

IMPLANT TRIBUNE

The World's Newspaper of Implantology · Italian Edition

Settembre 2013 - anno II n. 3

www.dental-tribune.com

3i T3 IMPLANT™

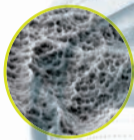
IL PRIMO IBRIDO TRIFUNZIONALE

LA PRIMA SUPERFICIE NANOTECNOLOGICA

con cristalli DCD per sviluppare un alto livello di BIC nelle prime due settimane (70-80%)

T¹ Tecnologia Bone

Valore Medio Complessivo
Sa 1,2 µm

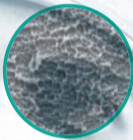


IL PRIMO IBRIDO DI NUOVA GENERAZIONE

per contrastare efficacemente la perimplantite

T² Tecnologia Safe

Valore Medio Complessivo
Sa 0,3 µm



PLUS A
Platform Switching Integrato™

PLUS B
Curvemax

LA PRIMA CONNESSIONE CON
3 LIVELLI DI INGAGGIO
per una tenuta a prova di test

T³ Tecnologia Connection

BIOMAX spa T 0444 913 410 / info@biomax.it / www.biomax.it

PERIMPLANTITI

In questo numero proponiamo una revisione della letteratura attraverso alcuni abstract relativi al tema delle perimplantiti e un'interessante intervista al prof. Massimo Simion



da pagina 18

Ridge preservation: clinica e ricerca



Un'intervista a Daniele Cardaropoli

Abbiamo incontrato per un'intervista il dott. Daniele Cardaropoli, un nome illustre dell'odontoiatria italiana; libero professionista in Torino, si occupa di parodontologia, implantologia e trattamenti combinati ortodontico-parodontali, campi nei quali svolge attività di ricerca clinica.

> pagina 4

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Italian Edition

Seguici su
Twitter!

@DT_ita

DT



CLINICA & PRATICA

Impianti post-estrattivi immediati 6

L'INTERVISTA

Intervista al prof. Simion 20

NOTIZIE DALLE AZIENDE

Arriva Surgical Tribune in Italia 31

Rigenerazione parodontale

in zona estetica

Giulio Rasperini, Giorgio Pagni

Introduzione

La rigenerazione parodontale (RP) costituisce per il professionista una strategia terapeutica più conservativa per il trattamento di difetti parodontali infraossei. Infatti, la RP non solo aiuta a ridurre la profondità di sondaggio (PPD), ma permette anche di migliorare il livello di at-



tacco clinico (CAL) con minimi effetti negativi sulla recessione gengivale (REC); il che è particolarmente importante quando si trattano aree ad alta valenza estetica.

> pagina 8



CONCENTRATED GROWTH FACTORS

Da un prelievo di sangue una tecnologia innovativa, nell'uso dei fattori di crescita.

MEDIFUGE MF200

Separatore di fasi "Patent Pending"
Motore in monoblocco con autoventilazione.
CGF Programma dedicato con accelerazione, velocità, decelerazione e tempo.
Ciclo di decontaminazione con luce riflessa UVC.



programma immagine

CGF KIT

Protocollo composto da 24 Particolari che consentono di operare in assoluta sterilità durante la preparazione delle fasi e degli innesti.

STRUMENTI PARTICOLARI:

Formatore di membrana Dott. Sacco	
Posizionatore di membrana Dott. Sacco	
Iniettore Dott. Sacco	

PER CONTATTI
E CORSI DI FORMAZIONE CONTATTARE SILFRADENT SRL - info@silfradent.com



Via G. Di Vittorio 35/37 - 47018 S. Sofia (FC) - ITALIA - tel. +39 0543 970684 - fax +39 0543 970770
www.silfradent.com / info@silfradent.com

FDI lancia l'Osservatorio



per la prevenzione e il controllo della salute orale

Al Congresso di Istanbul, la FDI (Fédération Dentaire Internationale) ha lanciato l'Osservatorio per la prevenzione e il controllo della salute orale. Ispirato ai format dell'European Global Oral Health Indicators Development Project in Europe

> pagina 2

Corsi e ricorsi (non sempre storici)



La pletera di offerta congressistica è un elemento ormai noto e ampiamente dibattuto. Non esiste un solo fine settimana durante

l'anno in cui non ci sia almeno un evento formativo pubblicizzato in ogni maniera disponibile. Le ovvie domande sono: servono davvero tutti? A quali andare? Ma soprattutto, chi ascoltare?

Quest'ultimo in particolare credo sia il punto nodale. Un congresso può essere un evento ludico, specie se tenuto in una piacevole località. Può essere un momento d'informazione anche merceologica, se unito

a una fiera o una esibizione. Può anche essere, ovviamente, una buona occasione di incontro fra amici o di pubbliche relazioni perché... li ci sono tutti!

Ma prima di qualunque altra cosa un simposio dovrebbe essere un momento di arricchimento, di crescita, di formazione o d'informazione a seconda dei temi trattati. Ed ecco allora che a un collega che mi dovesse chiedere chi e cosa andare ad ascoltare mi sentirei di suggerire: chi ti dà informazioni utili! Chi sa mettere la sua competenza ed esperienza al tuo servizio. Duole dirlo, ma l'aumentato numero di attività formative ha fatto crescere a dismisura anche il numero dei relatori, purtroppo non tutti

egualmente competenti (anche se qualche brillante figura nuova e innovativa spunta per fortuna ogni tanto a rimpolpare le fila dei soliti noti). Parlare in pubblico è un'arte. Non basta saper fare, occorre anche saper comunicare. E ciò che si dovrebbe comunicare non è tanto "guardatemi sono il migliore del mondo"; non è spiegare gli articoli presenti in letteratura (nell'epoca di internet non ho bisogno di andare a un congresso per sentire qualcuno che spieghi cosa è stato scritto su quell'argomento). Non è cercare di inventare una nuova procedura o una nuova tecnica solo per conquistarsi un posto al sole della notorietà. L'aspetto più significativo è saper dare ai discenti quanto

potrà loro servire, dal giorno dopo, per meglio lavorare, per meglio fare diagnosi, per meglio comprendere le esigenze del paziente e cercare di risolverle.

Questo vorrei chiedere ai colleghi che hanno, come me, il grande privilegio di salire su un podio: di condividere l'esperienza accumulata, di trasmettere con entusiasmo, empatia, umiltà e generosità quel poco o tanto che sappiamo senza nulla nascondere o trattenere. Solo così sapremo educare, sapremo aiutare e soprattutto sapremo ridare ai congressi la loro vera funzione. E allora, forse, ne basteranno di meno per dare di più.

Mauro Labanca

Editoriale

FDI lancia l'Osservatorio

per la prevenzione e il controllo della salute orale

< pagina 1

e del Behavioral Risk Factor Surveillance System of the US Center for Disease Control and Prevention, il progetto pilota, in avvio nel gennaio prossimo, prevede la distribuzione a cura dall'Organizzazione di tablet a odontoiatri di tutto il mondo, con domande per i pazienti, di carattere sociologico/sanitario su abitudini, igiene orale, comportamenti, nutrizione e altri fattori, soffermandosi sullo stato della salute orale dei pazienti. Basato su sistema Android, l'apparecchio contiene anche domande per gli odontoiatri su dati clinici, come il numero di denti naturali, lo stato parodontale ed eventuali lesioni cancerose.

FDI Vision 2020

Cosa ha spinto l'FDI a lanciare l'iniziativa? Risponde il presidente FDI, Orlando Monteiro da Silva: «Molti dati riguardanti la salute orale compresi nell'Atlante della salute orale sono disponi-

bili, ma cosa dicono in realtà? L'OMS cerca di monitorare le tendenze e le determinanti delle malattie non trasmissibili, valutando i progressi raggiunti nella prevenzione e controllo. Il lavoro compiuto sui dati ha tuttavia messo in chiaro che non si possono anticipare le future sfide alla professione e al pubblico. Di qui il loro valore limitato per le associazioni odontoiatriche nazionali e per chi definisce le politiche di salute orale. Dobbiamo cambiare le nostre idee e muoverci velocemente (che è poi quel che stiamo facendo).» Il programma dell'FDI - Osservatorio per la prevenzione e il controllo della salute orale è una delle due voci identificate dalla FDI Vision 2020 di immediata attuazione. L'altra è la collaborazione intra e interprofessionale come mezzo per integrare la medicina odontoiatrica nella comunità sanitaria, a beneficio dei pazienti. FDI Vision 2020 ipotizza le possibili minacce (ma anche le opportunità) riguardanti la salute orale e l'assistenza nei prossimi 10 anni, in



almeno 5 aree chiave:

- incontrare il crescente bisogno e la richiesta di assistenza;
- espandere il ruolo dei professionisti nell'assistenza alla salute orale;
- formare un modello educativo reattivo;
- ridurre gli impatti delle dinamiche socio-economiche;
- incoraggiare la ricerca e la tecnologia, elementi fondamentali e transnazionali.

