRI
E ODONTOTECNICI

GIORNATA DI CHIRURGIA LIVE, APPLICAZIONI DIGITALI E PROTESI SU IMPIANTI

Relatori: Dott. L. Targetti, Dott. R. Meli, Odt. M. Pisa
17 NOVEMBRE 2025

FIRENZE

ISO Istituto Studi Odontoiatrici
PER ODONTOIATRI
E ODONTOTECNICI

IMPLANTOLOGIA DIGITALE. DALLA CHIRURGIA PROTESICAMENTE GUIDATA ALLA PROTESI CAD-CAM

● CORSO B: RIABILITAZIONE COMPLESSE DI ARCADE PARZIALMENTE O TOTALMENTE EDENTULE

Relatori: Dott. A. Ricci Odt. M. Pisa
24-25 NOVEMBRE 2025

FIRENZE

ISO Istituto Studi Odontoiatrici
PER ODONTOIATRI
E ODONTOTECNICI

CORSO DI APPROFONDIMENTO CLINICO-PRATICO CON IMPIANTI A CONNESSIONE CONOMETRICA

Relatore: Dott. M. Guerra
28-29 NOVEMBRE 2025

ROMA

Studio Odontoiatrico
Dott. Mario Guerra
PER ODONTOIATRI

CORSO DI APPROFONDIMENTO CLINICO-PRATICO CON IMPIANTI A CONNESSIONE CONOMETRICA

Relatore: Dott. L. Targetti
1-2 DICEMBRE 2025

FIRENZE

ISO Istituto Studi Odontoiatrici
PER ODONTOIATRI

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



Centro Formazione





Giuseppe Musiello

Odontoiatra, Vico del Gargano (Foggia)

“*Il fratello maggiore dell'impianto Narrow 2.9*”

**FOLLOW-UP
A 18 MESI**

IL FLUSSO FULL-DIGITAL NELL'UTILIZZO DELL'IMPIANTO 3.8 TAPERED

PAROLE CHIAVE

edentulia multipla, impianto 3.8 Tapered, mini rialzo di seno mascellare, due fasi, impronta ottica, Scan Post, Scan Body Inclined plane, modello prototipato, corona monolitica, moncone Ti-Base, moncone personalizzato zirconia/Ti, moncone MultiTech, protesi conometrica, moncone MUA-Conic, cappetta Fixed, follow up, mantenimento osseo, stabilità tessuti gengivali

Il paziente Nicola B. di anni 66, ASA 2, presenta edentulia singola degli elementi 14 e 35 ed edentulia del 3° sestante (Figg. 1-5). Prima dell'avvento dell'impianto 3.8 Tapered, in caso di ripristino degli elementi singoli con ridotto diametro trasversale, avrei utilizzato impianti 3,3 o 3,75, ma oggi grazie ai nuovi impianti 3.8 Tapered ho la possibilità di sfruttare al meglio la ridotta quota ossea avendo il vantaggio di una connessione più adeguata a sostenere il carico degli elementi protesici sostitutivi, soprattutto nel caso di incisivi centrali superiori, premolari e molari. Ho inserito in un'unica seduta tutti gli impianti sommersi: 3.8 Tapered lunghezza 12 mm nelle sedi 14, 35, 24, mentre nel 26 ho scelto di utilizzare un impianto Classix 4,1x10 mm dovendo realizzare un minirialzo di seno mascellare (Figg. 6-10). Trascorsi 4 mesi ho provveduto alla riapertura dei siti, inserendo tappi di guarigione 3.0 Standard nei siti 14, 24 e 35, mentre in sede 26 ho utilizzato un tappo di guarigione 3.0 Large, al fine di ottenere un più adeguato rimodellamento tissutale, atto ad accogliere la corona protesica di un molare superiore (Figg. 11, 12). Ho atteso circa 2 mesi prima di rilevare scansioni intraorali e facciali. Oggigiorno, grazie al flusso digitale, abbiamo la possibilità di fornire al laboratorio odontotecnico molteplici informazioni in modo semplice e veloce, come ad esempio tragitto transmucoso, linea estetica del sorriso, piani oclusali in relazione con i piani facciali e di poter registrare la cinematica mandibolare del paziente (Figg. 13-17). Grazie a tutte queste informazioni il team del laboratorio odontotecnico lorioinlab ha eseguito dei manufatti protesici in zirconia monolitica, realizzando una corona singola su moncone Ti-Base sul 14, una corona singola con porzione personalizzata in zirconia su moncone MultiTech sul 35 e un ponte conometrico 24-25-26 su monconi MUA-Conic e cappette in PEEK Fixed (Figg. 18-34).

I controlli clinici e radiografici a distanza di 18 mesi mostrano l'assoluta stabilità dei tessuti ossei e gengivali (Figg. 35-37).

REALIZZAZIONI PROTESICHE

Laboratorio odontotecnico lorioinlab - Pomigliano d'Arco (NA)



FIG. 1 - Panorex iniziale



FIG. 2 - Occlusale palatale



FIG. 3 - Occlusale linguale



FIG. 4 - Laterale dx da notare décalage vestibolare sull'elemento 14



FIG. 5 - Laterale sx

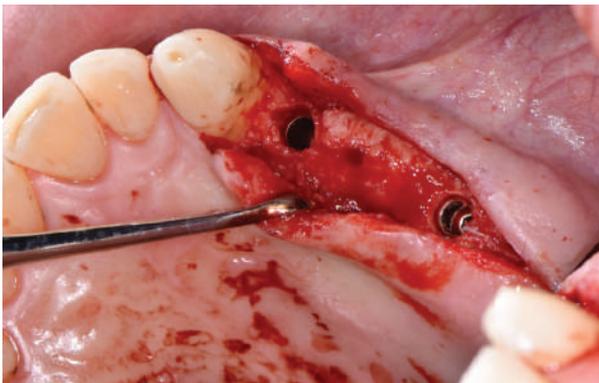


FIG. 6 - Inserimento impianto 3,8x12mm in posizione 24 e 4,1x10mm in posizione 26 con minirialzo di seno mascellare



FIG. 7 - Sutura in poliammide, continua incavigliata

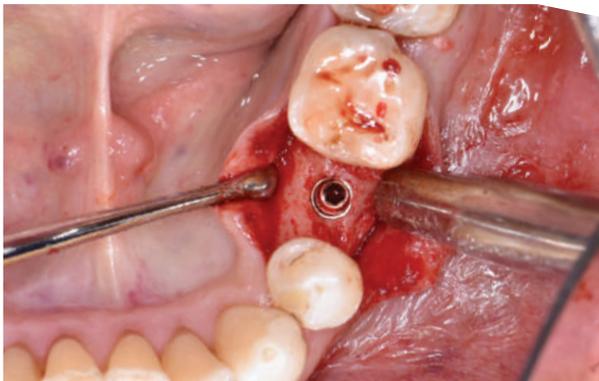


FIG. 8 - Inserimento impianto 3,8x12mm in posizione 35

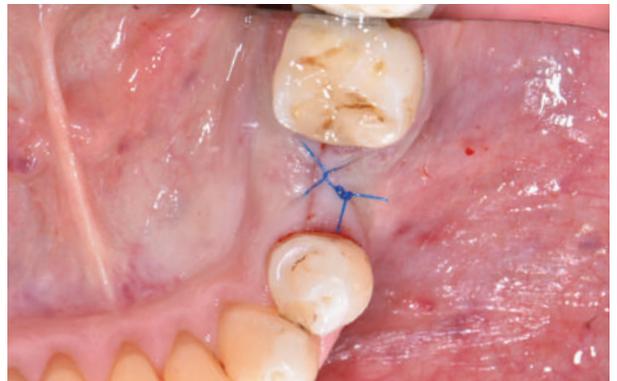


FIG. 9 - Sutura Gottlow

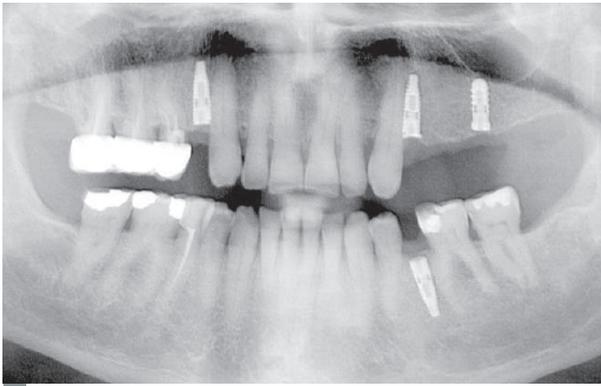
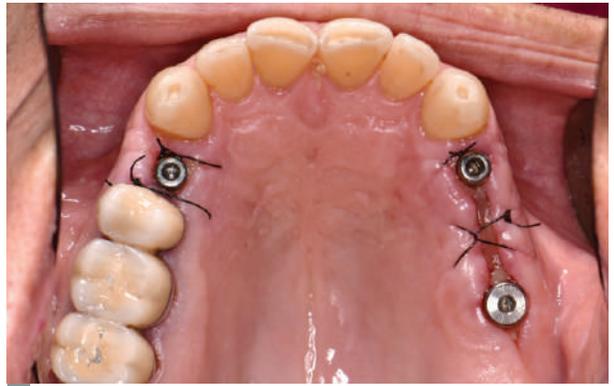


FIG. 10 - OPT di controllo in sede chirurgica; si noti la corticalizzazione minirialzo seno in posizione 26



FIGG. 11, 12 - Riapertura con incremento vestibolare dei profili gengivali

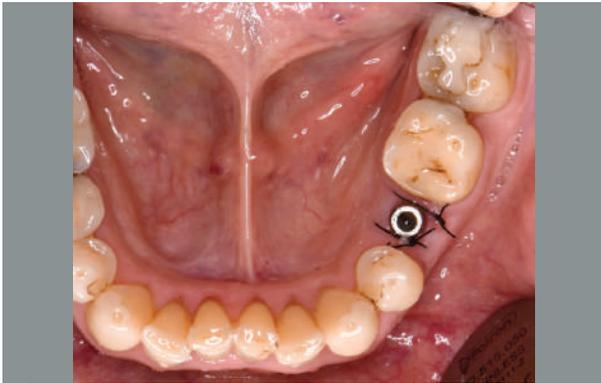
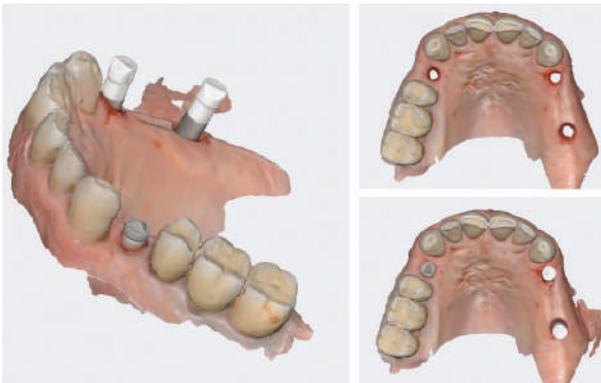


