

cosmetic

dentistry _ beauty & science

4²⁰¹⁶

| **case report**

Restauri diretti complessi
in compositoOrmocer
nella regione posteriore

| **special**

Valutazione dell'efficacia
dello sbiancamento professionale domiciliare

| **case report**

Between BOPT and BTA

I CONGRESSO

Management dello studio e della professione odontoiatrica:

COMUNICAZIONE | MARKETING | GESTIONE AMMINISTRATIVA



Trasformare lo **studio** odontoiatrico in un'**IMPRESA** di **SUCCESSO**

22/23 SETTEMBRE 2017

Centro Congressi **CARRARAFIERE**
Marina di Carrara



1° ANNUNCIO

Il sorriso del dentista

Per dedicarsi al sorriso del paziente occorre che il dentista abbia una buona preparazione e cultura, ma anche che egli stesso sorrida. Tuttavia, per sorridere dobbiamo essere in una situazione psicologica che lo consenta e a tutt'oggi vi sono una serie di fattori che si frappongono alla condizione di essere sereni e attenti alle richieste dei pazienti.

Sono infatti molte le statistiche che indicano che il dentista è tra le professioni più soggette allo stress e ai danni che questo causa alla salute. Lavoriamo nella sfera dell'intimo di un paziente che ha grandi aspettative di risultato, in tempi sempre più ristretti, ma con capacità di spesa sempre minori. Alla gestione clinica dobbiamo sommare la gestione economico-organizzativa, e quindi il rapporto con il personale, i collaboratori, i fornitori, gli aspetti normativi e fiscali, il venir meno della prevedibilità di spesa dei pazienti, il passo sempre più rapido dell'innovazione tecnologica.

Tutto questo ci riporta al simbolo dell'attuale stile di vita, e cioè al concetto di flessibilità per cui, a fronte di rapidi cambiamenti sia organizzativi sia clinici, dobbiamo rispondere con un adeguamento del nostro essere, prima ancora che del nostro operare nella professione.

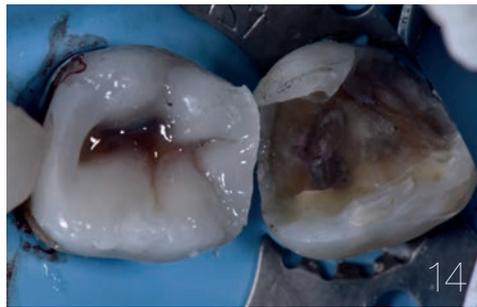
Il cambiamento si fonda su due pilastri:

- 1° Ammettere che c'è un problema e farsi aiutare dal team per individuarlo, prendersi la responsabilità di risolverlo. Rivalutare le procedure di studio e creare un protocollo di prevenzione del contenzioso.
- 2° Ritagliare il tempo per una fisiologica "decompressione" dal lavoro. Separare la vita professionale da quella sociale, affettiva e privata. Prediligere la compagnia di chi sa ascoltare senza dare giudizi.



Dott. Alberto Libero, segretario sindacale nazionale ANDI, libero professionista a Vercelli, Italia.

_Alberto Libero



| editoriale

- 03 Il sorriso del dentista
_A. Libero

| eventi

- _AIOP
06 Una “grande” AIOP a Bologna il 17-19 novembre
_P. Gatto

| special

- _CBCT
08 Impianti post-estrattivi immediati nei settori estetici
L'importanza della selezione del caso tramite
un esame CBCT ad alta risoluzione
_G.B. Greco, D.A. Di Stefano

| case report

- _restauri in composito
14 Restauri diretti complessi in composito Ormocer
nella regione posteriore. Caso clinico
_C. Tam
18 _shaping the gingival contour
Between BOPT and BTA a case report on shaping
the gingival contour around tooth-supported restora-
tions by means of provisional resin crowns
_F. Liu

| special

- _sbiancamento
28 Valutazione dell'efficacia dello sbiancamento
professionale domiciliare con il nuovo Ena White
2.0: risultati a sei mesi allo spettrofotometro
_I. Franchi

| special

- 34 _stili di vita
Vestito, scarpe, make-up e... denti bianchi
tra i must delle spose il wedding bleaching
_G.M. Nardi, C. Pergolizzi

- 36 L'importanza del sorriso oggi
_F.B. Naini, L.K. Ledezma

- 39 Le manifestazioni orali dei disturbi
del comportamento alimentare
_S. Bottanelli

| industry report

- _CGF
46 Concentrato di fattori di crescita (Concentrated
Growth Factors – CGF) Un importante strumento
nella medicina rigenerativa
_G. Martínez-Sánchez, P. Pederzoli

| eventi

- _simposio unipv
48 1° Simposio “Denti e materiali da restauro,
siamo a conoscenza di tutti gli elementi
per il mantenimento?”
_P. Covini

| l'editore

- 50 _gerenza





Un assortimento con infinite possibilità.