FDI Vision 2020 fu lanciata a Hong Kong nel settembre 2012 al 100° AWDC.

Worldental Daily

DENTSPLY IMPLANTS

THE NEW POWERHOUSE IN IMPLANT DENTISTRY™

ANKYLOS™ **ASTRA TECH IMPLANT SYSTEM** **XiVe™**

ATLANTIS™ **FRIOS™** **EXPERTEASE™** **Facilitate™**

Vi invitiamo ad unirvi a noi nel nostro viaggio per rifondare l'implantologia dentale
www.dentsplyimplants.com

DENTSPLY IH s.r.l., via Cristoni 86 40033 Casalecchio di Reno (BO) Tel. +39 051 2987511 - Fax: +39 051 2987580

IMPLANT TRIBUNE

The World's Newspaper of Implantology - Italian Edition

LICENSING BY DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL PUBLISHER TORSTEN OEMUS

GROUP EDITOR - Daniel Zimmermann
[newsroom@dental-tribune.com]
+49 341 48 474 107

CLINICAL EDITOR - Magda Wojtkiewicz

ONLINE EDITORS - Yvonne Bachmann; Claudia Duschek
COPY EDITORS - Sabrina Raaff; Hans Motschmann

PUBLISHER/PRESIDENT/CEO - Torsten Oemus

DIRECTOR OF FINANCE & CONTROLLING - Dan Wunderlich

BUSINESS DEVELOPMENT MANAGER - Claudia Slawiczek

MEDIA SALES MANAGERS - Matthias Diessner (Key Accounts); Melissa Brown (International); Peter Witteczek (Asia Pacific); Maria Kaiser (USA);

Weridiana Mageswki (Latin America); Hélène Carpentier (Europe)

MARKETING & SALES SERVICES - Esther Wodarski; Nicole Andra

ACCOUNTING - Karen Hamatschek; Anja Maywald

EXECUTIVE PRODUCER - Gernot Meyer

INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD

Dr Nasser Barghi, USA - Ceramics

Dr Karl Behr, Germany - Endodontics

Dr George Freedman, Canada - Aesthetics

Dr Howard Glazer, USA - Cariology

Prof Dr I. Krejci, Switzerland - Conservative Dentistry

Dr Edward Lynch, Ireland - Restorative

Dr Ziv Mazor, Israel - Implantology

Prof Dr Georg Meyer, Germany - Restorative

Prof Dr Rudolph Slavicek, Austria - Function

Dr Marius Steigmann, Germany - Implantology

©2013, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved.

Dental Tribune makes every effort to report clinical information and manufacturer's product news accurately, but cannot assume responsibility for the validity of product claims, or for typographical errors. The publishers also do not assume responsibility for product names or claims, or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International.

DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL

Holbeinstr. 29, 04229, Leipzig, Germany

Tel.: +49 341 4 84 74 302 | Fax: +49 341 4 84 74 173

www.dental-tribune.com | info@dental-tribune.com

REGIONAL OFFICES

Dental Tribune Asia Pacific Limited

Room A, 20/F, Harvard Commercial Building, 111 Thomson Road, Wanchi, Hong Kong

Tel.: +852 3113 6177 | Fax: +852 3113 6199

Dental Tribune America

116 West 23rd Street, Ste. 500, New York, NY 10011, USA

Tel.: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 224 7185

Anno II Numero 3, Settembre 2013

Testata dichiarata al

Registro degli Operatori di Comunicazione

DIRETTORE RESPONSABILE

Patrizia Gatto [patrizia.gatto@tueor.com]

EDITORE - ISCRITTO AL ROC AL N° 14011

TU.E.OR. Srl - C.so Sebastopoli, 225 - 10137 (TO)

Tel.: +39 011 0463350 | Fax: +39 011 0463304

www.tueor.it - redazione@tueor.com

Sede legale e amministrativa

Corso Sebastopoli, 225 - 10137 Torino

DIREZIONE SCIENTIFICA

Enrico Gherlone, Tiziano Testori

COMITATO SCIENTIFICO

Alberto Barlattani, Andrea Bianchi, Roberto

Cocchetto, Ugo Govani, Mauro Labanca,

Carlo Maiorana, Gilberto Sammartino,

Massimo Simion, Paolo Trisi, Leonardo

Trombelli, Ferdinando Zarone

CONTRIBUTI

F. Alfonsi, M. Capelli, U. Covani, D. Cardaropoli,

M. Deflorian, P. Ehrli, L. Fumagalli, F. Galli, R. Glauser,

A. Grandoch, M. Labanca, C. Maiorana, G. Pagni,

A. Parenti, G. Rasperini, R. Scaini, P. Schupbach,

M. Simion, T. Testori, G. Totaro, F. Zuffetti

REDAZIONE - Chiara Siccardi

Ha collaborato Rottermaier - Servizi Letterari (TO)

COORDINAMENTO EDITORIALE - Cristina M. Rodighiero

REALIZZAZIONE - TU.E.OR. Srl - www.tueor.it

STAMPA

ROTO3 Industria Grafica S.p.a. Castano Primo (MI)

PUBBLICITÀ

Tueor Srl

[alessia.murari@tueor.com]

UFFICIO ABBONAMENTI

TU.E.OR. Srl - Corso Sebastopoli, 225 - 10137 Torino

Tel.: 011 0463350 | Fax: 011 0463304

alessia.murari@tueor.com

Copia singola: euro 3,00

Forme di pagamento:

- Versamento sul c/c postale n. 65700361

intestato a TU.E.OR. srl;

- Assegno bancario o bonifico su c/c postale

65700361 intestato a TU.E.OR. srl

IBAN IT95707601000000065700361

Iva assolta dall'editore ai sensi dell'art.74 lettera C

DPR 633/72

DENTAL TRIBUNE EDIZIONE ITALIANA FA PARTE DEL GRUPPO DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL CHE PUBBLICA IN 25 LINGUE IN OLTRE 90 PAESI

È proibito qualunque tipo di utilizzo senza previa autorizzazione dell'Editore, soprattutto per quanto concerne duplicati, traduzioni, microfilm e archiviazione su sistemi elettronici. Le riproduzioni, compresi eventuali estratti, possono essere eseguite soltanto con il consenso dell'Editore. In mancanza di dichiarazione contraria, qualunque articolo sottoposto all'approvazione della Redazione presuppone la tacita conferma alla pubblicazione totale o parziale. La Redazione si riserva la facoltà di apportare modifiche, se necessario. Non si assume responsabilità in merito a libri o manoscritti non citati. Gli articoli non a firma della Redazione rappresentano esclusivamente l'opinione dell'Autore, che può non corrispondere a quella dell'Editore. La Redazione non risponde inoltre degli annunci a carattere pubblicitario o equiparati e non assume responsabilità per quanto riguarda informazioni commerciali inerenti associazioni, aziende e mercati e per le conseguenze derivanti da informazioni erronee.

Milano e la Sicoi

Un eccellente connubio alla vigilia del Congresso e in vista dell'Expo 2015



Antonio Barone



Fortunato Alfonsi

Milano – città futurista, dinamica e intraprendente, con lo sguardo rivolto all'Expo 2015 – e la Sicoi – Società italiana di Chirurgia orale e Implantologia – un sodalizio scientifico giovane ed entusiasta, ricco di energie e al passo con i tempi: ecco un eccellente connubio per il Congresso internazionale della società (ottobre 2013), da più di 20 anni impegnata con eccellenti risultati nel panorama odontoiatrico. Ottobre sarà il momento più importante dell'anno, in cui si concentrano tutti gli sforzi di un brillante consiglio direttivo, dove prendono corpo le intuizioni e le novità più eclatanti di una società attenta al mondo che la circonda. Perché Sicoi è tecnologia, conoscenza, giovani energie, passione, attenzione alla professione. Una società scientifica che vuol fare, ma anche pensare e proporre cultura. Che mira a creare uno sguardo nuovo, un atteggiamento diverso verso il futuro dell'odontoiatria e di tutti coloro che la vivono. Per questo motivo la formula del congresso è stata completamente rivoluzionata, individuando le novità per renderlo accattivante, più dinamico, snello ed efficace. Del congresso indichiamo di seguito i punti chiave:

- cinque soli relatori di fama internazionale, per approfondire argomenti attualissimi con il giusto tempo;
- limited attendance lectures, per dare spazio a contributi a tema molto focalizzati;
- novità per i giovani, contributi e supporto per quelli che hanno voglia di studiare;
- contatti con centri di ricerca in tutto il mondo;
- pubblicità e comunicazione continua per essere aggiornati in tempo reale grazie al supporto dei publishing;
- nuova veste grafica e nuova immagine;
- benefit per i nuovi arrivati, per i soci di sempre e per i membri attivi;
- lunch in comune per tutti i partecipanti, pensato nell'area espositiva per migliorare e incentivare network e confronto;
- enogastronomia e cultura di sfondo ai momenti di relax;
- sorprese di livello internazionale per l'intrattenimento;
- sfizi e bontà per accompagnare conoscenze, scambi di idee, appuntamenti di lavoro.