FIG. 12



FIG. 13 - Guarigione tragitti transmucosi



FIGG. 14-17 - Scansioni digitali



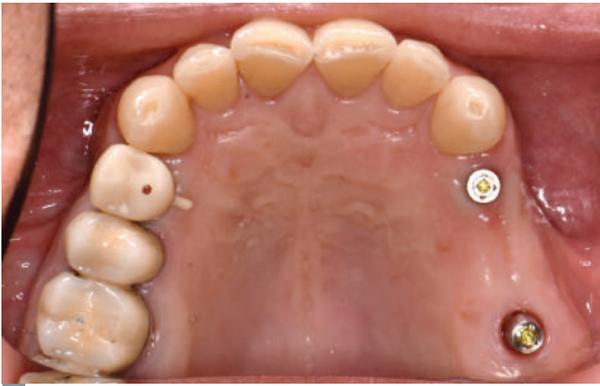
FIG. 15



FIG. 16



FIG. 17



FIGG. 18, 19 - Prova zirconia grezza su 14 e cappette conometriche in PEEK su 24 e 26



FIG. 19



FIGG. 20, 21 - Modelli prototipati e manufatti protesici finiti



FIG. 21



FIG. 22 - Cementazione extraorale della corona in zirconia su Ti-Base



FIG. 23 - Consegna della corona e attivazione della connessione in posizione 14



FIG. 24 - Cementazione extraorale della porzione in zirconia su moncone MultiTech



FIG. 25 - Attivazione moncone personalizzato in zirconia/titanio su MultiTech in posizione 35



FIG. 26 - Cementazione intraorale corona in posizione 35



FIG. 27 - Attivazione cappette Fixed nelle posizioni 24 e 26



FIGG. 28, 29 - Cementazione ponte su cappette Fixed



FIG. 29



FIG. 30 - Rifinitura extraorale del ponte conometrico post cementazione



FIG. 31 - Attivazione della conometria ponte 24-26



FIGG. 32-34 - Situazione clinica post consegna



FIG. 33



FIG. 34

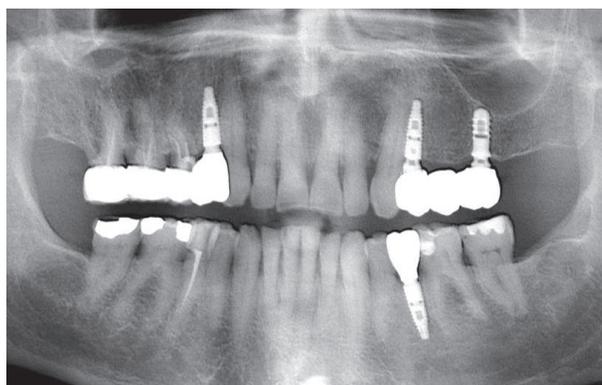


FIG. 35 - OPT di controllo a 18 mesi



FIGG. 36, 37 - Controllo clinico a 18 mesi



FIG. 37



È stato un piacere ospitare lo scorso **19-21 maggio**, presso il nostro Centro Corsi ISO, un gruppo di odontoiatri implantologi provenienti dalla Colombia utilizzatori da tempo del nostro Sistema Implantare, che sono stati formati con un corso intensivo di 3 giorni a carattere teorico-pratico sui flussi digitali del Sistema XCN®.

Il corso è stato arricchito con contenuti come live surgery da parte del **Dr. Roberto Meli**, live software demo del **Dr. Mathias Jaimez**, specifiche di protesi CAD dall'**Odt. Massimiliano Pisa** e da aspetti prettamente tecnico-merceologici a cura dell'**Ufficio Tecnico Leone**, con traduzione simultanea in lingua spagnola.

Al termine dei lavori agli entusiasti partecipanti è stato consegnato l'attestato di partecipazione e a completamento della loro formazione il libro dei dottori Salvatore Belcastro e Alessio Natali "*Flussi digitali protesici per impianti a cono Morse*".



A cura dell'Uff. Tecnico Leone®



Cristian Negro

Odontoiatra, Lecce

“La soluzione implantare
"vincente" in zona molare
e negli spazi ridotti”

**CASO
CLINICO**
n. 1

FOLLOW-UP
A 22 MESI

RIABILITAZIONE IMPLANTO-PROTESICA IN SEDE 46 CON IMPIANTO XCN® 3.8 TAPERED

PAROLE CHIAVE

edentulia singola, impianto 3.8 Tapered, zona molare, due fasi, follow up, mantenimento osseo, stabilità tessuti gengivali

Il caso clinico descritto in questo articolo è singolare poiché ho cercato di valutare la performance e la stabilità del nuovo impianto 3.8 Tapered in zona molare. La paziente presenta un residuo radicolare ormai non recuperabile in sede 46 (Figg. 1, 2). Per motivi legati al mantenimento dei tessuti molli ho deciso di non procedere con un impianto post-estrattivo ma di estrarre dapprima il residuo radicolare del 46, aspettare la guarigione dell'alveolo e soprattutto del tessuto gengivale cheratinizzato, e solo successivamente, a distanza di 4 mesi, procedere con l'inserimento dell'impianto 3.8x10 mm con tecnica bifasica (Figg. 3-6).

A distanza di 4 mesi dalla chirurgia implantare si è proceduto alla scopertura dell'impianto e all'inserimento di un tappo di guarigione 3.0 Standard altezza 5 mm, cercando di mantenere la maggior quota di gengiva aderente cheratinizzata intorno al tappo di guarigione (Fig. 7). A maturazione dei tessuti molli si è proceduto alla presa dell'impronta e, dopo le diverse prove protesiche, alla consegna di una corona definitiva in metallo ceramica.

A distanza di quasi due anni, precisamente un anno e dieci mesi, dall'inserimento dell'impianto, la paziente è stata richiamata in studio per una valutazione clinica e radiografica. Dalle foto e dalla radiografia endorale si evince la perfetta osteointegrazione dell'impianto (l'osso sembra essere cresciuto sull'impianto e sul moncone implantare) e la salute dei tessuti molli peri-implantari, sicuramente legate alla straordinaria morfologia dell'impianto 3.8 Tapered unitamente alla connessione conometrica pura che ha sempre contraddistinto l'impianto Leone. Inoltre l'impianto 3.8 Tapered ha la connessione protesica "gialla" con un diametro di connessione da 3.0 mm e questo assicura un'ottima stabilità e tenuta nell'accoppiamento impianto-moncone (Figg. 8-10).

REALIZZAZIONI PROTESICHE

Odt. Gaetani Giovanni, Laboratorio odontotecnico "Dental 2000" - Lecce



FIG. 1 - Radiografia di residuo radicolare 46 non più recuperabile



FIG. 2 - Foto di residuo radicolare 46 con grave perdita di gengiva cheratinizzata sulla radice mesiale

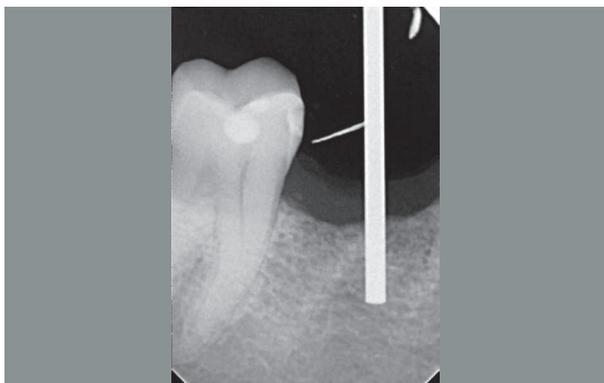


FIG. 3 - Radiografia al momento della chirurgia implantare con pin di centratura per il corretto inserimento protesico dell'impianto

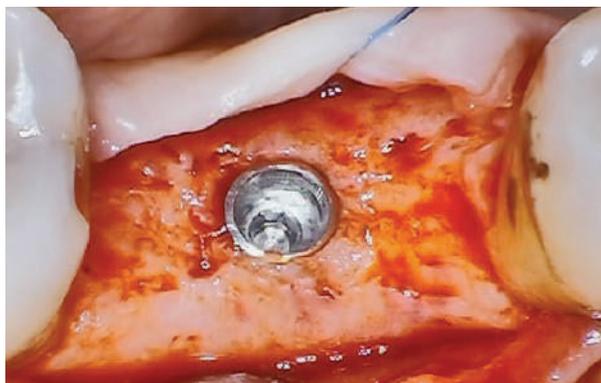


FIG. 4 - Foto a lembo aperto dell'impianto 3.8 Tapered una volta inserito in sede 46



FIG. 5 - Foto a lembo aperto dell'impianto 3.8 Tapered in sede 46 con tappo di chiusura "giallo" a indicare la connessione protesica di diametro 3 mm

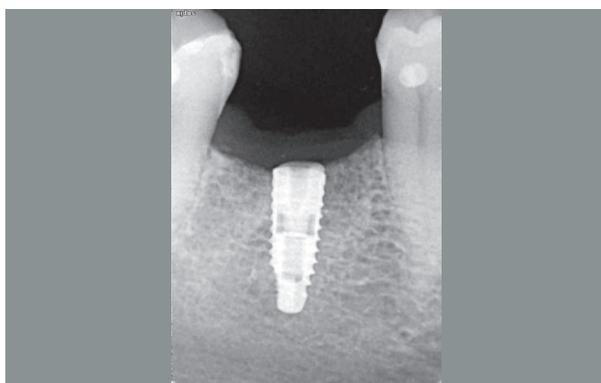


FIG. 6 - Radiografia alla fine della chirurgia implantare con impianto 3.8 Tapered inserito in sede 46



FIG. 7 - Foto del tappo di guarigione 3.0 Standard altezza 5 mm inserito a distanza di 4 mesi dalla chirurgia implantare

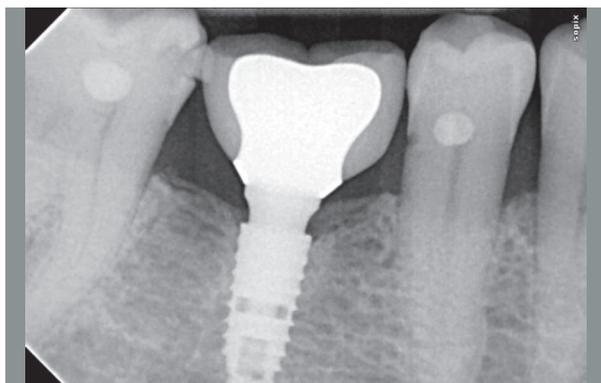


FIG. 8 - RX a distanza di quasi due anni dall'inserimento implantare che evidenzia una crescita ossea sull'impianto e sul moncone



FIG. 9 - Foto della corona protesica a distanza di quasi due anni dall'inserimento dell'impianto che evidenzia il perfetto mantenimento dei tessuti molli peri-implantari



FIG. 10

RISOLUZIONE DI UNA FRATTURA DENTALE DEL 25 CON IMPIANTO XCN® 3.8 TAPERED

PAROLE CHIAVE

edentulia singola, impianto 3.8 Tapered, zona premolare, due fasi, follow up, mantenimento osseo, stabilità tessuti gengivali

La paziente giunge in urgenza alla mia osservazione per la frattura traumatica dell'elemento 25 (Figg. 1, 2). Come si evince dalla radiografia endorale effettuata il giorno dell'urgenza, la paziente ha già un impianto Leone® Max Stability 4.5 in sede 26 inserito ben 7 anni fa e in ottimo stato di salute. In accordo con la paziente si decide di estrarre immediatamente il dente fratturato perché causa di dolore alla masticazione per poi sostituirlo con un impianto dentale.

