

# implants

international magazine of oral implantology

1 2021

→ CRESTE SOTTILI?  
UN PROBLEMA  
RISOLTO  
REX PIEZOIMPLANT

mectron  
medical technology

Rex Implants®  
minimally invasive technology

## | special

Flusso digitale e provvisorio post-chirurgico:  
nuova procedura clinica per il carico immediato  
(DIL, Digital Immediate Load)

## | case report

Risoluzione di una grave atrofia ossea  
con la tecnica della lamina corticale e materiali innovativi

## | clinical

Professional implant management  
A balance between thorough  
but gentle cleaning



**CURASEPT**  
PREVENT

# PROTEGGE E PREVIENE

Perché la salute **dell'impianto**  
va difesa **ogni giorno.**



La linea specifica per il mantenimento di impianti dentali e il controllo di situazioni a rischio.



Impianti dentali



Denti naturali trattati per parodontite



Diabete  
Bocca secca



Fumatori



Ridotte difese immunitarie

OLIO D'OLIVA OZONIZZATO, PVP/VA, COLOSTRO E STEVIA

B. LACTIS HN019 - MARXIANUS FRAGILIS - COLOSTRO - BIOTINA

**Curasept Prevent** è la linea innovativa di prodotti **a uso quotidiano** studiati **per mantenere equilibrato il microbiota orale.**

È ideale nei protocolli di **prevenzione di mucositi e perimplantiti**, in presenza di impianti dentali, e nella **prevenzione di gengiviti** in pazienti parodontopatici con denti naturali e quando sussistono **condizioni di rischio** che possono facilitare l'insorgenza di patologie della bocca.



# Per aspera ad astra

Stiamo indiscutibilmente vivendo un momento difficile, complesso, che entrerà nei libri di storia vedendoci testimoni.

Eravamo orgogliosi di essere, dopo anni, la prima generazione a non aver vissuto una guerra e allora ecco che abbiamo pensato bene di provare l'emozione di vivere una pandemia, nostro malgrado.

Troppe parole sono state dette e si dicono, davvero troppe, su quanto sta accadendo. Questa ridondanza verbale confonde, annienta, rattrista e aggiunge sconforto a quello che la pandemia sta provocando. E se alcuni di noi sono stati colpiti, direttamente o indirettamente, dalla malattia, tutti siamo sicuramente stati colpiti dalla pressione mediatica che quotidianamente ci bombarda aggiungendo quegli elementi di insicurezza e di depressione collettiva che i nostri colleghi psichiatri stanno faticosamente cercando di gestire.

Credo che proprio per arginare questa situazione si possa e si debbano allora cercare degli aspetti positivi che, anche se difficile da credere e possano essere colti e "sfruttati" in questo momento di prova collettiva.

Partendo dal fatto che il nostro settore (specie l'ambito libero professionale), è tutto sommato tra quelli che ha subito un limitato periodo di chiusura, e se confrontato con altri ambiti, ha sicuramente avuto meno danni patrimoniali. Ed è già un primo elemento che dovrebbe farci sentire privilegiati e più positivi rispetto a chi ha davvero perso tutto.

Da relatore internazionale, abituato a tenere conferenze in giro per il mondo, mi sono trovato a tornare a fare a tempo pieno quello per cui ho studiato e lottato, cioè il dentista.

E questo, senza più riunioni (se non virtuali), interminabili cene di lavoro e anche congressi a volte francamente inutili, mi ha dato modo di rallentare il ritmo, tirare il fiato e guardarmi intorno.

E guardarsi intorno credo sia quanto di più importante ci ha insegnato questa pandemia, al netto delle sofferenze fisiche da essa provocate.

E perché non usare questo obbligato momento di rallentamento professionale per fare altro? Perché non usare questo momento, con magari un po' meno pazienti, per riorganizzare il nostro studio, per rivedere i protocolli, per verificare se il nostro personale è adeguatamente formato e informato, per capire se possiamo fare qualche cosa per migliorare i nostri servizi ed essere più preparati per la ripartenza?

Potrebbe essere il momento per sistemare le cartelle dei nostri pazienti, per fare un aggiornamento professionale (al netto di quelli obbligatori per legge), per parlare con il nostro team, per pensare a come fare percepire alla nostra paziente che abbiamo usato questo tempo per crescere, per migliorare, per cambiare. Perché nei momenti difficili si cresce, e chi non sa crescere soccombe. I congressi dal vivo ci mancano, non c'è dubbio. Ma manca di loro soprattutto la parte conviviale. La parte scientifica può facilmente essere recuperata leggendo un libro o una rivista, o seguendo un webinar (purché del giusto spessore).

