

implants

international magazine of oral implantology

2²⁰¹⁵



SwishActive™

Tutti i vantaggi della connessione conica in un impianto

AS

E A

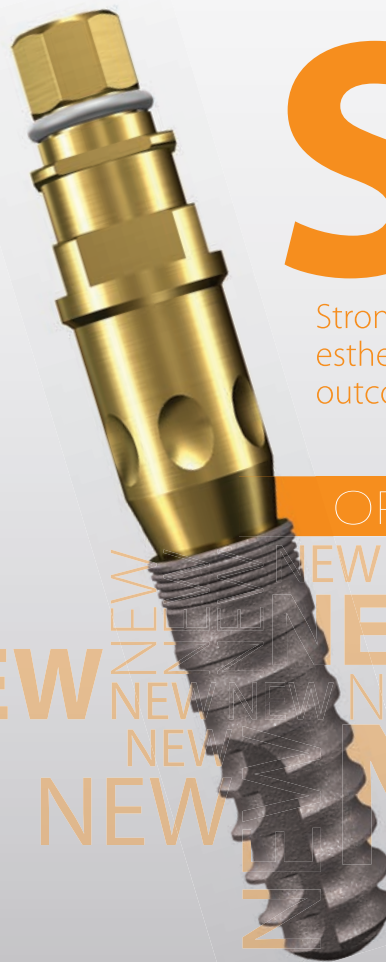
Engaged
conical
connection

Adapted
to your
needs

S Y_{AS}

Strong
esthetic
outcome

Your
treatment
success



| special

Fallimento implantare
in area estetica

| expert article

Alternative terapeutiche al
grande rialzo di seno mascellare

| case report

The use of existing locators to stabilize
a CBCT-software derived surgical guide

ORA DISPONIBILE

www.implantdirect.it
00800 4030 4030



DENTAL TRIBUNE

DT STUDY CLUB

COURSES | DISCUSSIONS | TECHNOLOGY | ON-DEMAND

*DENTAL TRIBUNE STUDY CLUB,
la piattaforma di formazione del dentale*

**isciversi è semplice
e veloce!**

**WEBINAR
Novità**



CORSO GRATUITO

Corso sponsorizzato da



**Utilizzo
ed efficienza clinica
della preparazione a finire
nella moderna odontoiatria**

Dott. Fabio Scutellà

Lo stretto controllo di protocolli, tecniche e materiali testati e consolidati nell'arco di decenni è sempre stato alla base di successo in ambito odontoiatrico ed in particolare in protesi.

È stato dimostrato negli ultimi anni che, anche attraverso l'applicazione di protocolli alternativi a quelli tradizionalmente conosciuti, si possono ottenere degli ottimi risultati clinici in termini di praticità tecnica, rapidità di esecuzione ma anche e soprattutto in termini di stabilità dei tessuti attorno ai restauri protesici.

In particolare modificando il disegno della preparazione protesica ed utilizzando delle preparazioni senza linea di finitura, cosiddette a finire, abbinate ad un attento, mirato e controllato intervento sui tessuti gengivali, è possibile creare dei protocolli di lavoro estremamente efficienti ottenendo allo stesso tempo dei risultati clinici ed estetici del tutto sovrapponibili a quelli ottenuti con preparazioni tradizionali o a spessore (spalla e/o chamfer).

WWW.DTSTUDYCLUB.IT

Utilizzo ed efficienza clinica della **preparazione a finire** nella moderna odontoiatria



Fabio Scutellà, DDS, CAGS, MSD

Alcuni tra gli argomenti più discussi e controversi in odontoiatria protesica, nel caso di restauri con corone complete, hanno spesso interessato da un lato il disegno della linea di finitura del margine protesico e dall'altro la localizzazione dello stesso rispetto ai tessuti gengivali.

Per molti anni si è anche dibattuto, e ancora si dibatte, su quale sia la geometria di preparazione (orizzontale o verticale) in grado di garantire facilità di esecuzione, manufatti più precisi in termini di accuratezza marginale, stabilità tissutale e una buona prognosi nel medio e nel lungo termine.

Anche se a oggi non esiste una classificazione delle geometrie dei margini universalmente accettata è possibile distinguere le preparazioni dei denti in tre gruppi principali:

- 1_ Chamfer;
- 2_ Spalla;
- 3_ Lama.

Spalla e Chamfer sono caratterizzate da una netta e unica linea di chiusura su componente orizzontale, mentre la Lama (Feather Edge) è caratterizzata da una più ampia area di chiusura posizionata su una parete verticale. In ogni caso negli ultimi decenni i margini di preparazione orizzontale sono stati preferiti dai dentisti rispetto alle preparazioni verticali probabilmente per una serie di ragioni pratiche: sono ben definite, facilmente leggibili in bocca, sull'impronta e sul modello e creano un margine netto sul provvisorio ribasato. Dall'altro lato, le preparazioni verticali sono sempre state considerate poco appropriate in quanto creerebbero sovracontorni, distorsioni del metallo durante le fasi di cottura e nei carichi masticatori, difficoltà nel raggiungimento di un buon livello estetico e presenza del bordo metallico.