A distanza di 4 mesi dall'estrazione, ho proceduto con l'inserimento di un impianto XCN® 3.8 Tapered lunghezza 12 mm con tecnica bifasica (Figg. 3, 4). La scelta di questo impianto è stata dettata sia dalla sua morfologia tronco-conica, "vincente" nelle creste ossee ridotte e/o negli spazi inter-radicolari stretti, sia dal diametro di connessione protesica da 3.0 mm che garantisce resistenza e stabilità nell'accoppiamento impianto-moncone. A distanza di 3 mesi dalla chirurgia implantare si è proceduto alla scopertura dell'impianto e all'inserimento di un tappo di guarigione 3.0 Standard altezza 5 mm a cui sono seguite, dopo poche settimane, la presa dell'impronta e le varie prove protesiche sino alla consegna di una corona definitiva in metallo ceramica.

A distanza di poco meno di due anni, precisamente un anno e 9 mesi, dall'inserimento dell'impianto, la paziente è stata rivalutata sia dal punto di vista clinico che radiografico. Dalla radiografia endorale si evidenzia l'eccellente osteointegrazione dell'impianto, con l'osso cresciuto al di sopra dello stesso, e dalle foto cliniche si può apprezzare il perfetto mantenimento dei tessuti molli peri-implantari con la presenza addirittura della papilla "interdentale" tra i due impianti 25 e 26 (Figg. 5-8).

REALIZZAZIONI PROTESICHE

Odt. Gaetani Giovanni, Laboratorio odontotecnico "Dental 2000" - Lecce

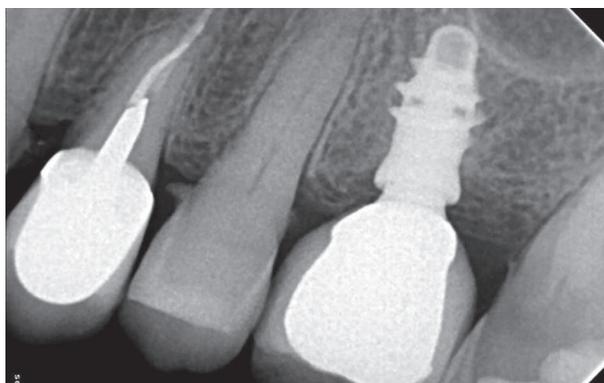


FIG. 1 - Radiografia pre-trattamento di 25 fratturato



FIG. 2 - Foto di 25 con frattura completa corono-radicolare

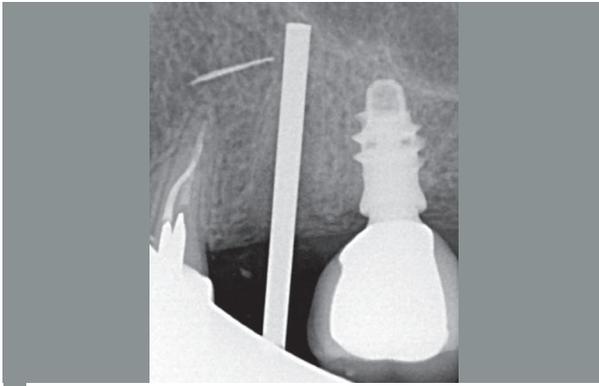


FIG. 3 - Radiografia al momento della chirurgia implantare con pin di centratura per il corretto inserimento protesico dell'impianto

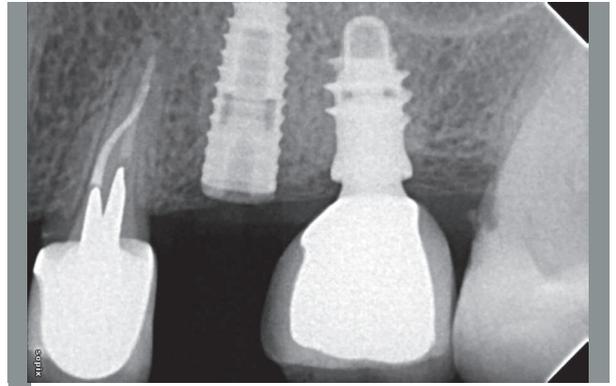


FIG. 4 - Radiografia alla fine della chirurgia implantare con impianto 3.8 Tapered inserito in sede 25

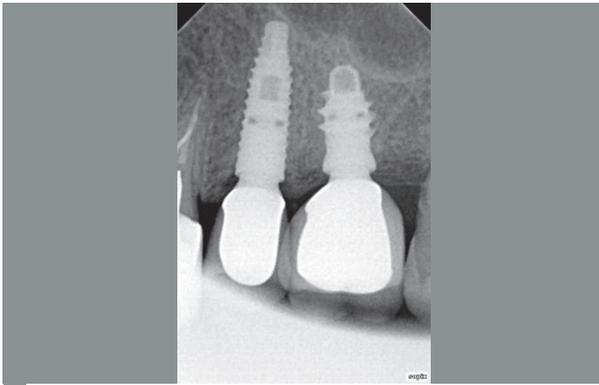


FIG. 5, 6 - Radiografia a distanza di quasi due anni dall'inserimento implantare che evidenzia l'eccellente osteointegrazione dell'impianto

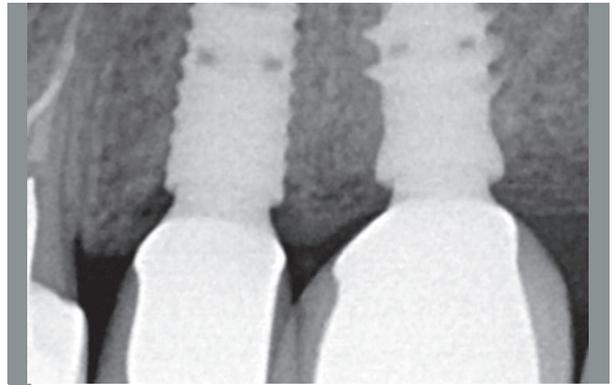


FIG. 6



FIG. 7, 8 - Foto della corona protesica a distanza di quasi due anni dall'inserimento dell'impianto che evidenzia il perfetto mantenimento dei tessuti molli peri-implantari e la presenza della papilla "interdentale" tra i due impianti 25 e 26



FIG. 8



Leonardo Palazzo

Referente Odontoiatra del Servizio di Odontoiatria,
Casa della Salute di Marsciano
Docente del modulo di Parodontologia Insegnamento di Implantologia,
Università degli Studi di Perugia

“*Massima stabilità
in ogni qualità ossea.*”

CASO
CLINICO
n. 1

FOLLOW-UP
A 2 ANNI

RIABILITAZIONE DEL MASCELLARE POSTERIORE CON IMPIANTI 3.8 TAPERED: SITO POST-ESTRATTIVO IMMEDIATO IN 1.4 E OSSO D4 IN 1.6

In collaborazione con

Alessandro Fioroni

Odontoiatra, Servizio di Odontoiatria di Gubbio (PG)

PAROLE CHIAVE

edentulia multipla, impianto 3.8 Tapered, post-estrattivo immediato, zona molare, tecnica monofasica, follow up, mantenimento osseo, stabilità tessuti gengivali

La paziente di 72 anni si presenta allo studio per una riabilitazione implanto-protetica degli elementi 1.4 e 1.6. L'anamnesi generale riporta una ipertensione ben controllata e nessuna controindicazione medica per chirurgia orale. L'anamnesi odontoiatrica evidenzia l'elemento 1.4 fratturato e la perdita dell'elemento 1.6 da oltre un anno. Dall'esame clinico e radiografico (CBCT) l'osso risulta di tipo D4 in zona 1.6, con ridotta densità trabecolare e corticale sottile. Vengono inseriti due impianti di diametro 3.8 mm e lunghezza 10 mm; uno in zona 1.4, sito post-estrattivo immediato e uno in zona 1.6 con osteotomia progressiva e sottopreparazione. Stabilità primaria soddisfacente (torque > 30 Ncm). Nessuna complicanza intraoperatoria. Viene prescritta terapia antibiotica, analgesica e clorexidina. Al controllo a 7 giorni, la guarigione è regolare e la paziente è priva di dolore o infezione. Si prevede carico differito a 4 mesi con successiva protesizzazione definitiva.

Il controllo radiografico e clinico a 2 anni dal carico dimostra un'ottima stabilità dei tessuti perimplantari.