C'è una soluzione per tutto. Dalla A come AlphaKite alla Z delle diamantate ZR. Perché con Komet potete trovare uno dei programmi più completi di produzione e fornitura di strumenti rotanti e sistemi per l'odontoiatria.

Dalle terapie più classiche a quelle assolutamente innovative. Komet non solo rimane costantemente al passo con gli ultimi sviluppi ma contribuisce direttamente alla loro evoluzione grazie al riconosciuto apporto innovativo che amplia i confini per il futuro del settore.



Una “grande” AIOP a Bologna il 17-19 novembre

Odontotecnici, odontoiatri, relatori di eccellenza e aziende si sono incontrati per tracciare il futuro prossimo della riabilitazione protesica

_1118 partecipanti, giovedì 17 novembre, sono accorsi al corso pregressuale, magistralmente tenuto da Mauro Fradeani e da Giancarlo Barducci: 7 ore al podio per presentare i nuovi orizzonti della riabilitazione protesica, di fronte a un pubblico, anche di grande protesiisti, letteralmente incollato alla poltrona dell'auditorium al Palacongressi di Bologna. Si parla di utilizzo dei materiali, si trasmette la propria esperienza per concretizzare il lavoro di riabilitazione per un risultato duraturo. Si parla, ancora, dell'importanza dell'approccio multidisciplinare, di tecniche mininvasive, di utilizzo di tecnologie digitali. Non solo parole, ma presentazioni fotografiche di tanti casi clinici e di tanta esperienza, dove il lavoro di squadra – di odontoiatra e odontotecnico – rappresenta l'arma vincente.

Come per i grandi registi, il corso crea le aspettative sul finale che sempre riservano i grandi maestri-relatori. Arriva la presentazione di un'innovativa app a servizio della progettazione e del lavoro interdisciplinare e l'ultimo caso clinico, dove il fine prioritario è il cambiamento della vita e il raggiungimento della felicità del paziente. Sul corso, sui principali case report

presentanti e sulla funzionalità dell'app (Guided Esthetic Treatment Application) è stato regalato ai partecipanti un utile e interessante volume/vademecum. Parallelamente, al mattino si è svolto, a cura del past president dott. Biscaro, la presentazione di un protocollo per la gestione del dolore del paziente odontoiatrico, che ha suscitato grande interesse di pubblico.

Il Congresso del venerdì è iniziato con l'inaugurazione del presidente Fabio Carboncini, breve come nel suo stile, a cui vanno i complimenti per l'eccellente lavoro interdisciplinare con il board: hanno ulteriormente innovato e arricchito di contenuti una società scientifica, traghettandola sul podio delle migliori, e certamente più attuali, in Italia, e un congresso che ha ospitato oltre 1000 persone.

Unica nel suo genere, la cena di gala all'insegna dell'arte e del buon gusto.

Infine, l'indagine Doxa presentata alla stampa (se ne può leggere una recensione su Dental Tribune di dicembre) è stata oggetto il sabato di una tavola rotonda brillantemente moderata da Alessandro Cecchi Paone e condotta da Fabio Carboncini, presidente AIOP, Niccolò Marchionni, ordinario di Medicina interna e Geriatria, Guido Corradi dirigente ANDI Onlus, Costanza Miccarelli consigliere AIOP e Massimo Sumberesi, dirigente Doxa. Dal titolo "Come vivono gli italiani la perdita dei denti e il ricorso alla protesi", servirà al board come linea di indirizzo per il moderno protesista. Quale "figura" di protesista delinea il Congresso AIOP? Un medico-dentista molto preparato nella conoscenza dei materiali, delle tecniche tradizionali e digitali, delle discipline multidisciplinari; capace di controllare la propria azienda sanitaria, costi e benefici, bravo nel lavoro in team: perché, per essere "mininvasivi", preparazione ed esperienza sono fondamentali.

_Patrizia Gatto





R. & D. DEPARTMENT

17/09/16

PRESENTS

THE BRAND
NEW ESACROM

"USER FRIENDLY"



THE ULTIMATE

"ZERO"

LEARNING
CURVE

'GONDOLINO' & 'ELITTICAL'

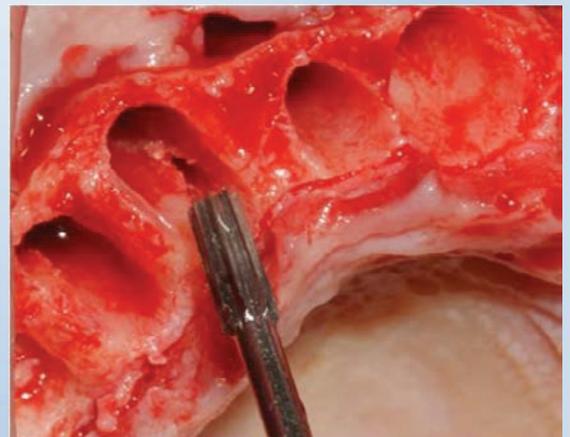
SURGERY
TECHNIQUES

DR. MOZZATI'S KIT

ULTRASONIC

PROTOCOL

PREPARATION OF IMPLANT SITE



SPECIAL TRAINING COURSES AVAILABLE!!