Infine, queste serate passate a casa tranquilli, perché non usarle per magari migliorare l'inglese, per rileggere un romanzo, per ritrovare il valore degli affetti senza più dover forzatamente correre a ritmi folli e non sempre giustificati?

Mi auguro che il Covid cessi il prima possibile di far danni, ma ancora di più mi auguro che quando il virus se ne andrà possa restare un mondo migliore, più sensibile, più attento, più consapevole di quelli che sono i veri valori. Ed allora potremo dire davvero di essere passati dalle difficoltà alle stelle.



Prof. Mauro Labanca

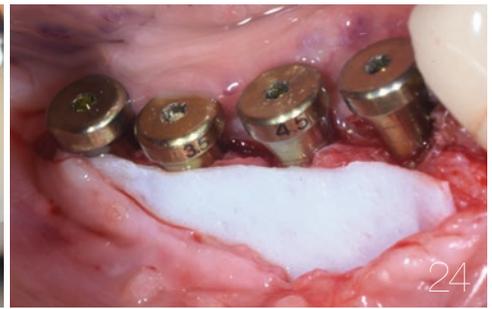
\_Mauro Labanca



06



08



24

**editoriale**

03 **Per aspera ad astra**  
\_M. Labanca

**news internazionali**

\_overtreatment  
06 **Logiche commerciali e overtreatment in odontoiatria**  
\_I. Ramonaite

**special**

\_carico immediato  
08 **Flusso digitale e provvisorio post-chirurgico:**  
nuova procedura clinica per il carico immediato  
(DIL, Digital Immediate Load)  
\_S. Garocchio, A. Scala, O. Di Somma, G. Cacciatore

**case report**

\_lamina corticale  
24 **Risoluzione di una grave atrofia ossea con la tecnica della lamina corticale e materiali innovativi**  
\_R. Rossi, G. Franzone, S. Giuliani

**clinical**

\_research  
32 **Professional implant management**  
A balance between thorough but gentle cleaning  
\_M.T. Heberer, N.B. Arweiler

**news internazionali**

\_masticazione  
38 **Il cambiamento nell'abitudine masticatoria è risultato essere una delle ragioni del deterioramento degli impianti dentali**  
\_F. Beier

**news internazionali**

\_rivestimenti impianti  
40 **Un nuovo metodo di rivestimento permette una più forte adesione dell'impianto dentale**  
\_F. Beier

**formazione**

\_Istituto Stomatologico Toscano  
42 **Grande interesse per il progetto formativo online dell'Istituto Stomatologico Toscano**  
\_Tueor Servizi

**aziende**

44 \_news

**l'editore**

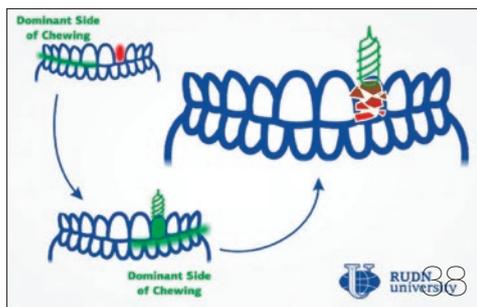
50 \_gerenza



Immagine di copertina:  
© mectron



32



RUDA università



40

# MOLTI DENTIFRICI INATTIVANO L'AZIONE DELLA CLOREXIDINA

## NON TUTTI

SLOCCAN.IT



Il gel dentifricio **Curasept DNA | ADS** è studiato per ottenere il **100% di performance** dal trattamento.



Molti dentifrici in pasta contengono sali tra cui carbonati, fosfati, tensioattivi anionici come il sodio laurilsolfato. Questi eccipienti si legano alle due cariche positive della molecola di Clorexidina inattivandola e compromettendone parzialmente o totalmente l'efficacia antibatterica.

**Il gel dentifricio Curasept DNA | ADS è stato studiato per evitare questo problema e garantire il 100% dell'azione della clorexidina contenuta nel collutorio.**

Grazie ad un uso sinergico di collutorio e dentifricio Curasept, è possibile conservare più a lungo i benefici del trattamento.

I collutori Curasept 0,20 e 0,12 e il gel parodontale 0,5% sono gli unici Dispositivi Medici con formulazione a base di Clorexidina con ADS + DNA che in Europa hanno ottenuto la certificazione in Classe III dall'Istituto Superiore di Sanità in conformità alla Direttiva 93/42/CEE.