La novità dell'appuntamento internazionale 2013 sarà nel programma: snello, concentrato, con ospiti di prestigioso profilo culturale, con ampio spazio per esporre le comunicazioni, unito a una rivoluzione delle formule organizzative formali e dei tempi. Obiettivo della Sicoi resta quello di confermare il Congresso internazionale di Mila-

no come momento immancabile nello scenario scientifico e culturale odontoiatrico, per i clinici che vorranno avvicinarsi al mondo chirurgico e per coloro che da anni

esercitano la professione in questo ambito. Un modo per aprirsi a nuove conoscenze, creare network con altre realtà nel mondo, oltre al piacere del ritrovarsi in un piacevo-

le contesto culturale e umano. La Sicoi si lancia nel panorama scientifico internazionale con la sfida della modernità, aprendosi alle proposte innovative tali da rendere

la professione e la branca chirurgica di grande e futuro prestigio.

Fortunato Alfonsi,
responsabile editoriale Sicoi

IDI EVOLUTION È A KM ZERO.

Tutto per l'implantologia evoluta in un'unica azienda italiana.

 <p>TMM2[®] MOTORE CHIRURGICO INTELLIGENTE</p>	 <p>2 DOUBLE[®] GUIDE CHIRURGIA COMPUTER GUIDATA</p>	 <p>MAD[®] MICRO ANGLE DETECTOR</p>
 <p>T2VIEW[®] SOFTWARE PER ARCHIVIAZIONE DATI INTRAOPERATORI</p>	 <p>ID14[®] IMPLANTOLOGIA A CARICO IMMEDIATO</p>	 <p>SORRIDI[®] SERVIZIO CAD CAM COMPLETO CON PRODUZIONE</p>

SCEGLI IDI EVOLUTION PERCHÉ È L'UNICA AZIENDA ITALIANA IN GRADO DI FORNIRE:

diagnosi ossea intraoperatoria, valutazione della stabilità primaria complessiva dell'impianto, software di archiviazione dati intraoperatori, cartella clinica digitale, procedura assistita di incorporazione impianti a carico immediato, chirurgia computer guidata, il rivoluzionario brevetto MAD per la rilevazione intraoperatoria dell'angolo implantare, scanner intraorale per le impronte digitali, protesi individualizzate, reparto cad-cam, gamma implantare dedicata alle diverse tipologie ossee e componentistica protesica completa con produzione interna certificata secondo i più alti standard qualitativi.

SCOPRI COME SU **IDIEVOLUTION.IT** OPPURE CHIAMANDO AL **039/6908176** O SCRIVENDO A **INFO@IDIEVOLUTION.IT**

Made in Italy 

Engineered by 

Ridge preservation: clinica e ricerca

Un'intervista a Daniele Cardaropoli

< pagina 1

Dott. Cardaropoli, lei è uno degli autori che ha pubblicato di più al mondo riguardo la chirurgia parodontale e l'ortodonzia. Queste tematiche, inoltre, sono state oggetto della relazione tenutasi in California durante il Congresso internazionale AAP-AAO. Può raccontarci questa esperienza?

Devo dire che per me è stato un grandissimo onore essere invitato a tenere una relazione durante il congresso congiunto che l'American Academy of Periodontology e l'American Association of Orthodontists hanno organizzato in febbraio a Palm Desert, in California. Onore che è diventato ancora maggiore, visto che ero l'unico relatore non statunitense sul palco. Sicuramente il comitato organizzatore è stato molto attento nella scelta dei relatori e credo che, personalmente, abbia influito il numero di articoli che negli ultimi anni ho pubblicato sulla tematica dei rapporti interdisciplinari tra ortodonzia e parodontologia, usciti sulle più importanti riviste scientifiche del settore.

Nello specifico, durante il congresso in California mi è stato chiesto di parlare delle possibilità di trattamento ortodontico dei pazienti parodontali gravi e dei rapporti tra terapia chirurgica parodontale rigenerativa e movimento ortodontico per la risoluzione dei difetti infraossei. È stata un'esperienza unica, indimenticabile, essere a migliaia di chilometri di distanza da casa propria, in una cornice unica, nel centro del deserto californiano, confron-

tandosi scientificamente con i più famosi esperti della materia. Il ricordo sarà indelebile anche perché ho potuto incontrare per l'ultima volta Vincent Kokich, uno dei più grandi ortodontisti del mondo, oltre ad essere l'editor dell'American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics - di cui sono membro all'interno dell'Editorial Board - e che purtroppo pochi giorni fa è prematuramente scomparso.

In qualità di clinico, quali sono le specialità a cui si dedica e quali sono i suoi pazienti?

Svolgo un'attività completamente libero-professionale, mi occupo solamente della terapia chirurgica parodontale e implantare, con particolare riguardo alla chirurgia rigenerativa.

Ma non potrei trattare i miei pazienti nel modo giusto se non potessi contare sul team che mi affianca ogni giorno, un team che ci consente di avere un approccio interdisciplinare, che sicuramente è l'arma vincente per proporre terapie all'avanguardia in grado di soddisfare tutte le necessità dei nostri pazienti. Il confronto quotidiano con i miei collaboratori è uno stimolo continuo a migliorarsi e a mettersi sempre in discussione.

Quanto conta la ricerca clinica nella sua professione?

Parallelamente all'attività assistenziale rivolta ai pazienti, la ricerca clinica ricopre un ruolo molto importante. Devo dire che, insieme alla chirurgia, è la mia grande passione, e per poterla razionalizzare al meglio, dal 2009 è operativa PROED, una società che si occupa di ricerca

scientifica ed educazione continua. Probabilmente oggi la ricerca occupa quasi il 50% del mio tempo lavorativo.

Nell'ultimo anno si è dedicato alla "ridge preservation" e, in particolare con il suo gruppo di ricerca, alla messa a punto di questo protocollo. In che cosa consiste?

La guarigione dell'alveolo post-estrattivo è uno degli argomenti più importanti oggetto di ricerca degli ultimi anni, ricerca sia su animali sia clinica. Purtroppo ci sono evidenze che dopo l'estrazione di un elemento dentario la cresta ossea possa andare incontro a un riassorbimento orizzontale medio del 50%. Per questo motivo, ormai da alcuni anni, abbiamo incentrato una parte dei nostri sforzi sullo studio di possibili alternative terapeutiche in grado di evitare questo riassorbimento. Nel 2012, sull'International Journal of Periodontology and Restorative Dentistry abbiamo pubblicato uno studio randomizzato controllato nel quale abbiamo dimostrato la possibilità di ridurre questo "inevitabile" riassorbimento osseo a un solo 7% in media.

La caratteristica principale della tecnica è che si tratta di un approccio a bassa morbilità, che prevede l'utilizzo di un biomateriale di origine bovina protetto da una membrana in collagene di origine suina. Anche la procedura chirurgica è molto semplice, in modo da poter essere eseguita non solo dagli specialisti implantologi o parodontologi, ma anche dai dentisti generici.

Sappiamo che su questo



argomento ha tenuto molte relazioni nel mondo e che recentemente ha fatto un'esperienza in alcune realtà della Cina. Quali i suoi commenti?

Durante il mese di giugno ho avuto modo di andare in Cina: sono stato in quattro città differenti in soli cinque giorni, e mi sono confrontato con una realtà molto diversa dalla nostra. In particolare sono rimasto colpito, nel bene e nel male, da Shanghai, la città più popolosa del mondo. Ad ogni modo, dal punto di vista professionale è stata un'esperienza importante, che mi ha permesso di incontrare circa 1000

colleghi e condividere con loro i risultati delle nostre ultime ricerche. Ho riscontrato da parte loro una grande voglia di aggiornamento e disponibilità ad apprendere nuove conoscenze.

Quali sono i suoi prossimi appuntamenti congressuali per l'autunno e per il 2014?

Durante l'autunno, tra gli altri eventi, sarò impegnato al Congresso internazionale di Terapia Implantare che si terrà a Verona in settembre, al Congresso della Baltic Osseointegration Academy a Kaunas, sempre in settembre, e al Congresso annuale dell'European Academy of Osseointegration a Dublino in ottobre. Nel 2014 posso ricordare che sarò al Congresso dell'American Academy of Periodontology a San Francisco e al Simposio internazionale a Sydney in novembre.

C'è la possibilità, per chi fosse interessato, di approfondire il tema presso il suo centro corsi di Torino?

Certo! Presso il nostro Centro Corsi PROED (www.proed.it) è possibile seguire i corsi di aggiornamento annuale in parodontologia e implantologia. Il Centro dispone di una sala dove è possibile, inoltre, seguire interventi in diretta di live-surgery, su grande schermo in alta definizione, oltre che effettuare esercitazioni pratiche su modelli animali. Con grande piacere il 12 dicembre 2013 ospiteremo il prof. Myron Nevins che terrà un corso di una giornata sulle più recenti acquisizioni in tema di rigenerazione parodontale e perimplantare.