Impianti post-estrattivi immediati nei settori estetici

L'importanza della selezione del caso tramite un esame CBCT ad alta risoluzione

Autori G.B. Greco* & D.A. Di Stefano***, Italia

* *Libero odontoiatra, Trezzano Sul Naviglio, Milano, Italia*

** *Libero odontoiatra, Milano, Italia*

_Introduzione

Il posizionamento di un impianto post-estrattivo immediato in zona estetica è una procedura consolidata e ben documentata^{3,11,12}. Il suo successo dipende tuttavia da una selezione attenta del paziente; se questa non è eseguita secondo un preciso albero decisionale, il rischio di fallimento implantare ed estetico è elevato⁶. In seguito all'estrazione, il processo alveolare subisce una sequenza di eventi ben nota che può condurre ad un certo grado di riassorbimento osseo^{1,18,24}.

L'inserimento di un impianto non permette di prevenire questi cambiamenti tridimensionali dell'osso alveolare; anzi, il posizionamento errato di un impianto immediato può favorire il riassorbimento osseo e accelerare la migrazione in senso apicale dei tessuti molli, specialmente a carico del versante vestibolare^{10,13}. Queste con-

seguenze possono essere evitate solo attraverso un'attenta diagnosi preoperatoria, che preveda la pianificazione dell'inserimento implantare solo in funzione di una precisa valutazione delle caratteristiche dell'osso alveolare^{4,8}.

Alcuni autori suggeriscono, per evitare il riassorbimento del processo alveolare, di eseguire sempre contestualmente delle procedure mirate alla conservazione del processo alveolare^{5,16}. Altri suggeriscono addirittura di astenersi dal posizionare impianti post-estrattivi immediati in zona estetica (tra cui Quirynen e collaboratori, i quali dichiarano: «Quando i clinici operano nella zona estetica può essere ragionevole attendere la guarigione dei tessuti molli e duri per permettere di compensare il riassorbimento al versante vestibolare»)¹⁷.

Tuttavia, sia il biotipo parodontale^{14,15} sia lo spessore osseo iniziale^{8,20} possono influenzare in modo significativo il riassorbimento dell'os-

Fig. 1a, 1b La situazione clinica iniziale (a) e la radiografia endorale eseguita quando il paziente si è presentato all'attenzione degli autori (b). L'elemento 1.2, già trattato endodonticamente, si presentava senza corona a causa di una frattura di origine traumatica.



Fig. 1a



Fig. 1b

so vestibolare che segue l'estrazione. Infatti, pazienti che presentano un biotipo gengivale spesso e una parete ossea vestibolare, a livello coronale, densa e più spessa di 2 mm, mostrano, a seguito di un'estrazione atraumatica, una scarsa tendenza al riassorbimento del processo alveolare. Inoltre l'esame CBCT è in grado di mostrare l'eventuale evoluzione verso una possibile anchilosi della radice del dente. Questo consente di valutare il rischio di perdita della parete ossea vestibolare durante l'estrazione. Nella pianificazione di un inserimento implantare post-estrattivo immediato finalizzato al carico immediato è quindi fondamentale essere in grado di ottenere informazioni precise e affidabili in merito al biotipo gengivale, allo spessore della corticale vestibolare e allo spessore del legamento parodontale. In questo contesto, oltre all'esecuzione di un attento esame clinico risulta cruciale, per valutare correttamente lo spessore della corticale vestibolare e del legamento parodontale, la qualità della scansioni CBCT. Il chirurgo orale dovrebbe infatti avvalersi solo di dispositivi CBCT in grado di produrre scansioni di alta qualità e ad alta risoluzione e che, possibilmente, misurino la densità ossea in termini di unità Hounsfield (HU) assolute¹⁹ o per i quali esistano parametri di conversione noti e certificati tra le unità HU ed i voxel values (VV) misurati. Data la ridotta dose di radiazioni cui è esposto il paziente che si sottopone a una CBCT, questa può essere eseguita in relativa sicurezza anche per pianificare l'estrazione e la riabilitazione di un elemento singolo^{9,23,25}. Il caso che segue illustra questo tipo di approccio.