**DETRAIBILI FISCALMENTE**

curaseptspa.it

  
**CURASEPT**  
FIRST BECAUSE WE CARE

# Logiche commerciali e overtreatment in odontoiatria

Le logiche commerciali pervadono la società odierna. Anche l'odontoiatria è stata colpita da questo fenomeno e alcuni dentisti preferiscono il guadagno economico alla professionalità (Immagine: Harish Marnad/Shutterstock).

L'overtreatment, come suggerisce la parola, è un trattamento eccessivo o non necessario fornito ai pazienti per una serie di ragioni, quali la negligenza o le pressioni economiche per la logica del guadagno. In una recente intervista, Dental Tribune International ha avuto l'opportunità di discutere l'argomento con il dott. Alexander C. L. Holden, specialista in odontoiatria

nel settore pubblico e docente presso l'University of Sydney. Holden è stato coautore di uno studio che ha esplorato il tema dell'overtreatment nell'odontoiatria privata australiana. Ha scoperto che alcuni professionisti del settore dentale non sono estranei alle logiche commerciali e che la ricerca del profitto spesso li ha spinti a fornire più trattamenti del necessario.



**Dott. Holden, come si è interessato a questo argomento e qual era il problema principale che desiderava affrontare nel suo studio?**

*Quando mi sono diplomato nel Regno Unito, ho lavorato in uno studio in cui la cultura professionale era completamente sbagliata. Tutti i medici sono stati spinti dalla direzione dello studio a concentrarsi sul raggiungimento di obiettivi finanziari.*

*Non ho lavorato lì a lungo ma mi è rimasta impressa l'esperienza e da allora ha segnato la direzione della mia carriera.*

*Quando ho intrapreso la mia carriera accademica, sono stato in grado di indagare sulla questione di come le pressioni commerciali potessero influire sul comportamento dei medici.*

**Sulla base dei suoi risultati, quali fattori hanno spinto i professionisti dentali coinvolti nello studio a fare overtreatment?**

*Nessuno dei partecipanti ha ammesso di essere stato coinvolto in casi di overtreatment, ma hanno riferito di aver riscontrato comunemente questo fenomeno nella pratica dei loro colleghi. Alcuni partecipanti hanno suggerito di ritenere che la ricerca di maggiori guadagni economici e la crescita dei profitti abbiano influenzato in modo significativo il comportamento dei loro colleghi.*

*La cultura della "vendita delle cure" e la proliferazione di corsi che pretendono di insegnare ai dentisti come aumentare i tassi di accettazione dei loro preventivi hanno influenzato anche la loro condotta professionale.*

**Nel suo studio parla del legame tra professionalità e logiche commerciali in odontoiatria. Potrebbe approfondire questo punto e spiegare quale impatto potrebbe avere tutto ciò sulla professionalità?**

*Probabilmente è importante riconoscere che l'aumento delle logiche commerciali in odontoiatria non è assolutamente un fenomeno isolato nella società perché le stesse influenze commerciali hanno un impatto maggiore o minore sul resto dell'assistenza sanitaria e sulla vita in generale.*

*Nonostante ciò, il mondo sanitario e l'odontoiatria, che ne fa parte, hanno uno status speciale perché i medici si occupano di pazienti vulnerabili che in genere non possiedono le stesse conoscenze e competenze del medico curante e non possono pertanto valutare le proprie condizioni di salute.*

*Il rapporto dentista-paziente dovrebbe resistere alle influenze che minano l'etica professionale*

*e gli odontoiatri dovrebbero mettere sempre in primo piano gli interessi del paziente e non quelli commerciali del guadagno.*

*Quando acquistiamo altri beni e servizi, sappiamo che la persona con cui stiamo trattando non ha l'obbligo morale di darci un prezzo equo o di assicurarci una scelta informata sul nostro acquisto. L'odontoiatria è diversa: la professione dovrebbe essere solida nel preservare la natura del rapporto medico-paziente.*

**In tal caso, pensa che un overtreatment sia dannoso per la professione?**

*Assolutamente sì! La professione dell'odontoiatria dipende fortemente dalla fiducia dei pazienti e i casi di overtreatment offuscano l'intera professione.*

*Attualmente, la mancanza di dati sulle diagnosi ci impedisce di essere in grado di comprendere complessivamente quanto possa essere influente un overtreatment su una cura.*

*Ciò che la nostra ricerca fornisce è una comprensione della natura del problema.*

**In che modo le logiche commerciali dell'odontoiatria potrebbero influenzare l'accesso alle cure dei pazienti?**

*Sicuramente potrebbe offrire ai pazienti una scelta più ampia dovuta alla maggiore concorrenza. In un mercato competitivo il comportamento etico diventa ancora più visibile agli occhi di colleghi e pazienti.*

*Le logiche commerciali possono offrire superficiali opportunità di maggiore scelta e minori costi ed è necessario che venga mantenuto il rapporto dentista-pazienti nel quale ci deve essere fiducia.*

Nota editoriale: lo studio, intitolato "Overtreatment as an ethical dilemma in Australian private dentistry: a qualitative exploration" è stato pubblicato online il 1° novembre 2020 su *Community Dentistry and Oral Epidemiology*.