REALIZZAZIONI PROTESICHE

Laboratorio odontotecnico Microdental - Perugia

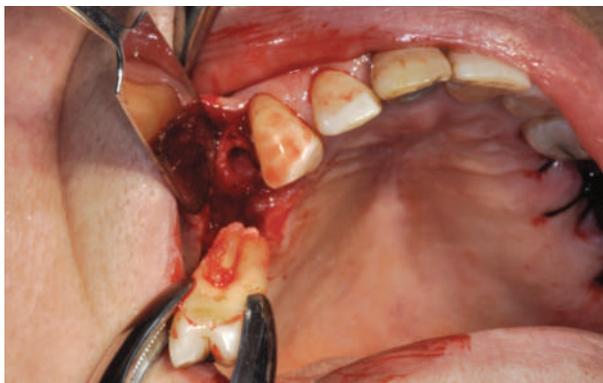


FIG. 1 - Estrazione dell'elemento 1.4 compromesso

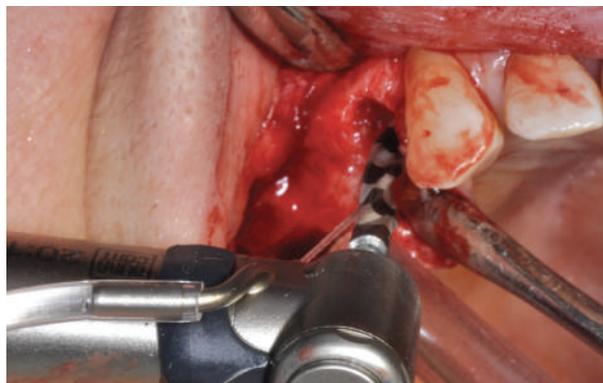


FIG. 2 - Preparazione del sito post-estrattivo

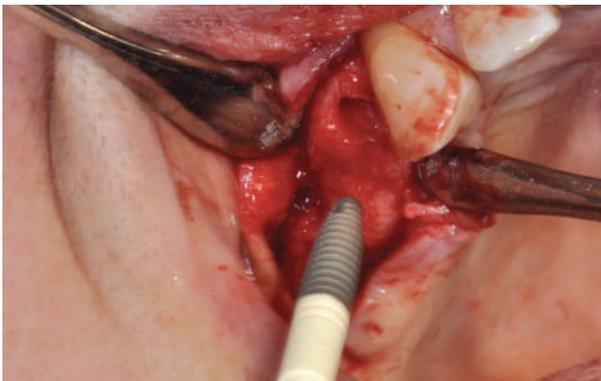


FIG. 3 - Inserimento dell'impianto 3.8 Tapered lunghezza 10 mm

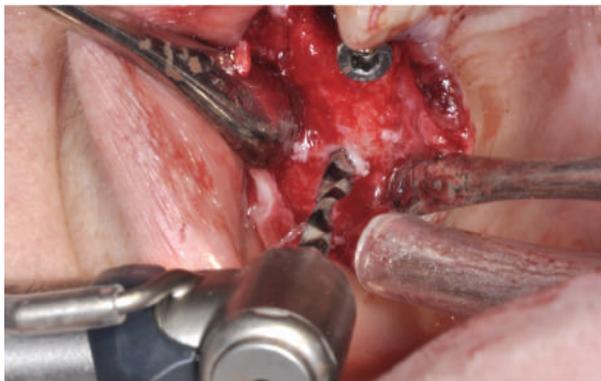


FIG. 4 - Preparazione del sito 1.6

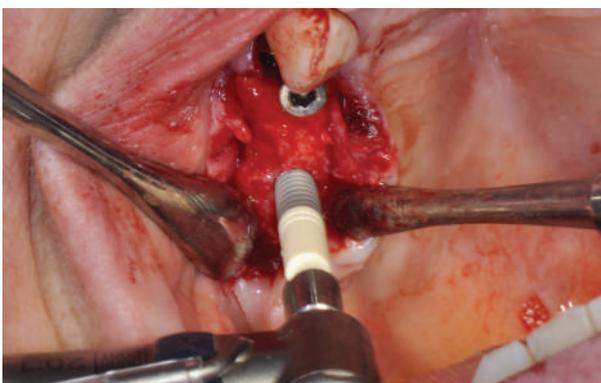


FIG. 5 - Inserimento dell'impianto 3.8 Tapered lunghezza 10 mm

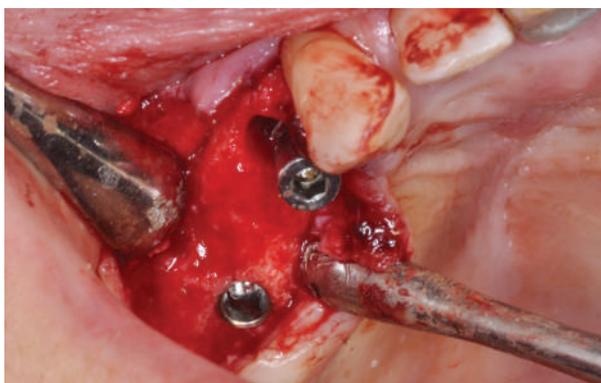


FIG. 6 - Visione degli impianti inseriti, 1.4 con tappo di guarigione

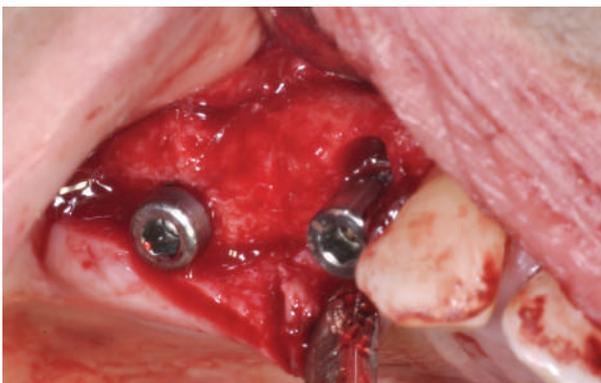


FIG. 7 - Chirurgia monofasica

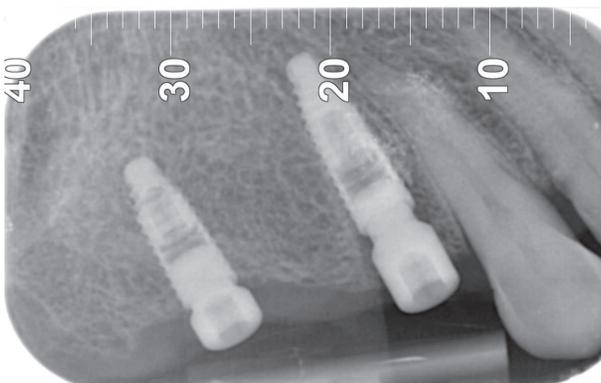


FIG. 8 - Radiografia post-operatoria

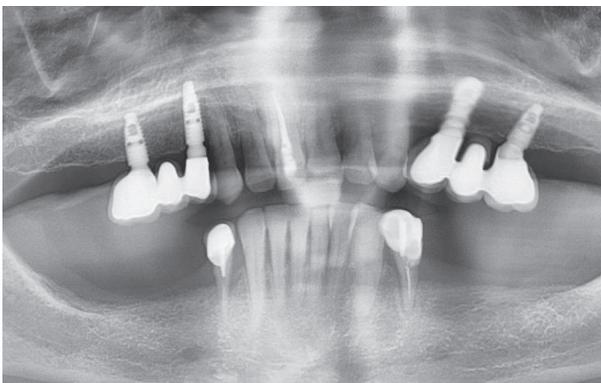


FIG. 9 - Controllo radiografico a 2 anni dal carico



FIG. 10 - Controllo clinico a 2 anni dal carico

RIABILITAZIONE IMPLANTO-PROTESICA DEL MASCELLARE SUPERIORE CON GESTIONE DI CONCAVITÀ VESTIBOLARE E OSSO D2 CON IMPIANTI 3.8 TAPERED

In collaborazione con

Alessandro Fioroni

Odontoiatra, Servizio di Odontoiatria di Gubbio (PG)

Golden Dodaj

Odontoiatra, Servizio di Odontoiatria di Gubbio (PG)

**FOLLOW-UP
A 2 ANNI**

PAROLE CHIAVE

edentulia multipla, impianto 3.8 Tapered, concavità vestibolare, tecnica monofasica, follow up, mantenimento osseo, stabilità tessuti gengivali

Il paziente di 75 anni è in buono stato di salute generale, non fumatore e senza patologie sistemiche. Si presenta per riabilitazione implanto-protetica del mascellare superiore nel settore posteriore sinistro. All'esame obiettivo e radiografico si rileva la presenza di un ponte fisso in ceramica da 2.3 a 2.7. L'elemento 2.5 risulta compromesso e da estrarre; si decide invece di preservare il 2.7. In sede 2.4 si osserva una concavità vestibolare che ha richiesto un'attenta pianificazione per evitare fenestrazioni e garantire un corretto posizionamento implantare: è stato inserito un impianto con diametro 3.8 mm e lunghezza 14 mm con buon torque. In sede 2.6 l'osso residuo presenta densità D2, ottimale per una buona stabilità primaria: è stato inserito un secondo impianto 3.8 mm x 12 mm. Il decorso post-operatorio è stato privo di complicanze. Dopo 4 mesi di osteointegrazione si è realizzata una protesi cementata. La funzionalità e l'estetica risultano soddisfacenti.

Il follow-up clinico e radiografico a 2 anni conferma la stabilità dei tessuti perimplantari e l'assenza di segni di perimplantite. Il paziente si dichiara soddisfatto del risultato ottenuto.

REALIZZAZIONI PROTESICHE

Laboratorio odontotecnico Microdental - Perugia

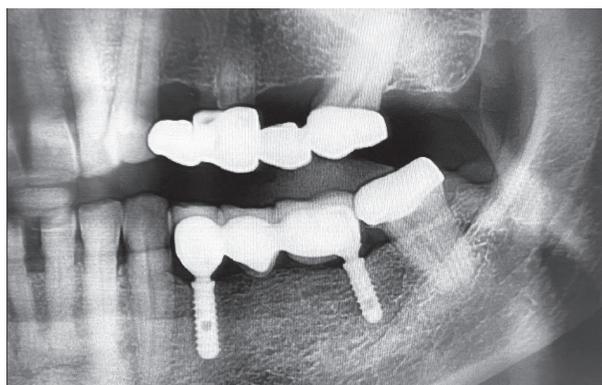


FIG. 1 - Radiografia iniziale

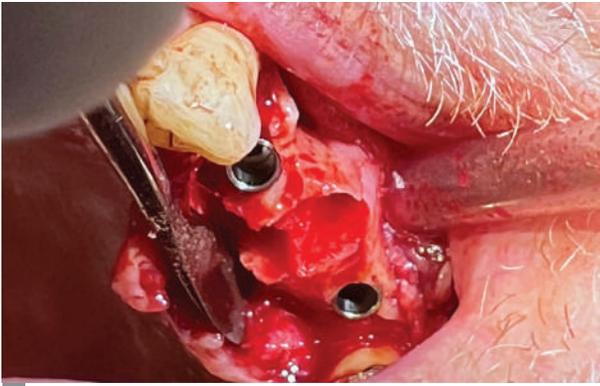


FIG. 2 - Impianti inseriti in posizione paracrestale

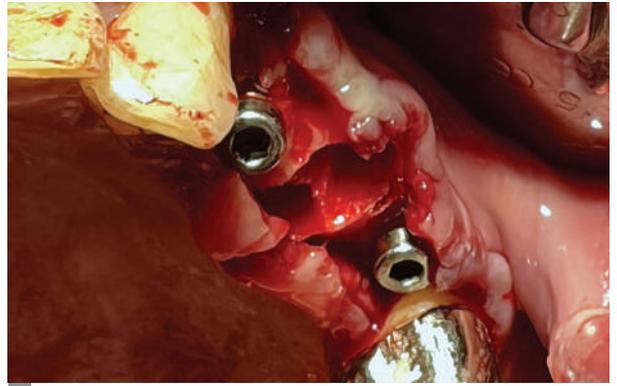


FIG. 3 - Chirurgia monofasica

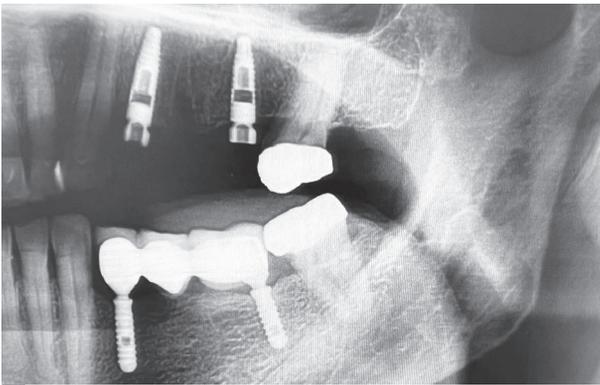


FIG. 4 - Controllo radiografico post-operatorio

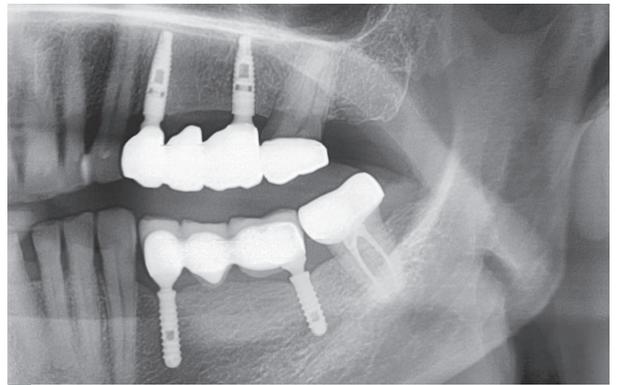


FIG. 5 - Controllo radiografico a 2 anni dal carico



FIG. 6 - Controllo clinico a 2 anni dal carico

APPROCCIO IMPLANTOPROTESICO CON IMPIANTI 3.8 TAPERED IN PRESENZA DI CONCAVITÀ VESTIBOLARE NEL SETTORE ANTERIORE SINISTRO

In collaborazione con

Giordano Paiella

Servizio di Odontoiatria di Gubbio (PG)