Ancora oggi è opinione comune pensare che la tecnica a finire abbia come unica indicazione la preparazione di denti compromessi dal punto di vista parodontale e che non possa essere utilizzata per il restauro di elementi dentali con supporto parodontale integro, né tantomeno in combinazione con le ceramiche integrali (ossido di zirconio e di silicato di litio).

In realtà l'evidenza sia clinica sia scientifica ha ormai ampiamente dimostrato che l'utilizzo delle preparazioni verticali permette di ottenere degli ottimi risultati estetici e funzionali garantendo allo stesso tempo una stabilità dei tessuti gengivali nel medio e lungo periodo assolutamente sovrapponibile alle geometrie di preparazione orizzontali. Il protocollo illustrato presenta tuttavia una peculiarità clinica che lo rende probabilmente unico e che è alla base della predicibilità dei risultati clinici osservati. Durante la preparazione del dente viene infatti eseguito un leggero e controllato gingivaggio dei tessuti circostanti con la creazione intenzionale di una ferita la cui guarigione, correttamente guidata dai profili e dai contorni delle corone provvisorie prima e definitive poi, permette la formazione di un nuovo tessuto rigenerato, leggermente ispessito e quindi più stabile nel tempo.

La disponibilità di uno strumentario specificatamente disegnato e realizzato per queste preparazioni permette di ottenere un controllo assoluto della preparazione e del gingivaggio all'interno del solco gengivale, evitando di andare a interferire con quelle che sono considerate strutture parodontali assolutamente inviolabili (attacco epiteliale e attacco connettivale) e che formano l'ampiezza biologica.

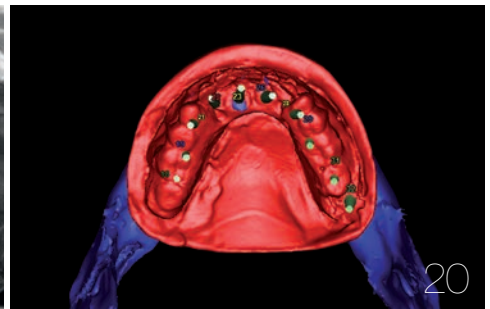
_Fabio Scutellà



09



15



20

editoriale

- 03 Utilizzo ed efficienza clinica della **preparazione a finire** nella moderna odontoiatria
_F. Scutellà

aziende

_news

- 06 Studio comparativo condotto sulla superficie degli impianti: **gli impianti MIS eccellono**

special

_complicanze implantari

- 09 **Fallimento implantare** in area estetica: gestione della complicanza e risoluzione del caso
_U. Marchesi, P. Borelli

expert article

_impianti inclinati

- 15 **Riabilitazione implanto-protetica dei siti atrofici del mascellare**
Alternative terapeutiche al grande rialzo di seno mascellare
_A. Cardarelli, F. Cardarelli, R. Vinci, E.F. Gherlone

case report

_use of CBCT

- 20 **The use of existing locators to stabilize a CBCT-software derived surgical guide**
Conversion of a mandibular removable to a fixed prosthesis
_B. Kaplan

special

_laser

- 27 **Il laser in implantologia: azioni e vantaggi**
Analisi dell'utilizzo dei laser in chirurgia dopo 15 anni di follow-up dalla fondazione di AIOLA: fatti e certezze
_M. Maggioni, T. Attanasio, S. Grandini

literature

_review

- 34 **Valutazione clinica del sondaggio perimplantare**
Revisione sistematica della letteratura
_A. Butera, E. De Falco, V. Collesano

industry report

- 40 Uso delle dime nel **carico immediato full arch**.
Tecnica del porta impronte dinamico
_A. Gatti

aziende

- 46 _news

eventi

- 48 _DENTSPLYforum
- 49 _EuroPerio8

l'editore

- 50 _gerenza



Immagine di copertina cortesemente concessa da Implant Direct Europe AG (www.implantdirect.it)



27



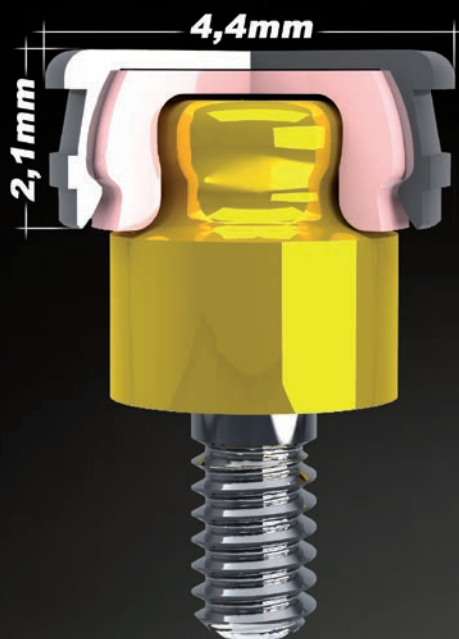
34



40

OT EQUATOR

MASSIMA stabilità
MINIMO ingombro!