*\_Iveta Ramonaite*

# Flusso digitale e provvisorio post-chirurgico: nuova procedura clinica per il carico immediato (DIL, Digital Immediate Load)

**Autore** S. Garocchio, A. Scala, O. Di Somma, G. Cacciatore



## **\_ Implantologia protesicamente guidata e provvisorio immediato**

Nei casi di carico immediato è richiesta una pianificazione accurata sia della fase chirurgica che della fase protesica.

La pianificazione accurata della fase chirurgica passa attraverso la necessità di posizionare correttamente l'impianto nello spazio biologico e nello spazio protesico. È necessario pre-visualizzare il nostro piano di trattamento e la chirurgia computer assistita rappresenta oggi un ottimo strumento di diagnosi, di pianificazione e di trattamento.

Una volta inseriti gli impianti nelle procedure di *immediacy* abbiamo bisogno di funzionalizzare il provvisorio, unire cioè il provvisorio preparato prima della chirurgia (piano di trattamento) alla componente protesica secondaria (fase clinica).

Questo è possibile farlo direttamente nel cavo orale subito dopo la chirurgia così come abbiamo fatto per anni con flussi analogici, o sul modello sfruttando oggi i flussi digitali.

Il flusso digitale ci mette nelle condizioni di ridurre i tempi di trattamento e sebbene l'impronta digitale e la pianificazione virtuale degli impianti in ambienti CAD abbiano raggiunto livelli di *accuracy* elevata, ad oggi non è possibile ancora dopo l'intervento funzionalizzare il provvisorio utilizzando solo una impronta digitale.

La funzionalizzazione deve avvenire in bocca o tramite un'impronta analogica o digitale che deve però essere supportata da chiavi di verifica in resina o in gesso per essere sicuri di far coincidere il provvisorio al posizionamento implantare eseguito.

Tutto questo comporta tempi lunghi e pos-

sibilità di errori. La Digital Immediate Load (DIL) nasce da queste considerazioni e da una nostra idea.

## **\_ Descrizione**

Per il carico immediato dobbiamo considerare gli aspetti estetici legati alla biologia, come anche gli aspetti funzionali legati ai rapporti occlusali.

Valutati quindi gli aspetti biologici e funzionali, l'elemento importante da considerare dopo il posizionamento implantare è sicuramente quello legato al trasferimento dell'informazione della relazione delle arcate tra di loro, ma anche la necessità che abbiamo di dover collegare in poco tempo il provvisorio preparato prima della chirurgia agli impianti inseriti. Tutta l'esperienza fatta in questi anni utilizzando percorsi analogici ci è servita per mettere a punto strategie digitali con l'obiettivo di migliorare e semplificare alcuni passaggi analogici per rendere la nostra vita clinica più semplice ma sempre rigorosa.

I punti chiave di questo lavoro partono da queste considerazioni: nei casi in cui è prevista una riduzione dei tempi di carico dell'impianto il nostro obiettivo primario deve essere quello di riuscire a pianificare l'inserimento degli impianti e a realizzare il provvisorio prima ancora della chirurgia. Inoltre, si deve essere in grado di trasferire tutto quanto pianificato senza perdere informazioni riferendosi principalmente allo studio dell'estetica e della funzione. Quindi bisogna riuscire a trasferire le informazioni del provvisorio pre intervento, al provvisorio immediato fino al definitivo senza perdere alcuna informazione.

Subito dopo l'intervento si deve riuscire a re-

lazionare le arcate nella stessa dimensione verticale stabilita in partenza e collegare il provvisorio pre-chirurgico alle componenti secondarie.

La dima chirurgica utilizzata per inserire gli impianti rappresenta il mezzo attraverso il quale riusciamo a trasferire clinicamente quanto pianificato per essere più predicibili.

Oggi infatti sviluppiamo piani di trattamento che non prevedono l'inserimento implantare sulla base della sola anatomia esistente ma sulla base delle necessità protesiche e riabilitative.

La necessità di non perdere informazioni derivate dalla pianificazione accurata del caso e soprattutto quella di non perdere i riferimenti della relazione tra le arcate ci ha spinto a considerare un flusso digitale totale.