**FOLLOW-UP
A 1 ANNO**

PAROLE CHIAVE

edentulia multipla, impianto 3.8 Tapered, concavità vestibolare, zona estetica, tecnica monofasica, follow up, mantenimento osseo, stabilità tessuti gengivali

Il paziente di 72 anni si presenta per la valutazione implantologica in zona edentula compresa tra gli elementi 2.2 e 2.3. L'anamnesi generale risulta positiva per una ipertensione arteriosa ben controllata farmacologicamente. Il paziente non riferisce allergie note né patologie sistemiche rilevanti. Non fuma da oltre 10 anni ed è in buone condizioni generali di salute orale. All'esame obiettivo si rileva un'edentulia in sede anterosuperiore sinistra con volume osseo vestibolare ridotto. La TC cone beam evidenzia una concavità vestibolare a livello del sito implantare con osso di tipo D2. È stata pianificata la riabilitazione implantare con inserimento di due impianti di diametro 3.8 mm e lunghezza 12 mm in zona 2.2 e 2.3. L'intervento è stato eseguito in anestesia locale con lembo a spessore totale e osteotomia atraumatica. Durante l'intervento si è confermata la concavità vestibolare, ma con buona stabilità primaria dell'impianto. Il controllo radiografico post-operatorio conferma il corretto posizionamento implantare. Il successivo decorso post-operatorio è regolare senza complicanze. Dopo 7 giorni, si rimuovono i punti di sutura e contestualmente si effettua la valutazione della guarigione dei tessuti. Si pianifica la protesizzazione a carico differito dopo 4 mesi di osteointegrazione.

Il follow up radiografico e clinico ad 1 anno dal carico mostra un eccellente risultato.

REALIZZAZIONI PROTESICHE

Laboratorio odontotecnico Matteucci & Montecucco - Perugia

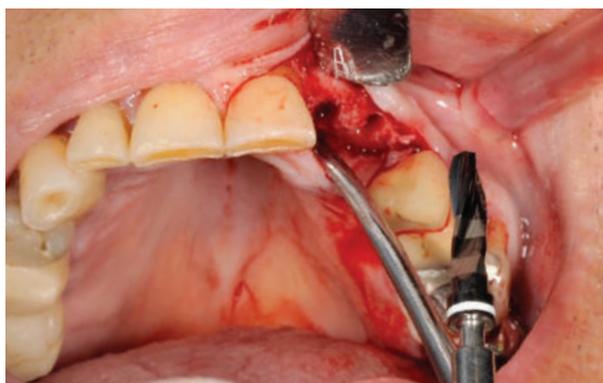


FIG. 1 - Preparazione del sito implantare



FIG. 2 - Visione dell'impianto (diametro 3.8 mm, lunghezza 12 mm)

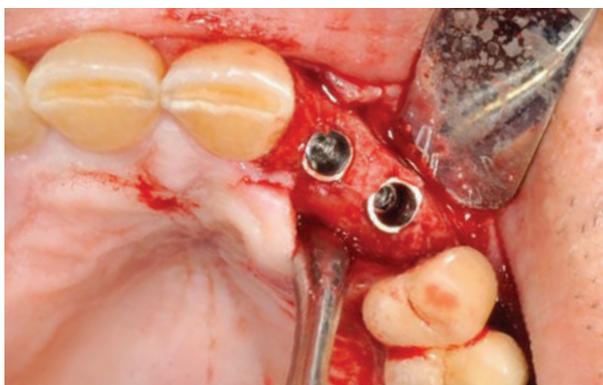


FIG. 3 - Impianti inseriti in posizione paracrestale

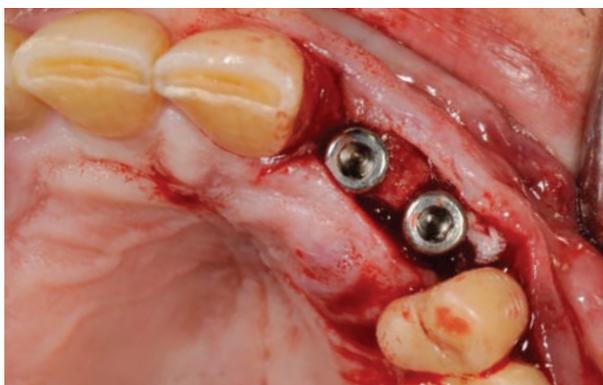


FIG. 4 - Chirurgia monofasica

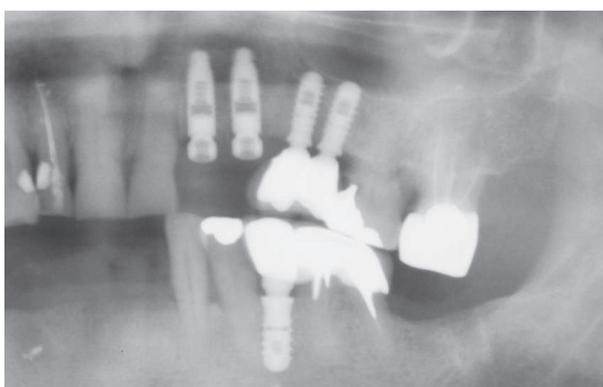


FIG. 5 - Controllo radiografico post-operatorio

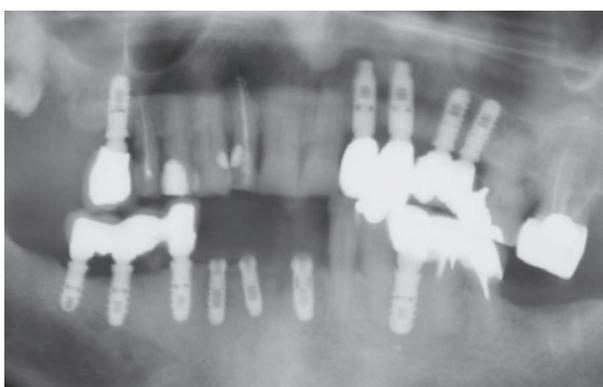


FIG. 6 - Controllo radiografico a 1 anno dal carico



FIG. 7 - Controllo clinico a 1 anno dalla consegna



Guglielmo Zanotti

Odontoiatra, Verona

“*Soluzione per sedi con limitato spessore osseo soggette ad alto carico masticatorio tangenziale*”

**FOLLOW-UP
A 1 ANNO**

RIABILITAZIONE IMPLANTOPROTESICA ESTETICA EMIARCATA 1.1-1.4

PAROLE CHIAVE

edentulia multipla, impianto 3.8 Tapered, post-estrattivo immediato, due fasi, impronta ottica, Scan Post, Scan Body Inclined Plane, CAD-CAM, moncone personalizzato zircona/Ti

La paziente di 78 anni è caratterizzata da una situazione sistemica che prevede un'anomalia cardiocircolatoria dovuta a una ridotta pervietà carotidea e una anomalia tiroidea provocata da ipotiroidismo. Il quadro sistemico sopracitato viene equilibrato farmacologicamente tramite acido acetilsalicilico e levotiroxina. All'esame obiettivo clinico la paziente presenta una protesi a ponte in cromo-cobalto ceramica dall'elemento 2.2 al 1.5 su monconi dentali 1.5-1.4-1.2-2.1-2.2 estremamente deteriorati da carie destruenti (Figg. 1, 2). Si pianifica quindi il trattamento chirurgico exodontico dell'elemento 1.4 e 1.2 succeduto dal trattamento implantoprotesico con protesi a ponte 1.1-1.4 su monconi implantari 1.2-1.3-1.4 associato a trattamento endodontico protesico degli elementi residuali 1.5, 2.1 e 2.2.

A seguito dello studio del caso viene realizzata la progettazione scegliendo l'utilizzo dell'impianto 3.8 Tapered in posizione 1.3, sfruttando la dimensione ossea trasversale canina. La connessione protesica da 3 mm garantisce una maggiore stabilità ai carichi tangenziali futuri dovuti ai movimenti masticatori di lateralità e protrusione. Si sceglie di utilizzare la connessione protesica 2,2 mm in posizione 1.2 e 1.4 con l'impianto Max Stability 3,75 mm, causa la ridotta dimensione trasversale ossea residua. Quindi si esegue in unica seduta la fase chirurgica exodontica e la prima fase chirurgica implantare (Figg. 3-5). A distanza di un trimestre viene effettuata la seconda fase chirurgica di riapertura (Fig. 6). Infine viene commissionata all'odontotecnico mediante flusso digitale la realizzazione del manufatto protesico a ponte in zirconio ceramica 1.1-1.4 (Figg. 7-9). Quest'ultimo viene poi posizionato sui monconi implantari 1.2-1.3-1.4 (Figg. 10-16) e controllato dopo un anno radiograficamente e clinicamente (Figg. 17, 18a, b).

REALIZZAZIONI PROTESICHE

Laboratorio Daniele Iattarelli - Verona



FIG. 1 - Ortopantomografia iniziale



FIG. 2 - Progettazione con tomografia computerizzata



FIG. 3 - Impianto XCN® 3.8 Tapered lunghezza 10

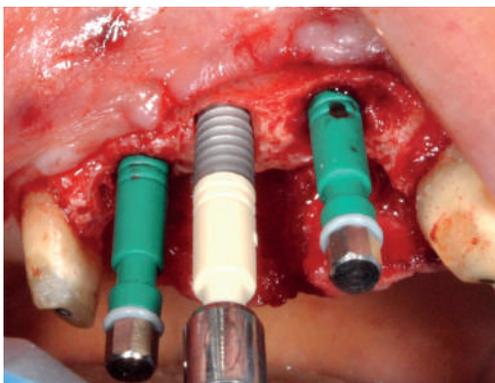


FIG. 4 - Inserimento dell'implanto 3.8 Tapered

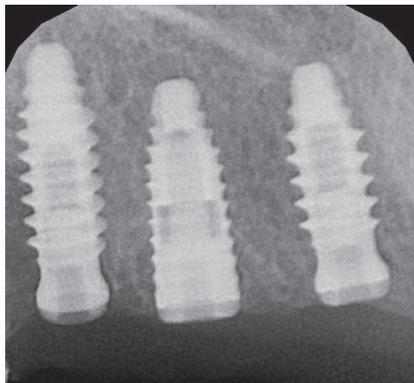


FIG. 5 - Radiografia endorale post-intervento

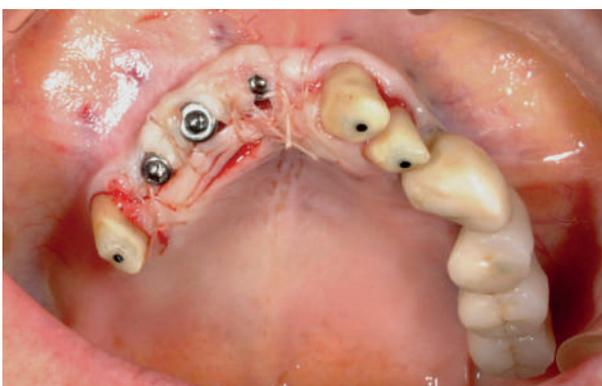


FIG. 6 - Riapertura implantare con ribaltamento tessuto gengivale palatino e inserimento tappi di guarigione