Grazie per l'intervista.

Patrizia Gatto



I giusti strumenti per un'adeguata pulizia degli impianti.

1 paziente su 5 dopo 10 anni sviluppa perimplantite. Il successo della terapia implanto-protetica dipende da alcuni fattori, primo tra cui l'igiene orale.

Proprio per questo TePe, insieme ad esperti dentali, ha realizzato prodotti dedicati alla pulizia degli impianti. Le speciali caratteristiche di TePe Implant Care e TePe Implant Brush, insieme allo scovolino TePe, semplificano la pulizia delle aree più critiche.



Implant Care™
Pulizia linguale e palatale



Implant Brush™
Pulizia vestibolare

Prodotti in Svezia, usati in tutto il mondo.

www.tepe.com · infoitalia@tepe.com · tel. +39 02 93291475 · fax +39 02 93594980

22° Congresso EAO

Nel cuore di Dublino, dal 17 al 19 ottobre

È ormai imminente il 22° Congresso della European Association for Osseointegration (EAO) che si terrà a Dublino dal 17 al 19 ottobre.

Il tema di quest'anno "Preparing for the Future of Implant Dentistry" promette certamente di soddisfare le aspettative di coloro che, operando nell'ambito dell'implantologia orale, desiderano essere partecipi dell'indispensabile connubio tra scienza e clinica pratica.

Infatti, la commissione scientifica ha preparato un programma incentrato su argomenti di maggior rilevanza per i clinici, ma anche per i pazienti. Tra questi vi sono la gestione delle sfide estetiche e le strategie per migliorare la predicibilità del trattamento e il mantenimento a lungo termine degli impianti. Al centro dell'attenzione, poi, ci saranno anche le problematiche orali della popolazione più anziana.

I relatori convocati sono stati selezionati tra i più stimati e riconosciuti clinici e ricercatori nei relativi ambiti e saranno quindi in grado di portare un contributo di indiscusso valore.

La collaborazione con il mondo dell'industria ha permesso di organizzare una serie di simposi aziendali.

A cornice di tutto ciò, la città di Dublino offre diverse opportunità di svago e approfondimento culturale.

Come affermato da David Harris e Brian O'Connell nella loro presentazione del programma scientifico, «il congresso annuale EAO costituisce un esclusivo punto di incontro tra colleghi di tutto il mondo. Offre anche la possibilità di presentare ricerche originali e sviluppi clinici sotto

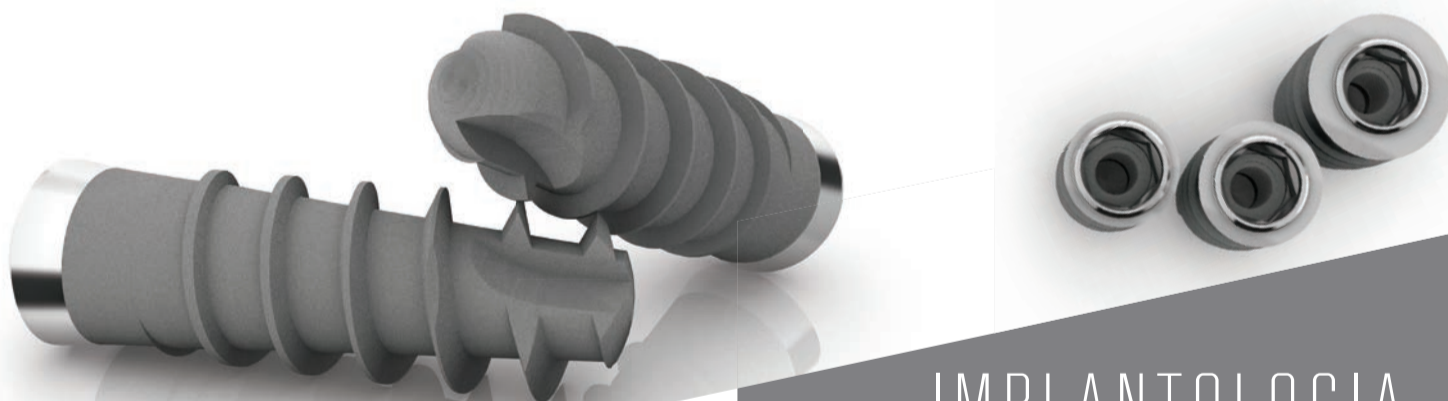
forma di poster, presentazioni orali e research competition».

L'evento si terrà nel nuovo Centro Congressi situato sul fiume Liffey nel cuore della città, con una vista privilegiata su Dublino e dintorni.

Per informazioni sul programma: www.eao.org



Gli impianti Shelta hanno una marcata morfologia conica, un passo del filetto ampio, apice stondato e presentano una connessione ad esagono interno con collarino di stabilizzazione coronale, unica in tutti i diametri del sistema, che consente un'enorme semplificazione protesica e l'applicazione di uno Switching Platform protesico. La gamma degli impianti è caratterizzata da una versione standard, nella quale la spira è parallela al corpo dell'impianto, e da una versione denominata "SL", in cui il profilo esterno delle spire è cilindrico, costante lungo tutta la lunghezza dell'impianto.



IMPLANTOLOGIA



Impianti post-estrattivi immediati

F. Zuffetti, F. Galli, M. Capelli, L. Fumagalli, A. Parenti, M. Deflorian, G. Totaro, R. Scaini, T. Testori

I.R.C.C.S. Istituto Ortopedico Galeazzi, Clinica Odontoiatrica (Direttore: prof. R.L. Weinstein), Reparto di Implantologia e Riabilitazione Orale (Responsabile: Tiziano Testori), Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Scienze Biomediche, Chirurgiche e Odontoiatriche

Introduzione

L'inserimento di impianti post-estrattivi immediati comporta vantaggi e svantaggi, ma in generale è considerata una terapia chirurgica più complessa rispetto all'inserimento di impianti in osso nativo. A seguito di un'estrazione dentale, i mascellari vanno incontro a un riassorbimento, e uno dei fattori che determina questo processo è la perdita del supporto vascolare del sito estrattivo proveniente dal legamento parodontale. La parte di osso alveolare dove si inseriscono le fibre del legamento parodontale è chiamata "bundle bone" ed è presente in maniera maggiore sul margine vestibolare dell'alveolo, che va incontro a un maggiore riassorbimento rispetto alla parete palatale/linguale, come rilevato da Araujo¹. L'inserimento di un impianto immediatamente dopo un'estrazione non previene il riassorbimento del processo alveolare. Durante la 3^a Consensus Conference ITI del 2004 è stata proposta una classificazione in merito al tempo raccomandato prima dell'inserimento implantare, basata sulle modificazioni tridimensionali, istologiche e morfologiche del sito estrattivo. La presenza di infezioni in un sito post-estrattivo era considerata, secondo alcuni autori, una controindicazione all'inserimento di un impianto, in quanto l'infezione presente potrebbe compromettere l'osteointegrazione. Tuttavia, studi più recenti hanno mostrato risultati positivi per impianti posizionati in siti con patologie periapicali, come dimostrato da Novaes et al.² o da Del Fabbro et al.³.

Caso clinico

Paziente uomo di 36 anni si è presentato con un problema endodontico a carico del 1 molare superiore di destra a cui, nonostante ripetuti ritrattamenti canalari, il problema infettivo (fistola) non si era risolto (Fig. 1a, 1b). L'esame radiografico presenta una radiopacità sulla radice mesiale del 1 molare oltre clinicamente la presenza di una fistola vestibolare (Fig. 2).

Si è deciso per l'estrazione dell'elemento dentario (Fig. 3a, 3b) e la sua sostituzione con un impianto immediato (Fig. 4a-4c). Deciso il piano di trattamento, il paziente è stato

inserito in un programma di pulizia preoperatoria con scaling, root planing e istruzioni di igiene orale.