La funzionalizzazione dell'impianto immediata è ormai una certezza<sup>1, 2</sup>. Nel 2008, una revisione sistematica preparata per la quarta ITI Consensus Conference a Stoccarda<sup>3</sup> evidenziava come per le procedure di Tipo 1 gli esiti estetici erano estremamente variabili. Il 20-30% degli impianti immediati presentava il rischio di una recessione mucosa medio-vestibolare pari o superiore ad 1 mm.

Gli studi di Araujo & Lindhe del 2009<sup>4</sup> dimostravano un pattern di riassorbimento sul versante vestibolare dopo l'estrazione secondo la "teoria del Bundle Bone".

Nel 2010 Ferrus et al. confermano come gli alveoli con osso vestibolare sottile (<1 mm) tendono ad avere un riassorbimento tre volte maggiore sul piano apico-coronale rispetto a quelli con osso vestibolare spesso (>0 = a 1 mm)<sup>5</sup>.

Nel 2018 ad Amsterdam, la sesta ITI Consensus Conference ha incluso una revisione di Gallucci che ha chiarito ulteriormente gli esiti degli impianti immediati. In questa revisione è stato proposto un nuovo sistema di classificazione che combinava la tempistica di posizionamento implantare con i protocolli di carico<sup>6</sup>.

Il corretto posizionamento implantare è cruciale per ottenere sia il successo estetico che funzionale e importante è anche la selezione del paziente riguardo al biotipo tissutale.

Fondamentali risultano essere i parametri legati al posizionamento tridimensionale dell'impianto, all'utilizzo del provvisorio e del relativo timing di utilizzo, alla scelta della piattaforma protesica in relazione alla scelta dell'impianto ideale, ai materiali restaurativi e anche al modo di ritenzione della protesi definitiva<sup>7</sup>.

L'evidenza ci dice che è importante la posizione dell'impianto, che il provvisorio è fondamentale sia per un aspetto legato al confort del paziente sia al concetto del condizionamento tissutale.

L'esigenza funzionale ci impone di studiare

una posizione implantare che possa rendere la parte protesica idonea a sviluppare una funzione rispettando tutti i parametri legati alla distribuzione del carico sull'impianto.

Inoltre, soprattutto in riabilitazioni estese e complesse il nostro obiettivo sarà quello di ottenere delle protesi avvitate che ci consentiranno un controllo e un mantenimento nel tempo ottimale.

Dobbiamo quindi essere in grado, una volta definita la posizione corretta dell'impianto, di trasferire tutto clinicamente e di realizzare una fase chirurgica che possa rispettare tale programmazione.

Voglio dunque ricavare dal progetto una dima chirurgica da utilizzare durante l'intervento: preparare il letto implantare e inserire l'impianto attraverso le guide consente di essere precisi e di realizzare l'intervento senza rischi.

La dima chirurgica è realizzata attraverso stampanti 3D che oggi sono diventate molto affidabili. Le dime prodotte vengono controllate e posizionate su modelli stereolitografici ricavati dall'estrapolazione dei file STL direttamente da CoDiagnostiX, il software di chirurgia computer assistita di Dental Wings. La dima chirurgica adattata sul modello ci consente di verificarne, attraverso le finestre di ispezione, la congruità. Se la dima è precisa sul modello allora possiamo pensare di poter utilizzare lo stesso principio subito dopo il posizionamento implantare.

L'idea DIL (Digital Immediate Load) nasce da questa riflessione: se la dima viene alloggiata correttamente sul modello stereolitografico, e se la stessa viene utilizzata per inserire gli impianti allora possiamo pensare di utilizzare subito dopo il posizionamento implantare una seconda dima senza boccole (Sleeve) che chiameremo dima protesica. Subito dopo la chirurgia possiamo inserire attraverso gli spazi guidati i transfert da impronta sugli impianti e bloccarli con della resina alla dima stessa. In questo modo possiamo evitare di rilevare una nuova impronta (sia analogica che digitale) che ci costringerebbe a realizzare un nuovo modello e soprattutto a rilevare una nuova dimensione verticale specialmente nei casi di arcate edentule. Alla dima con i transfert bloccati vengono collegati gli analoghi. Questa unione tra dima protesica, transfert e analoghi degli impianti inseriti rappresenta il cuore della tecnica DIL. Infatti questo assemblato chirurgico-protesico viene riposizionato sul modello digitale master iniziale. Gli analoghi vengono a loro volta bloccati con della resina. Otteniamo così un modello master affidabile con la posizione corretta degli impianti (tecnica DIL). Questo tipo di approccio è stato in passato utilizzato