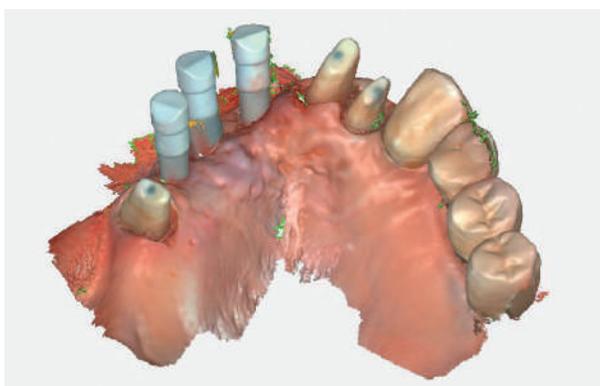


FIG. 7 - Impronta ottica

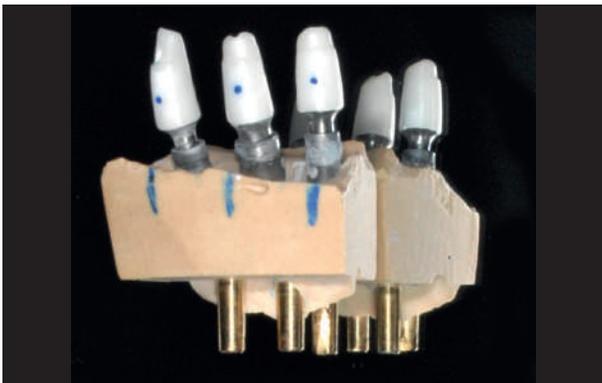


FIG. 8 - Realizzazione mesostruttura estetica monconi in zirconio



FIG. 9 - Realizzazione sovrastruttura protesica a ponte in zirconio ceramica 1.1-1.4

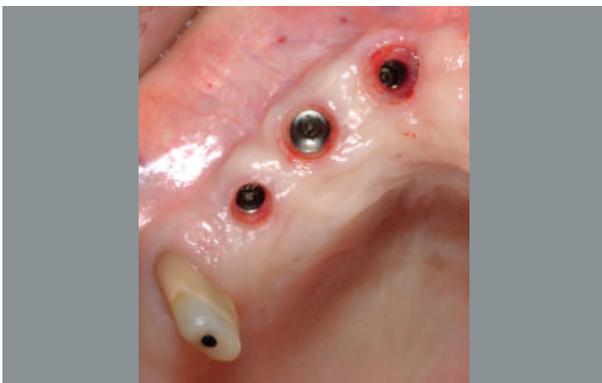


FIG. 10 - Guarigione perimplantare dopo rimozione dei tappi di guarigione



FIG. 11 - Posizionamento monconi implantari estetici negli impianti



FIG. 12 - Cementazione sovrastruttura protesica a ponte in zirconio ceramica 1.1-1.4



FIG. 13 - Ponte in zirconio ceramica 1.1-1.4 in sede



FIG. 14 - Esposizione frontale sovrastruttura protesica a ponte in zirconio ceramica 1.1-1.4



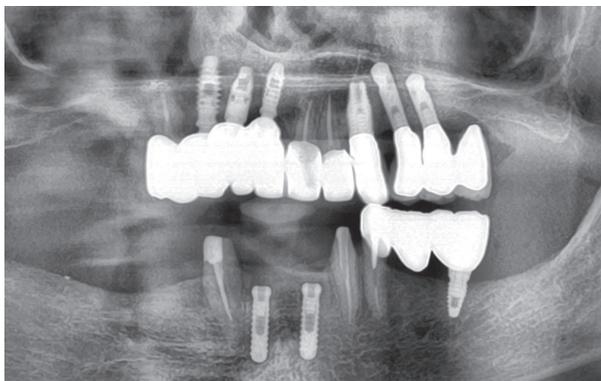
FIG. 15 - Esposizione profilo sovrastruttura protesica a ponte in zirconio ceramica 1.1-1.4



FIG. 16 - Ortopantomografia post-consegna ponte in zirconio



FIG. 17 - Controllo clinico dopo un anno



FIGG. 18a, b - Ortopantomografia e teleradiografia dopo un anno

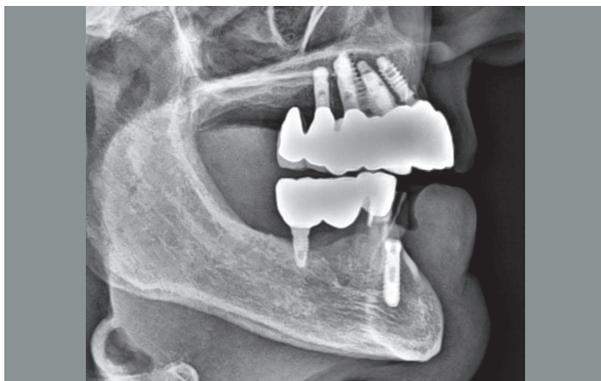


FIG. 18 b

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. RENATO
TURRINI



DR. FABRIZIO
DELL'INNOCENTI



DR. NAZARIO
RUSSO



DR. GIACOMO
COPPOLA



DR. DAVIDE
MONTISCI



DR. GIUSEPPE
MUSIELLO



DR. NICOLA
LUCCHIARI



DR. GIUSEPPE
SUERI



DR. DOMENICO
GUERRA



DR. UMBERTO
STELLA



DR. CRISTIAN
NEGRO



DR. ALESSIO
NATALI



DR. LUCA
DALLA LIBERA



DR. ALBERTO
FIORETTI



DR. ALESSANDRO
DI NARDO



DR. RICCARDO
CAPPONI



DR. GUGLIELMO
ZANOTTI



DR. GIOVANNI
GUERRA

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.

FOLLOW-UP DECENNALE: PUBBLICA IL TUO CASO CLINICO!

Incoraggiati dai feedback degli utilizzatori "storici" del nostro Sistema Implantare, che descrivono l'impianto Leone come quello con i "follow-up a lungo termine con risultati clinici più soddisfacenti", abbiamo dedicato dal XCN® News n. 36 uno spazio per i case report con un follow-up di almeno 10 anni.

A fine 2025 una commissione composta da membri del XCN® Team selezionerà il caso con follow-up più interessante dal punto di vista clinico e il migliore sarà premiato.

IN QUESTA EDIZIONE DI CHIUSURA PUBBLICHIAMO:



FOLLOW-UP A 16 ANNI

DI GRANDE RIALZO DI SENO MASCELLARE
E CONTESTUALE INSERIMENTO DI 3 IMPIANTI

di un caso pubblicato nell'edizione 2011 del nostro Bollettino Exacone News n. 12



FOLLOW-UP A 18 ANNI

RIABILITAZIONE DEL SECONDO QUADRANTE IN ZONA ESTETICA:
CONTROLLO CLINICO E RADIOLOGICO DOPO 18 ANNI

FOLLOW-UP PUBBLICATI FINO AD ORA IN QUESTA RUBRICA
(XCN® NEWS n° 36, 2023 - n° 37, 2024 - n° 38, 2024 - n° 39, 2025)



FOLLOW-UP A 16 ANNI. RIABILITAZIONE PROTESICA DA 14 A 24
SU 5 IMPIANTI POST-ESTRATTIVI IMMEDIATI XCN® LEONE



FOLLOW-UP A 13 ANNI. IMPIANTO LEONE® POST-ESTRATTIVO
A CARICO IMMEDIATO IN ZONA ESTETICA 21



FOLLOW-UP A 19 ANNI. 2 CORONE UNITE IN POSIZIONE 46 E 47
di un caso pubblicato nell'edizione 2005 del nostro Bollettino Exacone News n. 2



FOLLOW-UP A 10 ANNI. 5 IMPIANTI MAX STABILITY A CARICO IMMEDIATO POSIZIONATI
CON IL NOSTRO SISTEMA DI CHIRURGIA GUIDATA
di un caso pubblicato nell'edizione 2014 del nostro Bollettino Exacone News n. 19



FOLLOW-UP A 10 ANNI. IMPIANTO POST-ESTRATTIVO IMMEDIATO IN ZONA ESTETICA
di un caso pubblicato nell'edizione 2014 del nostro Bollettino Exacone News n. 18



FOLLOW-UP A 14 ANNI. SPLIT CREST COMPLESSO NELL'ARCATA INFERIORE
di un caso pubblicato nel 2013 nel libro "Chirurgia rigenerativa" di L. Targetti

FOLLOW-UP A 16 ANNI DI GRANDE RIALZO DI SENO MASCELLARE E CONTESTUALE INSERIMENTO DI 3 IMPIANTI

Fabrizio Dell'Innocenti

Odontoiatra, Ponsacco (PI)

PAROLE CHIAVE

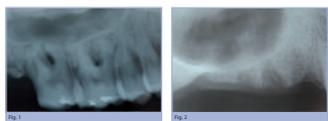
follow up, sella edentula, due fasi, grande rialzo di seno, G.B.R., biomateriale, successo implantare, mantenimento osseo, stabilità tessuti gengivali

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 cure delle estrazioni i resti di carie sono stati rimossi e dentati (Fig. 2, 3). Si procede all'esecuzione di un lembo con incisione crestale e rilascio distale (Fig. 3). A seguire il collocamento del lembo (Fig. 4, 5). Con una suture si realizza l'ostrostomia in posizione 1.4. Dopo aver aperto lo sportello scolliamo e mobilizziamo la membrana di Schneider (Fig. 6). Procediamo all'osteotomia dei siti implantari 1.5 e 1.6 (Fig. 7). Inseriamo due impianti XCN® Classix diametro 3,3 mm (Fig. 8). Prepariamo il manufatto protesico per i siti 1.4, 1.5, 1.6 (Fig. 9, 10). Posizioniamo il cemento in quantità minima e cementiamo la protesi (Fig. 11). Dopo aver aperto lo sportello scolliamo e mobilizziamo la membrana di Schneider (Fig. 12). Procediamo all'osteotomia dei siti implantari 1.5 e 1.6 (Fig. 13). Inseriamo due impianti XCN® Classix diametro 3,3 mm (Fig. 14, 15). Prepariamo il manufatto protesico per i siti 1.4, 1.5, 1.6 (Fig. 16, 17). Posizioniamo il cemento in quantità minima e cementiamo la protesi (Fig. 18, 19). Dopo aver aperto lo sportello scolliamo e mobilizziamo la membrana di Schneider (Fig. 20). Prepariamo il manufatto protesico per i siti 1.4, 1.5, 1.6 (Fig. 21, 22). Posizioniamo il cemento in quantità minima e cementiamo la protesi (Fig. 23). Dopo aver aperto lo sportello scolliamo e mobilizziamo la membrana di Schneider (Fig. 24). Prepariamo il manufatto protesico per i siti 1.4, 1.5, 1.6 (Fig. 25, 26). Posizioniamo il cemento in quantità minima e cementiamo la protesi (Fig. 27). Dopo aver aperto lo sportello scolliamo e mobilizziamo la membrana di Schneider (Fig. 28). Prepariamo il manufatto protesico per i siti 1.4, 1.5, 1.6 (Fig. 29, 30). Posizioniamo il cemento in quantità minima e cementiamo la protesi (Fig. 31, 32). Dopo aver aperto lo sportello scolliamo e mobilizziamo la membrana di Schneider (Fig. 33, 34). Prepariamo il manufatto protesico per i siti 1.4, 1.5, 1.6 (Fig. 35, 36). Posizioniamo il cemento in quantità minima e cementiamo la protesi (Fig. 37, 38, 39, 40).