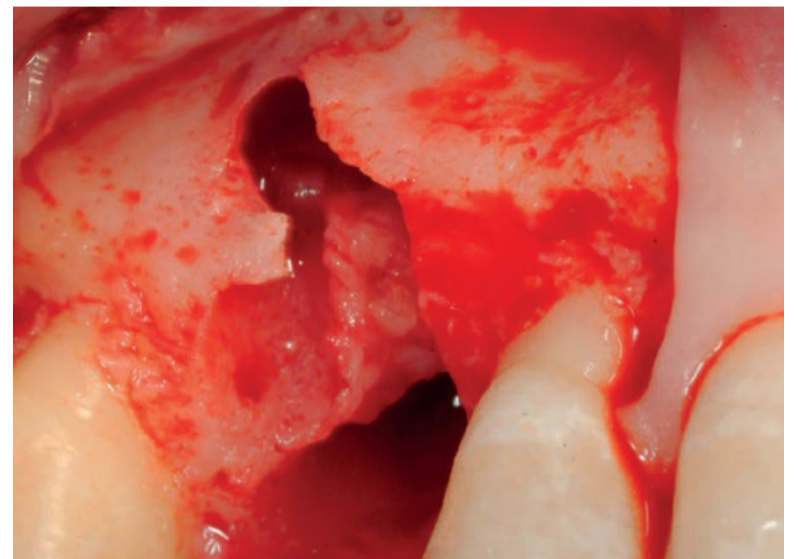
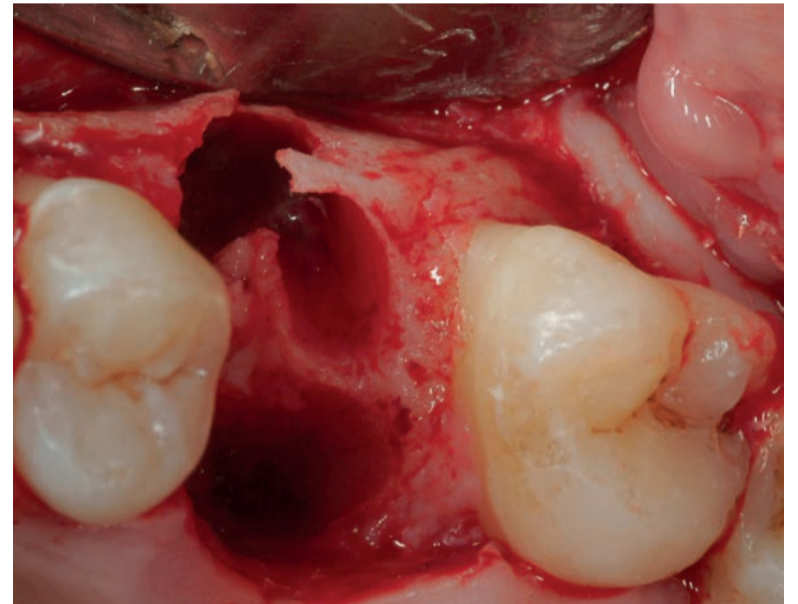
> pagina 7



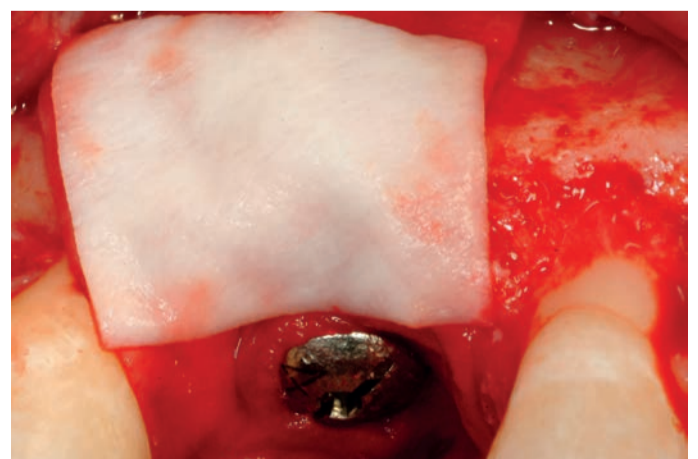
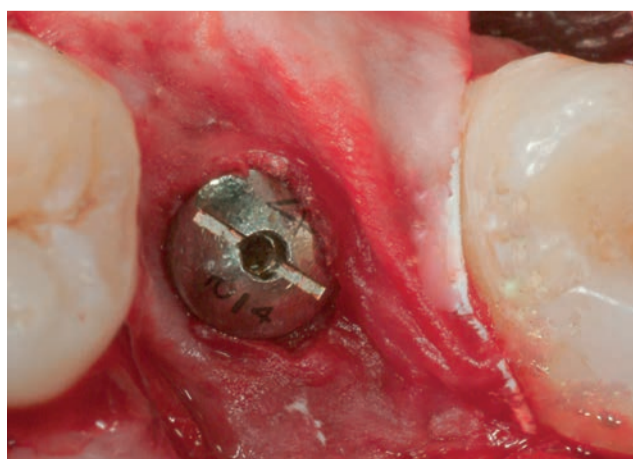
Figg. 1a, 1b - Caso clinico iniziale, visione occlusale, visione vestibolare con fistola.



Fig. 2 - Rx preoperatoria.



Figg. 3a, 3b - Estrazione atraumatica delle radici.



Figg. 4a-4c - Posizionamento dell'impianto e riempimento del difetto con osso bovino deproteinizzato e copertura con membrana riassorbibile in collagene.

< pagina 6

È stata prescritta una terapia antibiotica preoperatoria con 1 g di amoxicillina e acido clavulanico (Augmentin) ogni 12 ore per 5 giorni, iniziando 24 ore prima dell'intervento; 600 mg di ibuprofene (Brufen) ogni 12 ore per 3 giorni iniziando 24 ore prima; due sciacqui al giorno con clorexidina 0,2% collutorio (Dentosan) per 2 settimane dopo l'intervento.

La tecnica chirurgica prevede un'incisione intrasulcolare e la separazione delle tre radici, seguita dalla loro estrazione in maniera atraumatica con l'utilizzo della tecnica piezoelettrica, cercando di mantenere tutto il tessuto osseo residuo.

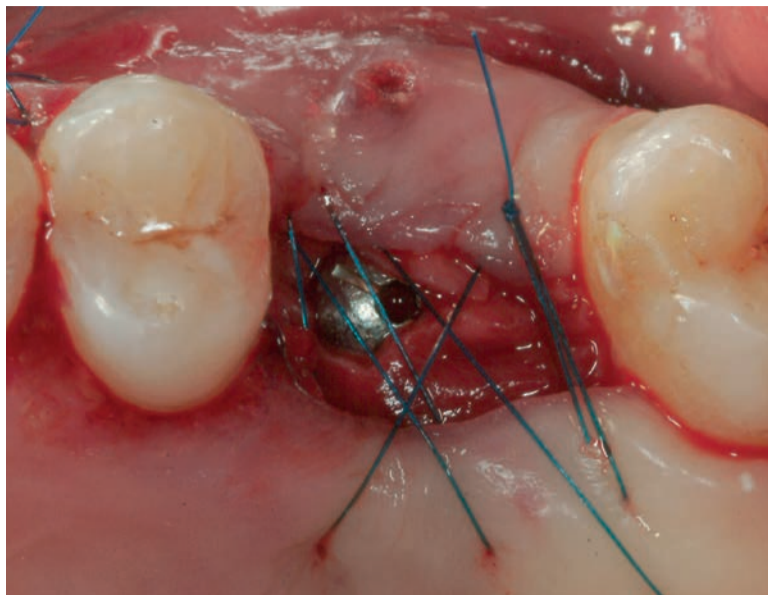


Fig. 5 - Sutura.

zienti pubblicato da Fugazzotto⁶ su impianti immediati in siti infetti con o senza lesioni periapicali ha confermato la stessa percentuale di successo in entrambe le procedure. Anche un recente lavoro retrospettivo di Meltzer⁷ ha una percentuale di sopravvivenza implantare a 2 anni del 98,7% e, dopo 3 anni di follow-up, la percentuale di successo – sia nel gruppo flapless sia nel gruppo in cui si è utilizzato un lembo chirurgico con GBR associata – era simile. In conclusione, gli studi presenti in letteratura sembrano confermare come questa tecnica sia affidabile e predicibile ma, pur presentando numerosi vantaggi, sono necessari ulteriori studi a lungo termine che confermino questi risultati.

Il dato comune è che la pulizia del sito infetto con l'asportazione del tessuto infiammatorio, l'adeguata terapia antibiotica e la stabilità primaria dell'impianto rappresentano condizioni indispensabili perché il trattamento conduca a un'elevata percentuale di successo.

bibliografia

1. Araujo MG, Lindhe. Dimensional ridge alterations following tooth extraction. An experimental study in the dog. JCP 2005.
2. Novaes AB Jr, Marcaccini AM, Souza SL, Taba M Jr, Grisi MF. Immediate placement of implants into periodontally infected sites in dog: histomorphometric study of bone implant contact. JOMI 2005.
3. Del Fabbro M, Boggian C, Taschieri S. Immediate implant placement into fresh extraction sites with chronic periapical pathology features combined with plasma rich in growth factors. Preliminary results of single-cohort study. Journal of Oral&Maxillo Facial Surgery 2009.
4. Del Fabbro M, Ceresoli V, Taschieri S, Ceci C, Testori T. Immediate loading of post-extraction implants in the esthetic area. Systematic review of the literature. CIDRR 2015.
5. Waasdorp JA, Cyril I Evian. Martne Mandracchia. Immediate Placement of Implants into Infected Sites: A systematic Review of the Literature. JP 2010.
6. Fugazzotto P. A Retrospective Analysis of Implants immediately placed in sites with an without Periapical Pathology in 64 Patients. JP 2011.
7. Meltzer AM. Immediate Implant Placement and Restoration in Infected Sites. IJPRD 2012.