**per tutte le piattaforme
implantari**



RHEIN83

richiedi il nuovo
catalogo 2015 a:
marketing@rhein83.it



Via E.Zago 10/abc 40128 Bologna (Italy) Tel. +39 051244510
www.rhein83.com • info@rhein83.com

Studio comparativo condotto sulla superficie degli impianti: gli impianti MIS eccellono

_BAR-LEV INDUSTRIAL PARK, Israele/ COLONIA, Germania – Il produttore israeliano MIS Implants Technologies ha annunciato che i suoi prodotti hanno ottenuto risultati positivi in un'ampia analisi elementare, qualitativa e quantitativa, condotta attraverso microscopio elettronico a scansione. Lo studio è stato condotto per conto del Comitato qualità e ricerca dell'European Association of Dental Implantologists, e comprendeva 65 sistemi di impianti in confezionamento sterile da 37 produttori di 10 Paesi.

Secondo il rapporto di studio intermedio, l'impianto C1 e l'impianto Seven prodotti da MIS hanno raggiunto risultati notevoli. Anche se l'impianto Seven, in studi precedenti condotti dal Comitato qualità e ricerca nel 2011 e 2012, rivelava sabbatura nel materiale su un massimo del 7% della superficie, in quest'ultimo studio i ricercatori non hanno trovato macchie isolate con residui in nessuno dei due tipi di impianti MIS di grado 23 in titanio.

Il dott. Tal Reiner, Materials Discipline Manager di MIS, ha illustrato i processi di trattamento della superficie applicati dall'azienda, che hanno permesso di ottenere questo risultato: «Monitoriamo la rugosità superficiale, l'uniformità e la purezza dei nostri impianti, ogni giorno effettuiamo un prelievo di campioni da lotti selezionati, adoperando il nostro microscopio elettronico a scansione. Poiché l'analisi viene effettuata direttamente all'interno dei nostri laboratori, non si creano arresti nella produzione a causa delle riparazioni».

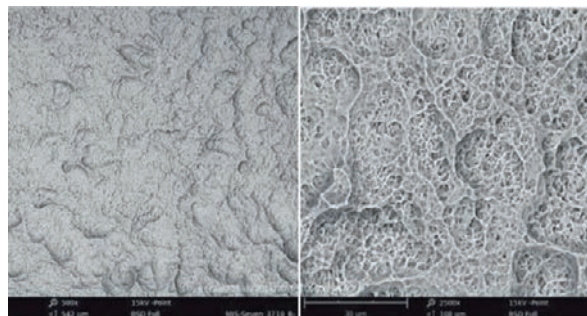
«MIS adotta procedure rigorose, in aggiunta a tutte le misure neces-

sarie a garantire la più bassa percentuale di agenti contaminanti, tra cui residui di sabbatura o residui da varie fasi della produzione», ha aggiunto Reiner. «Poiché l'analisi al microscopio elettronico a scansione viene effettuata soltanto su campioni, un tecnico specializzato fa inoltre un controllo visivo al 100% su ogni singolo impianto. Eventuali impianti difettosi sono incondizionatamente scartati».

Il rapporto di studio intermedio, dal titolo "Surface analysis of sterile-packaged implants", è stato pubblicato nel numero 01/2015 di *European Journal for Dental Implantologists*. Si tratta della seconda volta, nell'arco di un solo anno, che uno studio sia stato in grado di verificare le dichiarazioni in merito alla qualità degli impianti prodotti da MIS. Il primo studio, dal titolo "Identification card and codification of the chemical and morphological characteristics of 62 dental implant surfaces. Part 3: Sand-blasted/acid-etched (SLA type) and related surfaces (Group 2A), main subtractive process", è stato pubblicato a giugno 2014 sulla rivista *POSEIDO*. Secondo questo studio, che includeva 18 diversi tipo di impianti, l'impianto Seven di MIS è stato tra i tre impianti che non hanno riportato nessun inquinamento e nessuna modifica chimica della superficie.

[_Dental Tribune International](#)

A sinistra: superficie di impianto Seven di MIS senza alcun tipo di residuo (ingrandimento 500x). A destra: micro-/nano-struttura della superficie implantare di un impianto Seven MIS (ingrandimento 2.500x) (immagini: dr. Dirk Duddeck e dr. Jörg Neugebauer, Università di Colonia).