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, 2). Si procede all'esecuzione di un lembo con incisione crestale e rilascio distale (Fig. 3). A seguire lo scollamento del lembo. Inseriamo in posizione 1.4 un impianto XCN® Classix diametro 3,3 mm (Fig. 4-7). Passiamo alla zona distale di grande rialzo con l'esecuzione dell'antrostomia. Dopo aver aperto lo sportello scolliamo e mobilizziamo la membrana di Schneider (Fig. 8). Procediamo all'osteotomia dei siti implantari 1.5 e 1.6 e inseriamo due impianti XCN® Classix diametro 3,3 (Fig. 9, 10). L'inserimento dei due impianti in sede 1.5 e 1.6 solleva la membrana di Schneider (Fig. 11), creando uno spazio da riempire con biomateriale dopo accurato lavaggio con antibiotico. L'intervento si completa con una sutura attenta che possa garantire la chiusura stabile del campo operatorio (Fig. 12-14).

Dopo 6 mesi dall'intervento i tessuti molli appaiono in buona salute. Procediamo alla riapertura chirurgica del sito implantare e inseriamo i tappi di guarigione Large completando con una sutura che delinea l'emergenza dei tappi stessi (Fig. 15, 16). Radiologicamente l'osso rigenerato in sede antrale appare sufficiente in volume e mineralizzazione (Fig. 17). Prepariamo il manufatto protesico per i siti 1.4, 1.5, 1.6 con i relativi monconi. Gli accessi transmucosi agli impianti appaiono precisi nelle loro caratteristiche e accolgono i monconi a connessione conometrica senza alcuna alterazione morfologica (Fig. 18, 19). Posizioniamo il cemento in quantità minima e cementiamo la protesi (Fig. 20, 21).

Le ultime quattro immagini (Fig. 22-25) evidenziano l'attuale stato di salute dei tessuti duri e molli a distanza di 16 anni dall'inserimento degli impianti e la conservazione del volume osseo rigenerato.





FIGG. 1, 2 - Estrazione degli elementi 14-15-16-17



FIG. 2



FIG. 3 - Incisione del lembo a rilascio crestale

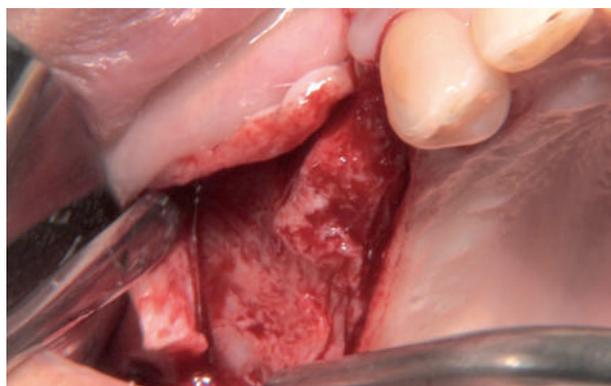
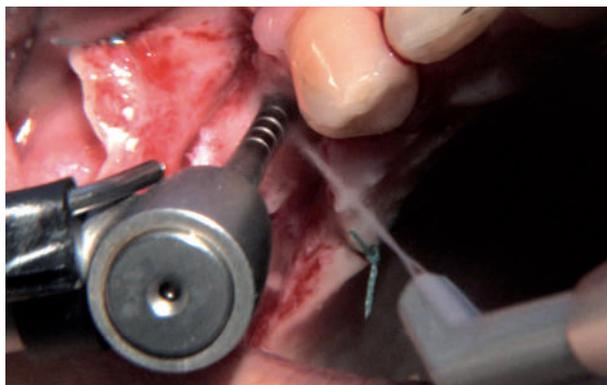


FIG. 4 - Scollamento del lembo



FIGG. 5-7 - Inserimento impianto Classix 3.3 in posizione 14

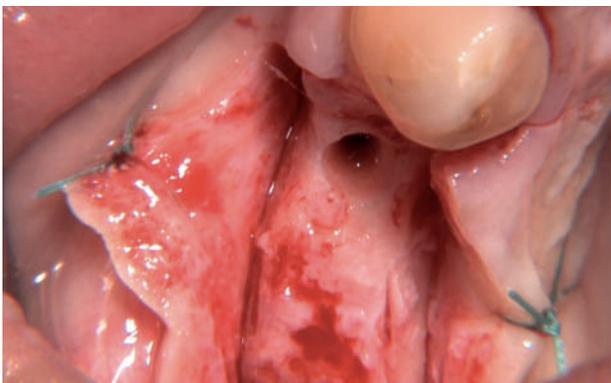


FIG. 6



FIG. 7

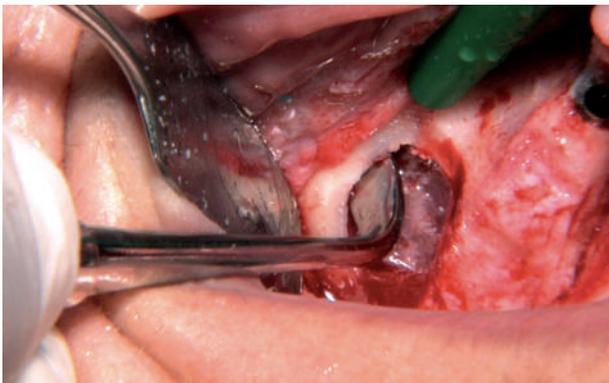
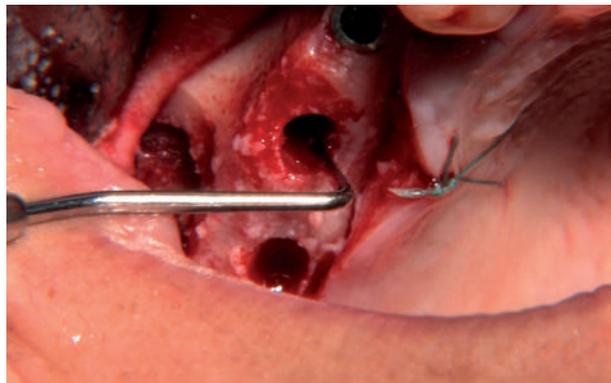


FIG. 8 - Zona distale 15-16 grande rialzo di seno con scollamento della membrana di Schneider



FIGG. 9, 10 - Osteotomia e inserimento impianti Classix 3.3



FIG. 10

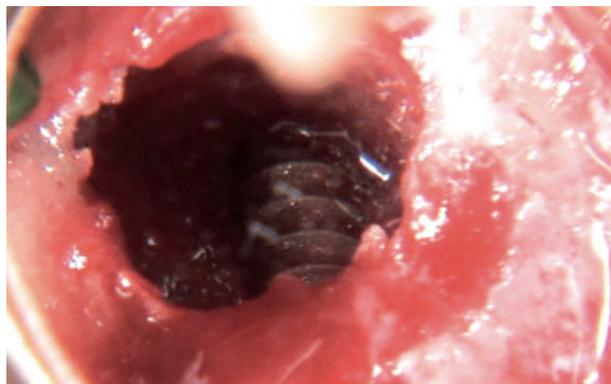


FIG. 11 - I due impianti sollevano la membrana creando spazio da riempire con biomateriale



FIGG. 12, 13 - Riempimento con biomateriale



FIG. 13



FIG. 14 - Sutura



FIGG. 15, 16 - A sei mesi riapertura e inserimento tappi di guarigione Large



FIG. 16

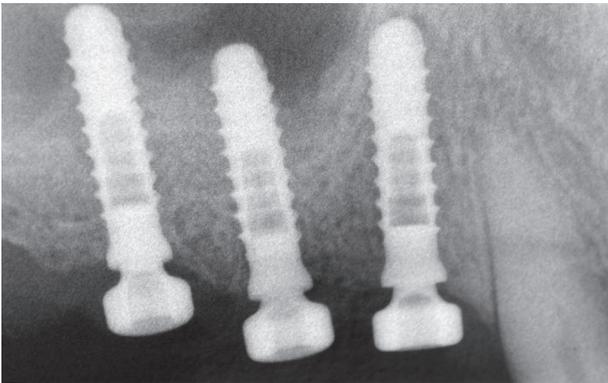


FIG. 17 - Controllo RX all'inserimento dei tappi di guarigione



FIG. 18 - Alla consegna del ponte rimozione dei tappi di guarigione



FIG. 19 - Attivazione dei monconi



FIG. 20 - Cementazione intraorale del ponte sui monconi

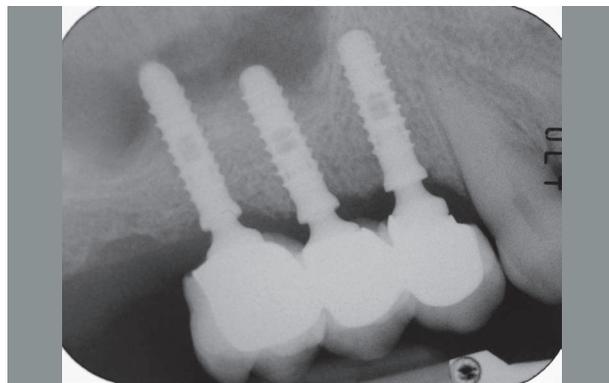


FIG. 21 - Controllo rx alla consegna del ponte



FIGG. 22-24 - Controllo clinico a 16 anni



FIG. 23



FIG. 24

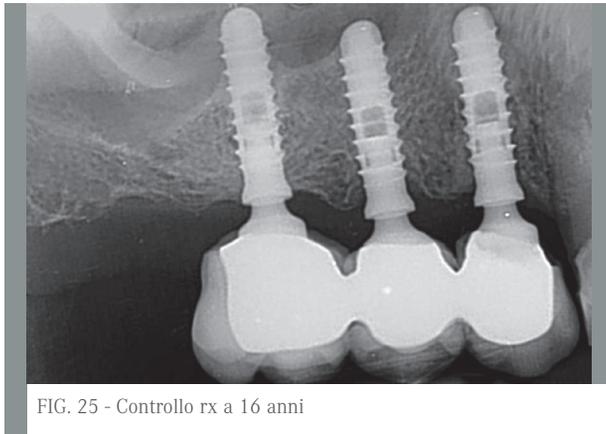


FIG. 25 - Controllo rx a 16 anni



Disponibili on line i collegamenti con gli abstract delle pubblicazioni scientifiche

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 INVASIVE 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

REALIZZAZIONE DI UNA CORONA SINGOLA CON FLUSSO DI LAVORO INTERAMENTE DIGITALE

Natali A, Belcastro S

Italian Dental Journal 2023; XVIII(8):33

RIABILITAZIONE DI MASCELLARE ATROFICO CON BARRA SU IMPIANTI NARROW

Azzola F, Barbaro BF, Corbella S

Italian Dental Journal 2023; XVIII(5):26

REVERSIBILITÀ DI UNA PROTESI ELETTROSALDATA AVVITATA A UNA PROTESI CONOMETRICA

Stella U

Italian Dental Journal 2023; XVIII(1):31



RIABILITAZIONE DEL SECONDO QUADRANTE IN ZONA ESTETICA: CONTROLLO CLINICO E RADIOLOGICO DOPO 18 ANNI

Luigi Lucchiari

Odontoiatra, Due Carrare (PD)