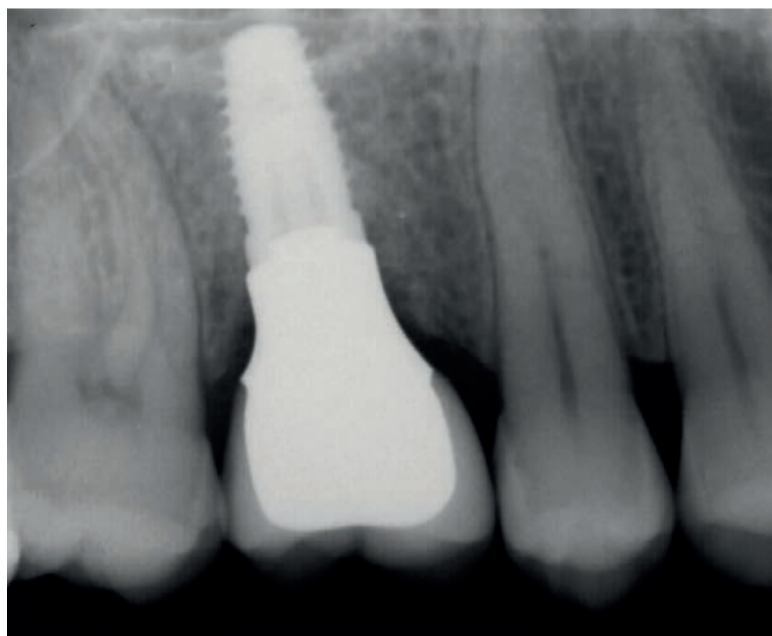


Fig. 6a-6c - Caso clinico ultimato, visione oclusale (a), visione vestibolare (b) e controllo radiologico (c).

Pulito l'alveolo, è stato inserito un impianto di 5 mm di diametro di lunghezza 11,5 mm con una stabilità primaria superiore ai 30 Ncm.

Data la presenza di un difetto osseo vestibolare, è stato inserito un biomateriale come riempitivo del difetto (BIOSS) e una membrana in collagene a ricopertura dell'innesco (BIOGUIDE).

Terminata la chirurgia, i lembi sono stati suturati con sutura Vycril 6/0 riassorbibile (Fig. 5).

A distanza di 8 settimane dalla chirurgia, quando i tessuti gengivali sono guariti, si è posizionata una corona provvisoria, previa valutazione della stabilità primaria dell'impianto con ISQ (Osstell) non inferiore a 60, e 4 mesi dopo il posizionamento di una corona definitiva in ceramica (Figg. 6a-6c).

Conclusioni

In alcune condizioni cliniche, quando la terapia endodontica è impraticabile e non è in grado di migliorare il risultato iniziale, l'inserimento di un impianto diviene una valida alternativa terapeutica.

Nonostante la presenza di un'infezione attiva sia stata a lungo considerata una delle controindicazioni all'inserimento di un impianto post-estrattivo, numerosi studi dimostrano come questa scelta terapeutica porti a risultati eccellenti, come di recente dimostrato da una revisione della letteratura di Del Fabbro e collaboratori⁴ e da Waasdorp e collaboratori⁵, suggerendo come sia importante la pulizia del sito, la stabilità primaria dell'impianto e l'utilizzo della terapia antibiotica prima dell'intervento.

Un lavoro retrospettivo su 64 pa-

COME ORDINARE

TUEOR SERVIZI Srl • Corso Sebastopoli, 225 • 10137 Torino
Tel. 011 0463350 • Fax 011 0463304 • loredana.gatto@tueor.it
www.tueorservizi.it

IMPLANTOLOGIA
TECNICHE IMPLANTARI MININVASIVE ED INNOVATIVE

M. CAPELLI, T. TESTORI

PAGINE: 530
IMMAGINI: OLTRE 1000
FORMATO: 21,4 x 28,4 CM
EDIZIONE: VOLUME CARTONATO CON COFANETTO

Questo nuovo libro raccoglie in una sequenza didattica tutte le fasi della chirurgia implantare, dalla diagnosi al follow-up post-chirurgico, offrendo utili consigli operativi ed evidenziando il grado di rischio e di difficoltà di ciascuna fase.

Il capitolo di apertura "La determinazione del rischio in chirurgia implantare" presenta il rischio come comune denominatore dell'intero piano di trattamento chirurgico e traccia la linea che caratterizza il resto del libro.

Nel testo viene esposta in dettaglio ogni fase del piano di trattamento, dalla diagnosi del sito implantare, allo strumentario necessario, all'approccio chirurgico ed incisioni ottimali, fino alla sutura ed alle fasi finali.

Questo libro è davvero contemporaneo, esaustivo, olistico e pratico. È un testo che si può consultare continuamente come riferimento, guida e fonte d'ispirazione.

298,00 EURO

Rigenerazione parodontale in zona estetica

Giulio Rasperini, Giorgio Pagni

Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Scienze Biomediche, Chirurgiche e Odontoiatriche - Unità di Parodontologia, Fondazione IRCCS Policlinico Ca' Granda.

< pagina 1

In questo articolo valuteremo diversi approcci alla terapia rigenerativa parodontale nella zona estetica e suggeriremo come individualizzare il trattamento rigenerativo di difetti infraossei per avere un effetto positivo anche sulla REC. Questi approcci sono diversi rispetto alla rigenerazione guidata dei tessuti tradizionale (GTR) nella copertura radicolare; questi aiutano infatti a ridurre la REC ristabilendo un'architettura parodontale positiva attraverso la rigenerazione e migliorando il supporto per i tessuti molli durante la guarigione della ferita.

Indicazioni

Tradizionalmente, la terapia parodontale è finalizzata a ridurre PPD e migliorare CAL, eliminando depositi batterici e di fattori predisponenti ad accumuli batterici. La resezione ossea è spesso necessaria o consigliata quando è presente un'architettura ossea negativa. Lembi posizionati apicalmente o lembi riposizionati con rimozione di lembi secondari sono spesso utilizzati in queste metodiche. Tale approccio terapeutico è molto prevedibile e permette di mantenere la dentatura del paziente nel lungo periodo anche in casi molto complessi. Purtroppo, però, la recessione gengivale può solo peggiorare, e i pazienti trattati con la terapia parodontale tradizionale spesso lamentano di esiti antiestetici della chirurgia e di ipersensibilità radicolare. Inoltre, in presenza di difetti infraossei profondi, il chirurgo viene messo nella difficile posizione di dover scegliere il male minore: o sacrificare una grande quantità di osso di sostegno dei denti adiacenti o sacrificare il dente con la lesione ossea profonda. La rigenerazione parodontale è particolarmente indicata in questi casi.

Tecniche

Mediante l'utilizzo della maggior parte dei trattamenti rigenerativi, inclusi l'uso di Amelogenine (EMD), innesti con sostituti ossei, rigenerazione tissutale guidata (GTR), o combinazione delle tecniche nominate, è possibile ottenere la rigenerazione di osso, cemento e legamento parodontale funzionalmente orientato nei difetti infraossei, con l'inconveniente di un leggero aumento della recessione gengivale.

Più recentemente, sono stati proposti approcci minimamente invasivi. Il Single Flap Approach (SFA) consiste nell'elevazione di un unico lembo vestibolare, mantenendo intatti i tessuti dell'altro lembo. La tecnica

chirurgica minimamente invasiva (MIST) è un adattamento delle tecniche di preservazione della papilla modificata e semplificata, con l'intento di limitare il sollevamento e l'estensione mesio-distale del lembo. Con questi approcci, i risultati in termini di peggioramento della REC sono stati più incoraggianti e la perdita di tessuto molle praticamente nulla.

Infine, sono stati introdotti lembi ad avanzamento coronale (CAF) in combinazione ad approcci rigenerativi, con l'intento di stabilizzare il tessuto molle e creare una ferita più stabile per il verificarsi della rigenerazione. Con questo approccio può essere realizzata una diminuzione della REC, migliorando così non solo la perdita di attacco, ma anche l'aspetto estetico della zona.

La tecnica Soft Tissue Wall è raccomandata per il trattamento di difetti infraossei nell'area estetica, quando uno dei denti coinvolti presenta anche una migrazione apicale del margine gengivale libero.

In questo approccio, un'incisione orizzontale è realizzata alla base delle papille interdentali ed estesa un dente mesiale e distale dal difetto infraosseo. Viene quindi elevato un lembo a tutto spessore trapezoidale (con la base più larga posizionata apicalmente). La restante porzione vestibolare delle papille viene conservata e disepitelializzata per creare un letto di tessuto connettivo stabile su cui il lembo può essere suturato. La papilla sopra il difetto infraosseo è sezionata alla base e l'intero tessuto molle interprossimale sopracrestale è elevato al fine di ottenere un adeguato accesso al difetto.