MORE BONE Where it Matters Most...

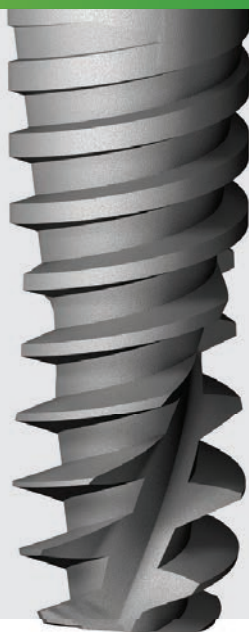


Find out more about the new V3 Implant at: www.V3-implant.com

V3 By **MIS**



Un futuro solido ha radici solide



La filosofia di Alpha-Bio Tec è incentrata sull'esclusività e sulla perfezione destinata a durare nel tempo. Pianifichiamo e studiamo accuratamente ogni dettaglio prima di arrivare al risultato finale dove il design va sicuramente oltre lo stile. Selezioniamo

scrupolosamente le nostre risorse. Realizziamo prodotti di altissima qualità, uno ad uno, sempre con la stessa attenzione. Alpha-Bio Tec si attiene ai più severi standard internazionali e fornisce garanzia a vita su tutta la gamma di impianti.

Per informazioni:

Tel. + 39.0577.749047

ordini@htd-consulting.it

www.htd-consulting.it/partner.html

 **AlphaBio**_{TEC}
Implantology

Fallimento implantare in area estetica

Gestione della complicanza e risoluzione del caso

Autori _Umberto Marchesi* & Paolo Borelli**, Italy

_Introduzione

Le richieste effettuate dai pazienti, sempre più esigenti sia in relazione alla contrazione dei tempi di riabilitazione, sia in relazione all'ottenimento di un risultato estetico elevato, inducono talvolta il professionista a scegliere tecniche riabilitative al limite della sicurezza in termini di predicibilità implanto-protesica. L'implantologia post-estrattiva a carico immediato, soprattutto nei settori anteriori, è sicuramente da considerarsi un trattamento predicibile ma non di elezione¹. L'atto chirurgico presenta infatti un grado di difficoltà maggiore rispetto al protocollo tradizionale che si applica nei siti estrattivi guariti. In particolare, la tecnica flapless riduce la visibilità intraoperatoria e può rendere difficoltoso ottenere sia una stabilità primaria adeguata sia un ottimale posizionamento della fixture.

Tuttavia la letteratura dimostra come, in casi selezionati, tale procedura sia predicibile e abbia un alto grado di successo se si rispettano tutti i parametri fondamentali²⁻⁴. Bisogna altresì tenere presente che, in caso di insuccesso del trattamento dovuto a perdita di osteointegrazione, diventa fondamentale rispettare un protocollo adeguato per la risoluzione del caso nel miglior modo possibile. Innanzitutto, per evitare riassorbimenti ossei troppo estesi in caso di perdita della osteointegrazione, il paziente sottoposto a intervento chirurgico implantare post-estrattivo a carico immediato deve sottostare a controlli periodici molto ravvicinati specialmente nelle prime tre settimane post-operatorie. Queste, infatti, rappresentano la fase più critica per l'ottenimento dell'integrazione ossea implantare.

Spesso il paziente non si accorge della perdita di stabilità dell'unità implanto-protesica, dato che il più delle volte non è accompagnata da dolore. Il sintomo

che più frequentemente porta spontaneamente il paziente a tornare nei nostri studi in caso di insuccesso implantare è l'aumentata mobilità della protesi, indice di perdita o di mancata osteointegrazione. In presenza di tessuti gengivali spessi, però, questa può anche non essere avvertita ed è per tale motivo che diventano fondamentali i controlli periodici ravvicinati effettuati dal professionista. Nel caso ci si accorga prontamente della complicanza, è bene non perdere tempo ed estrarre la fixture immediatamente per interrompere la distruzione ossea perimplantare.

A questo punto si procede a una accurata toelettatura chirurgica dell'alveolo allo scopo di eliminare tutto il tessuto fibroso in modo da favorire la ricrescita di tessuto osseo. La toelettatura può essere completata da un passaggio di inserti piezoelettrici diamantati sulle pareti ossee residue, in modo tale da favorire la vascolarizzazione dell'alveolo e accelerare la guarigione. Una volta pulito l'alveolo implantare si esegue una ricerca accurata di eventuali fenestrazioni. Se intercettate in tempo, il più delle volte queste

*Libero professionista in Pavia
**Libero professionista in Torino

Fig. 1 _Situazione clinica iniziale.

Fig. 2 _RX iniziale.