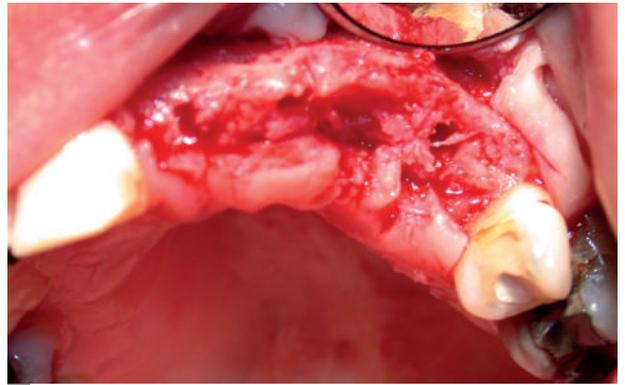
PAROLE CHIAVE

follow up, edentulia multipla, zona estetica, due fasi, provvisorio, mantenimento osseo, stabilità tessuti gengivali

Il caso clinico descritto in questo articolo riguarda una paziente che nel 2007 aveva 61 anni, era in buona salute, non fumatrice e senza trattamenti farmacologici in atto. Nel mese di gennaio 2007 furono estratti 3 elementi naturali irrecuperabili per carie destruenti che sostenevano una protesi fissa 2.1-2.2-2.3-2.4 e fu posizionata una protesi provvisoria mobile, che la paziente ha portato fino al termine del trattamento. Dopo 4 mesi dalle estrazioni, furono posizionati tre impianti Classix Leone diametro 3,3 mm lunghezza 12 mm con tecnica in due tempi (Figg. 1-6). A distanza di 5 mesi gli impianti furono scoperti con una tecnica minimamente invasiva, senza un'incisione per sollevare la gengiva (Fig. 7). Dopo un periodo di condizionamento dei tessuti molli prima con i tappi di guarigione (Figg. 8, 9), poi con i monconi definitivi e la protesi provvisoria (Fig. 10) per creare la parabola dell'elemento di ponte 2.3, la protesi definitiva fu cementata con Temp-Bond (Figg. 11, 12). In tutti questi anni la paziente ha eseguito nel nostro studio molte altre cure ed è sempre venuta regolarmente ai controlli previsti. A giugno 2025, dopo 18 anni dalla consegna della protesi definitiva, la paziente ha ora 79 anni, la protesi su impianti si è decementata (Fig. 13). Colgo l'occasione per fotografare i tessuti molli e la protesi, che rivela una buona estetica rosa e bianca (Figg. 14, 15): ci ha aiutato un parodonto spesso, con gengiva cheratinizzata abbondante e una buona igiene orale. Ho controllato gli impianti anche con radiografie endorali (Figg. 16, 17), che paragonate a quelle eseguite il giorno della prima chirurgia dimostrano il perfetto mantenimento dei livelli ossei (Figg. 18, 19).



FIG. 1 - Situazione clinica dopo 4 mesi dalle estrazioni



FIGG. 2, 3 - Preparazione dei siti implantari e inserimento di 3 impianti Classix 3,3x12 mm



FIG. 3

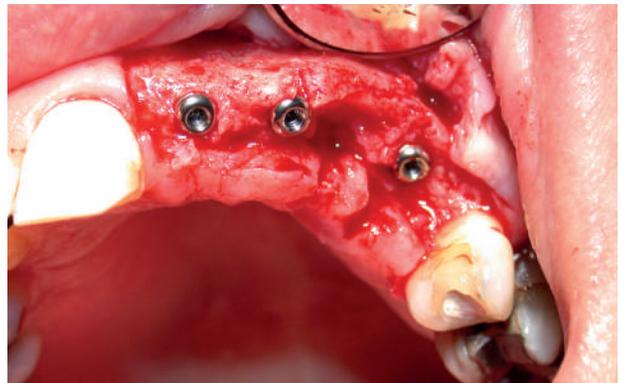


FIG. 4 - Tecnica chirurgica in due tempi con tappi di chiusura in titanio usati nei primi anni degli impianti Leone, sostituiti a fine 2007 da tappi di chiusura in biopolimero

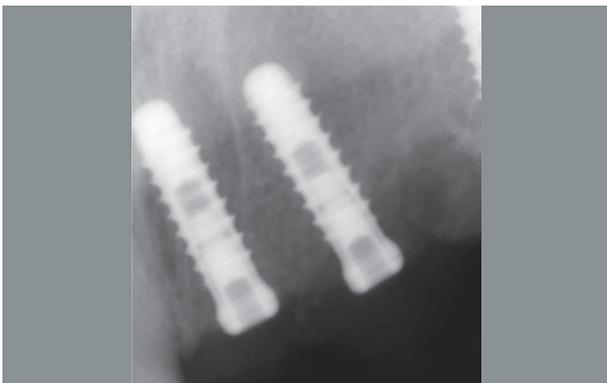


FIG. 5 - Radiografia endorale post-intervento, impianti in posizione 2.1 e 2.2



FIG. 6 - Radiografia endorale post-intervento, impianto in posizione 2.4



FIG. 7 - Riapertura e inserimento di tappi di guarigione Standard



FIG. 8 - Tunnel transmucosi dopo la rimozione dei tappi di guarigione



FIG. 9 - Presa impronta per la realizzazione del provvisorio



FIG. 10 - Inserimento dei monconi definitivi per l'applicazione della protesi provvisoria e successivamente di quella definitiva



FIG. 11 - Cementazione della protesi definitiva con Temp-Bond



FIG. 12 - Sorriso alla consegna della protesi definitiva



FIG. 13 - Salute dei tessuti molli a distanza di 18 anni; immagine scattata dopo la decementazione della protesi



FIGG. 14, 15 - Protesi definitiva ricementata con Temp-Bond



FIG. 15

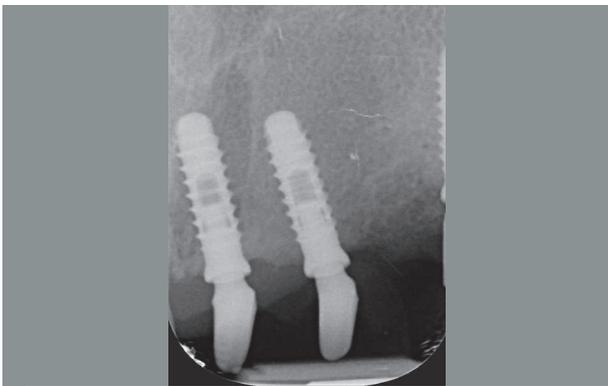


FIG. 16 - Controllo radiografico a distanza di 18 anni, impianti in posizione 2.1 e 2.2



FIG. 17 - Controllo radiografico a distanza di 18 anni, impianto in posizione 2.4

2007

2025

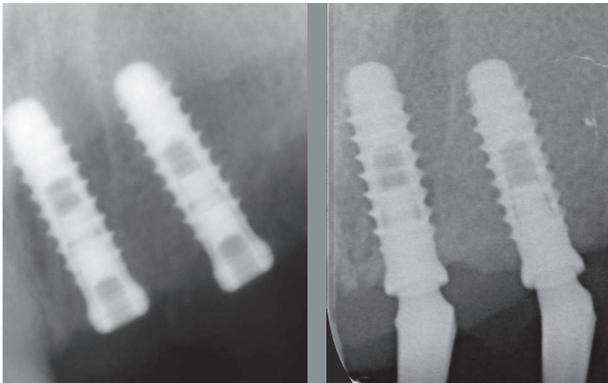


FIG. 18 - Confronto RX a distanza di 18 anni: impianti in posizione 2.1 e 2.2

2007

2025

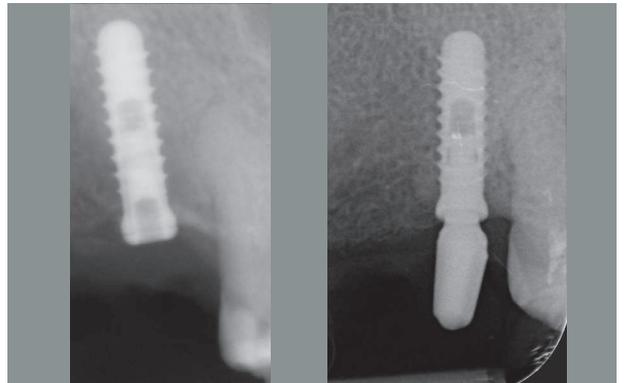


FIG. 19 - Confronto RX a distanza di 18 anni: impianto in posizione 2.4

REALIZZAZIONI PROTESICHE

Laboratorio odontotecnico L.O.R.I. - Noventa Padovana (PD)



PROGETTO SENZARUSSARE

Il progetto **senzarussare** nasce con l'obiettivo 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.

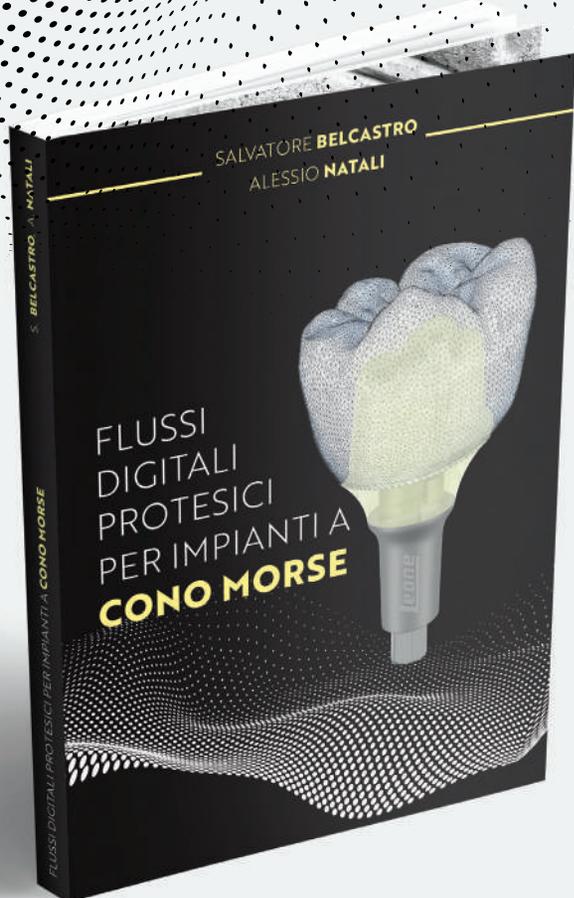
VUOI DIVENTARE UN MEDICO ACCREDITATO SENZARUSSARE?

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)*

DISPONIBILE IL NUOVO MANUALE

FLUSSI DIGITALI PROTESICI PER IMPIANTI A CONO MORSE



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

LEONE s.p.a. Ortodonzia e Implantologia

Via P. a Quaracchi 50 | 50019 Sesto Fiorentino | Firenze | Italia | tel. 055.304401 | fax 055.374808 | info@leone.it