Presentazione del caso

Il paziente, di 74 anni, si è presentato al Centro Odontoiatrico Dentalnarco a Trezzano Sul Naviglio, Milano, Italia con una frattura coronale dell'elemento 1.2 (Figg. 1a-1b). Aveva già eseguito un esame CBCT (FOV 6x6) alcuni giorni prima presso un altro studio odontoiatrico (Fig. 2). All'esame clinico si evidenziava che l'elemento dentale, già devitalizzato, presentava una ferula ridotta a causa della frattura coronale. I tessuti parodontali erano leggermente infiammati a causa di una gengivite marginale. Il sondaggio non evidenziava tasche significative e il biotipo gengivale appariva spesso e piatto. Le scansioni CBCT fornite dal paziente mostravano una radice residua lunga circa 16 mm e l'assenza di lesioni endodontiche. La corticale vestibolare appariva densa e spessa circa 2-2,5 mm (Fig. 2). Inizialmente è stato proposto al paziente un piano di trattamento che prevedeva l'estrazione ortodon-

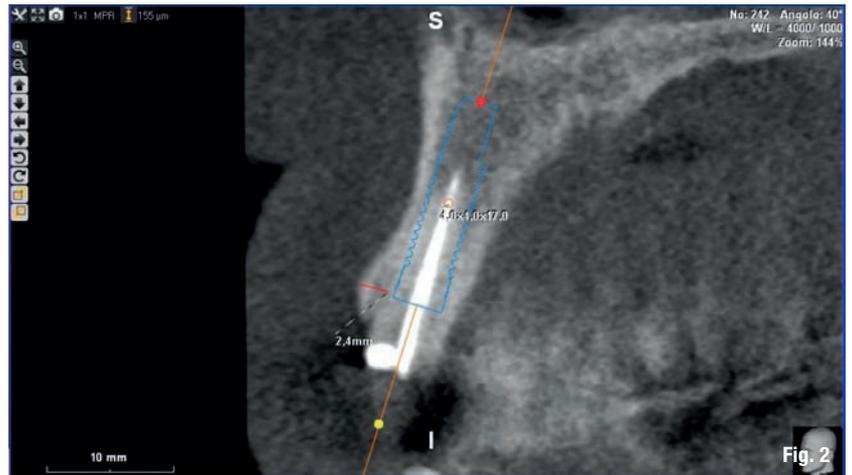


Fig. 2 Il paziente ha fornito le scansioni CBCT acquisite presso un altro centro. In questa scansione, si è potuto misurare lo spessore della corticale vestibolare ma solo con difficoltà, a causa del rumore di fondo e quindi della bassa nitidezza dell'immagine. La corticale era spessa circa 2,4 mm.

tica al fine di guadagnare la ferula necessaria alla riabilitazione protesica. In seguito al rifiuto del piano proposto da parte del paziente, si è quindi optato per un piano alternativo che prevedeva l'estrazione dell'elemento seguito dal posizionamento immediato di un impianto e dalla eventuale connessione contestuale di una protesi avvitata provvisoria. Dato che, per le condizioni anatomiche, si è giudicato il paziente a basso rischio di riassorbimento osseo, il piano proposto non prevedeva alcuna procedura di rigenerazione ossea o tessutale con innesti di connettivo. Il paziente ha fornito consenso informato.

Il paziente è stato sottoposto a igiene orale completa 4 giorni prima della chirurgia. Si è iniziata la profilassi antibiotica (amoxicillina, acido clavulanico, Augmentin, Glaxo-SmithKline; 2 g 1 ora prima della chirurgia e poi ogni 12 ore per i successivi 6 giorni) e il paziente ha eseguito alcuni sciacqui con clorexidina allo 0,2% (Corsodyl, Glaxo-SmithKline) da continuarsi per due settimane dopo l'intervento. L'area chirurgica è stata anestetizzata utilizzando articaina cloridrato 40 mg/ml con epinefrina 1:100.000. Non è stato preparato alcun lembo di accesso e l'elemento è stato estratto in modo atraumatico (Fig. 3a).

Dopo avere sondato il sito post-estrattivo per verificare l'integrità delle pareti ossee, è stato posizionato un impianto cilindrico, di dimensioni 3,75 x 17 mm (Aries, IDI Evolution, Concorezzo, Italia), (Figg. 3b-3d e Figg 4a, 4b). Il torque massimo di inserimento era di 55 Ncm. Dopo avere connesso un moncone pick-up all'impianto, è stata presa un'impronta con materiale elastomero, utilizzata quindi dall'odontotecnico per preparare il modello in gesso e fabbricare una corona provvisoria avvitata (Fig. 5a). Dopo avere avvitato un pilastro di guarigione il paziente è stato dimesso.

Circa 24 ore dopo, è stata posizionata la corona provvisoria (Fig. 5b). Dopo avere controllato