Dopo l'elevazione del lembo, il tessuto di granulazione viene rimosso dal difetto mediante curettes, e un'attenta levigatura radicolare viene eseguita con curettes, strumenti ultrasonici/sonici o rotanti.

Per eliminare la tensione muscolare e consentire lo spostamento coronale del lembo viene poi eseguita una dissezione, sia tagliente che smussa, della mucosa vestibolare. Il rilascio del lembo e la sua mobilizzazione sono ritenuti sufficienti quando la porzione marginale del lembo è in grado di raggiungere passivamente un livello più coronale alla giunzione amelo-cementizia (CEJ) e di coprire le papille anatomiche precedentemente disepitelializzate.

Per stabilizzare e riposizionare coronalmente il lembo vestibolare vengono utilizzate due suture sospese. La superficie radicolare può essere condizionata per rimuovere lo smear layer e per ottenere una

superficie priva di residui organici. Possono ora essere applicati nel difetto elementi bioattivi come derivati della matrice dello smalto (Emdogain®, Straumann CH) o biomateriali riempitivi in combinazione o meno a fattori di crescita. La chiusura primaria della papilla interdente sul difetto osseo priva di tensione è realizzata con una sutura a materasso orizzontale interna, e le incisioni verticali sono chiuse con suture semplici.

Al paziente viene normalmente prescritta una terapia antibiotica sistemica e una terapia antalgica per prevenire il dolore post-operatorio e l'edema, mentre le suture vengo-

no controllate e rimosse 8-14 giorni dopo l'intervento chirurgico.

Il controllo della placca locale è gestito da sciacqui di clorexidina digluconato 0,2% (tre volte al giorno) per 8 settimane. Durante questo periodo, i pazienti vengono richiamati settimanalmente per sedute di igiene orale professionali. La pulizia meccanica domiciliare della zona trattata è permessa 4 settimane dopo il completamento della procedura chirurgica, utilizzando uno spazzolino da denti ultramorbido e una tecnica di spazzolamento con movimenti in direzione apico-coronale. La pulizia meccanica interprossimale con il filo interdente è

consentita 2 mesi dopo la procedura di rigenerazione. Dopo le prime 8 settimane vengono programmati appuntamenti di igiene orale professionale sopragengivale a intervalli di un mese per un anno. Nessun tentativo di sondare curette sottogengivale viene effettuato prima di 12 mesi dall'intervento.

Sono state descritte due principali ipotesi per spiegare i meccanismi coinvolti nella rigenerazione di nuove strutture parodontali, tra cui nuovo cemento, nuovo osso e legamento parodontale funzionalmente orientato.

> pagina 9



Fig. 1a, b - Tasca di 13 mm mesiale al 23. Il dente è stabile e la radiografia endorale mostra perdita di osso angolare con la formazione di un difetto infraosseo.

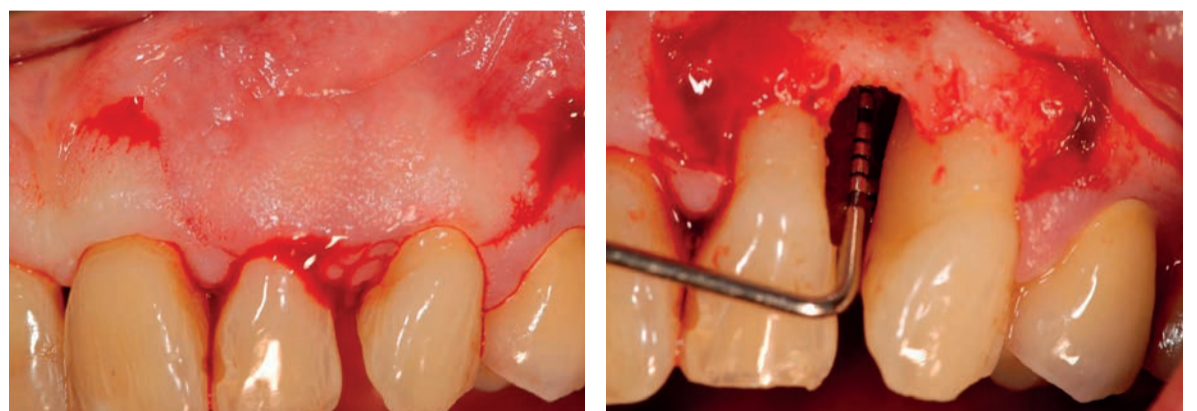


Fig. 2a, b - La presenza della papilla tra il laterale e l'incisivo centrale senza sondaggio patologico e tra il canino e il primo premolare permette di posizionare le incisioni di rilascio alla base delle papille e di preservare la papilla sopra al difetto infraosseo con incisione vestibolare. Il lembo viene poi elevato a tutto spessore e il difetto viene pulito e misurato.

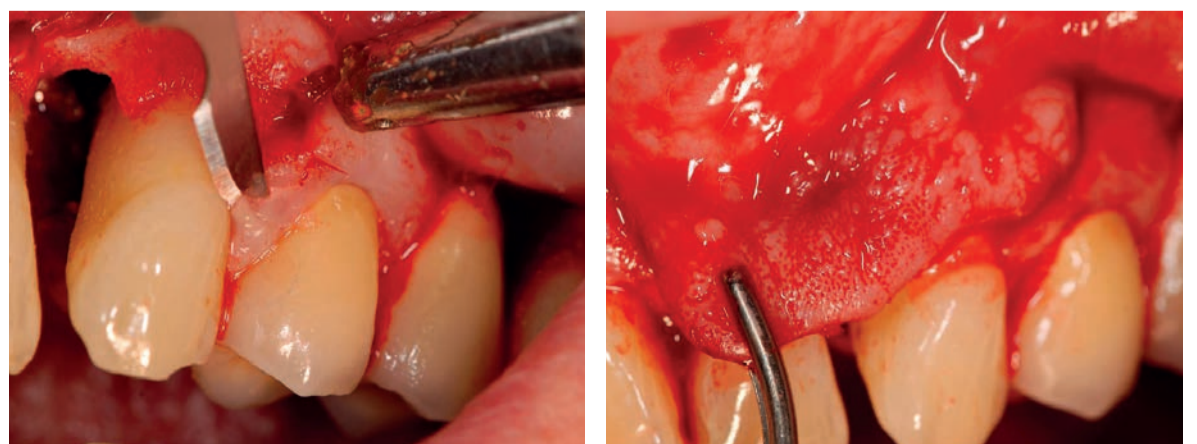
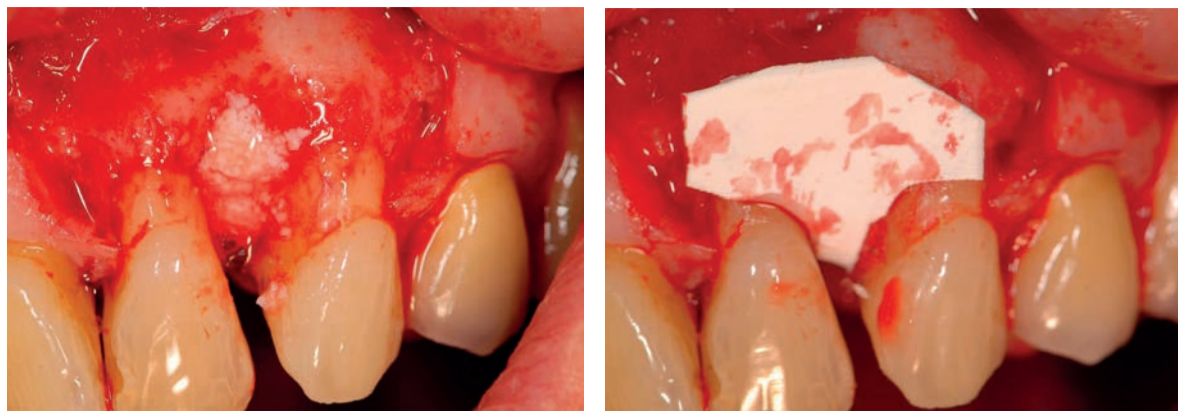
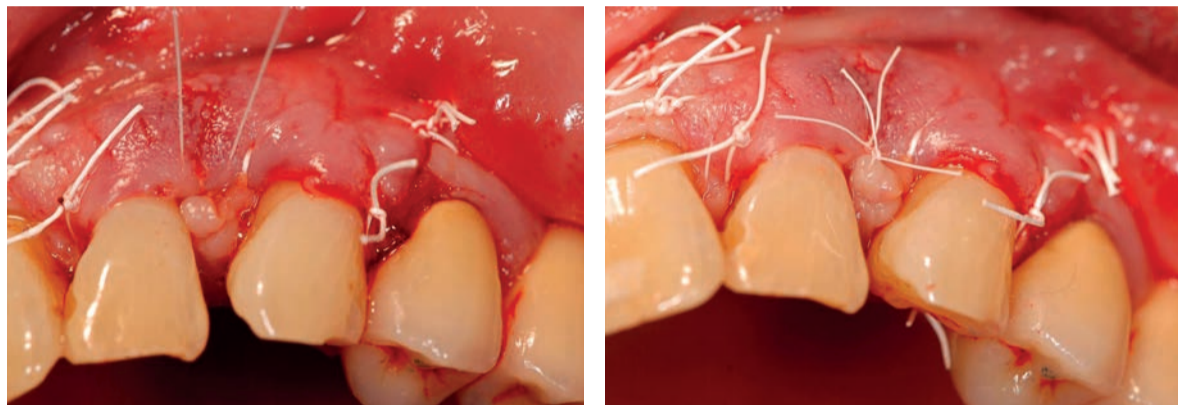


Fig. 3a, b - Le papille mesiale e distale coronalmente alle incisioni di rilascio vengono disepitelizzate, e una incisione di rilascio periostale alla base del lembo permette di muovere il lembo coronalmente senza tensione.



Figg. 4a, b - I biomateriali vengono posizionati all'interno del difetto per promuovere la rigenerazione e stabilizzare il coagulo. In questo caso Emdogain (Straumann, CH) è stato mescolato a un innesto di BioOss (Geistlich, CH) e protetto con una membrana in collagene riassorbibile (BioGide Geistlich).



Figg. 5a, b - Con una sutura 5-0 Gore-tex, vengono applicati due punti di sutura sospesi ai denti 22 e 23 che stabilizzano il lembo coronalmente, stabile sui denti, creando una parete di tessuto molle stabile. Ora un punto a materasso interno, con una sutura in Goretex 7-0 chiuderà la papilla, estroflettendo i margini del lembo, permettendo un perfetto adattamento dei lembi.

< pagina 8

Il primo meccanismo suggerito è il meccanismo di occlusione cellulare originariamente postulato da Melcher nel 1976 e poi rivisto e integrato da diversi autori. Secondo questo concetto, cinque popolazioni cellulari potrebbero ripopolare il difetto in seguito all'intervento chirurgico: 1) le cellule epiteliali, che proliferano e migrano più velocemente di tutti gli altri gruppi; 2) le cellule del tessuto connettivo gengivale; 3) le cellule provenienti dall'osso alveolare; 4) le cellule del legamento parodontale; 5) i cementoblasti.

La Guided Tissue Regeneration utilizza membrane-barriera che, escludendo dalla ferita cellule dei tessuti epiteliali e connettivali, consentono ai gruppi di cellule più lenti di popolare il difetto, facilitando la rigenerazione del nuovo legamento. La crescita delle cellule epiteliali è inibita attraverso l'inibizione da contatto. Questo processo naturale di arresto della crescita cellulare avviene quando due o più cellule vengono a contatto tra di loro o con una superficie solida. In una coltura cellulare in capsula di Petri, le cellule epiteliali normali proliferano e migrano in senso centripeto fino a raggiungere i confini della capsula di Petri. Nella GTR, la migrazione delle cellule epiteliali si arresta quando l'epitelio copre la membrana ed entra in contatto con la superficie della radice. Il secondo meccanismo è il meccanismo della stabilità del coagulo. La componente fibrinosa del coagulo di sangue può aderire all'osso alveolare, al tessuto connettivale gengivale e alla superficie della radice. È stato dimostrato da Wikesjö e collaboratori^{2,3} che, quando non si permette al coagulo di sangue di aderire alla superficie radicolare, avviene una migrazione apicale epiteliale ed è preclusa la formazione

nuovo attacco connettivale. Invece, se l'adesione della fibrina alla superficie della radice non è ostacolata da alcun trauma meccanico o fisico, l'epitelio migra sopra il coagulo e la migrazione si ferma quando il fronte epiteliale incontra l'interfaccia coagulo-radice.

Entrambi questi meccanismi spiegano come sia possibile dirigere la guarigione della ferita verso la rigenerazione o riparazione in relazione alla tecnica adottata o al biomateriale usato, sia questo una membrana, un sostituto osseo o il solo coagulo stabilizzato.

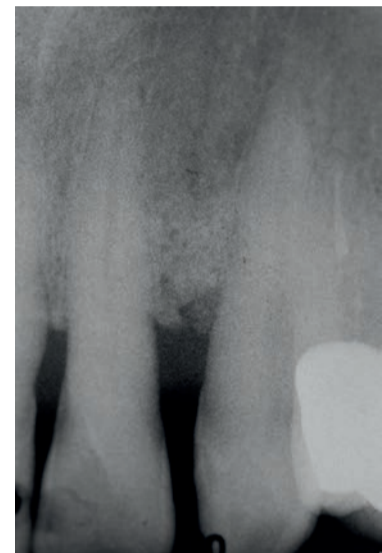
La prima evidenza istologica umana di un legamento parodontale rigenerato risale al 1982, quando Nyman e colleghi⁴ usarono un filtro Millipore su un incisivo mandibolare precedentemente coinvolto da malattia parodontale, consentendo alle cellule provenienti dal legamento parodontale di ripopolare la superficie della radice durante la guarigione. Da allora una serie di pubblicazioni hanno mostrato l'evidenza istologica di un legamento rigenerato con varie tecniche chirurgiche e differenti biomateriali e fattori di crescita.

Allo stesso tempo, dovremmo comunque tenere a mente che la migrazione epiteliale potrebbe non essere irreversibile. Già nel 1980, infatti, Listgarten e collaboratori⁵ avevano dimostrato - durante la valutazione degli esiti di lembi di accesso in un modello animale - che mentre la lunghezza dell'epitelio giunzionale non variava tra le 3 settimane e i 12 mesi post-operatori, veniva invece "spinta" in senso coronale, riducendo la profondità del solco e aumentando la lunghezza dell'adesione del tessuto connettivo. Alla luce di questo, l'importanza di mantenere l'integrità strutturale dei tessuti gengivali rispetto invece alle procedure di eliminazione

della tasca (quali lembi posizionati apicalmente o chirurgia ossea resettiva) deve essere ulteriormente sottolineata, soprattutto quando è necessario intervenire chirurgicamente nell'area estetica.



Figg. 6a, b - Il risultato a un anno mostra una profondità di sondaggio di 3 mm con un guadagno di 10 mm se confrontato all'inizio. Nell'immagine radiografica, il biomateriale è ancora visibile, con un riempimento del difetto ottimale.



Conclusioni

La terapia parodontale è stata profondamente cambiata dalla grande quantità di ricerche e dalla letteratura prodotta negli ultimi decenni. Quella che era una disciplina di grandi lembi invasivi si è ora evoluta in una disciplina essenzialmente caratterizzata da terapia non chirurgica, da strategie di gestione dei fattori di rischio e lembi minimamente invasivi per il trattamento di difetti localizzati. Questa trasformazione ha reso la terapia parodontale in area estetica un approccio molto meno invasivo e maggior-

mente accettabile, che deve essere praticato da tutti i professionisti che dedicano la loro professione a questa specialità emozionante e in continua evoluzione.

Milano, 4-5 ottobre 2013

II° Simposio di implantologia osteointegrata

Dove la scienza incontra la formazione

Mancano ormai pochi giorni all'apertura del congresso di Milano e il Coordinatore scientifico, Carlo Maiorana, invita gli specialisti a partecipare a questo appuntamento scientifico.



II° SIMPOSIO DI IMPLANTOLOGIA OSTEOINTEGRATA

MILANO HOTEL MARRIOTT
4 - 5 OTTOBRE 2013

FUNZIONE ED ESTETICA:

Nuove tecnologie e materiali al servizio della professione odontoiatrica che cambia.

Chirurgia guidata CAD/CAM
Cellule staminali
Parodontologia
Short implants
Protesi su impianti
Estetica

ECM

Crediti ECM per la figura del medico maxillo-facciale e degli odontoiatri.

Cari amici, siamo giunti al secondo congresso della Italian Academy. È proprio vero che il tempo corre veloce! Questa volta è per il board, ma per me in particolare, un piacere invitarvi a Milano per due giorni di lavori scientifici nei quali verranno affrontati alcuni temi scottanti, sia in campo chirurgico che protesico, con lo sguardo al futuro delle nuove tecnologie e l'affascinante campo dell'applicabilità delle stem cells. E, per dare una possibilità di formazione ancora migliore, abbiamo deciso di far precedere i lavori da due workshop che si dedicheranno a due aspetti, uno decisamente innovativo, l'altro più legato alle consuetudini cliniche, decisamente interessanti. Avremo, anche per quest'anno, l'istituzione del premio Axel Kirsch, riservato ai giovani clinici, ed ascolteremo, dalla voce di chi ha conseguito il premio nel 2012, il racconto di una esperienza unica e coinvolgente. Nell'attesa di incontrarvi numerosi nella mia città, un saluto cordiale.

Carlo Maiorana