Supplemento n. 1 di Cosmetic Dentistry - Anno I, n. 4

Vol. 1 • Gennaio 2013

implants

international magazine of oral implantology

1 2013

| research
Riabilitazione
di un caso complesso

| expert article
Impianti post estrattivi in siti infetti

| special
Incremento orizzontale

TUTTO EDITORIAL ORGANIZATIONS

dti Dental Tribune International

Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 1, DCB Torino - Contiene nserti pubblicitari

camlogacademy

II° SIMPOSIO
DI IMPLANTOLOGIA OSTEOINTEGRATA

MILANO
HOTEL MARRIOTT
4 – 5
OTTOBRE 2013

Coordinatore scientifico:
Carlo Maiorana

Comitato scientifico:
Dario Andreoni, Alfonso Baruffaldi, Mario Beretta, Marco Cicciù, Sergio De Paoli, Marco Finotti, Giulio Rasperini, Giano Ricci, Piero Simeone, Pascal Valentini, Mariano Sanz (CAMLOG Foundation member).

Presidenti di sessione e relatori:
Dario Andreoni
Alfonso Baruffaldi
Mario Beretta
S. Marcus Beschnidt
Marco Finotti
Pasquale Lacasella
Gregorio Laino
Carlo Maiorana
Carlo Poggio
Carlo Raimondo
Giulio Rasperini
Pascal Valentini
Piero Venezia

Con il patrocinio di:

camlogfoundation

Dipartimento di Scienze Clinico-Chirurgiche, Diagnostiche e Pediatriche
Sezione di Odontoiatria "S.Palazzi",
Università degli Studi di Pavia

Università di Corsica Pasquale Paoli

SICO
Società Italiana Specializzati in Chirurgia Odontostomatologica ed Orale

accademiaitalianacamlog@gmail.com | www.alta-tech.it

www.gratisdegrafica.it

Odontoiatria geriatrica, prossimamente negli studi

La popolazione anziana dei Paesi industrializzati aumenta e nei prossimi anni il processo d'invecchiamento demografico è destinato ad ampliarsi.

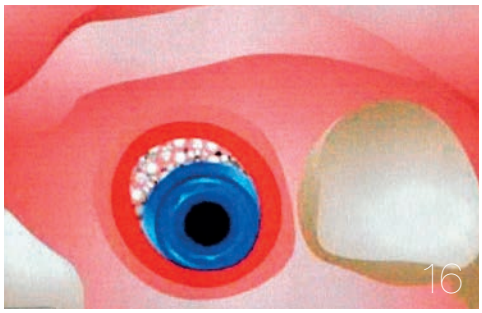
In Italia si sente parlare di odontoiatria geriatrica ma, di fatto, questa non è ancora una specializzazione riconosciuta. In alcuni Paesi, come Stati Uniti e Canada, invece, l'odontoiatria della terza età è una disciplina a tutti gli effetti, pensata per curare i pazienti del futuro.

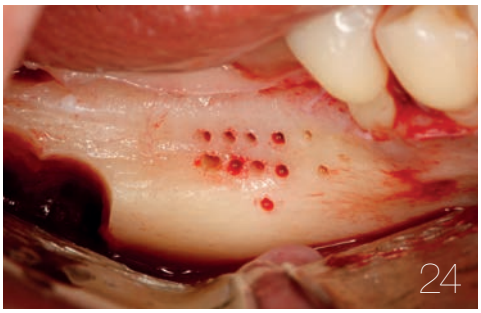
Accogliere in modo adeguato i pazienti anziani nel proprio studio significa essere preparati riguardo alle malattie che possono colpire più comunemente questo target, e conoscere i possibili legami con le patologie orali. È importante, quindi, far compilare una scheda clinica, dove verranno raccolte le informazioni sui farmaci che assume il paziente; essere chiari e disponibili nel colloquio preliminare al trattamento; studiare un programma di prevenzione su misura; non ultimo, curare la formazione del personale dello studio riguardo al rapporto da tenere con i pazienti anziani ed, eventualmente, avere qualche accorgimento in materia di allestimento/arredamento, per far sì che l'ambiente sia idoneo ad accogliere pazienti della terza età.

In altri Paesi europei ci sono già tante iniziative. Per esempio la DGZI, Società scientifica tedesca di implantologia, ha organizzato a Bonn un corso sull'odontoiatria geriatrica, in particolare sono state analizzate le principali patologie orali legate all'età, i relativi possibili trattamenti e gli effetti sugli impianti. È stata inoltre approfondita la relazione tra aspetti medico-nutrizionali e terapie implantari.

Se l'odontoiatria geriatrica è davvero un campo che si svilupperà in maniera importante nel prossimo futuro, sarebbe opportuno che gli odontoiatri si preparassero, oggi, ad affrontarla nel miglior modo possibile, con la consueta professionalità e qualità che caratterizza i professionisti italiani.

_La Redazione





editoriale

03 Odontoiatria geriatrica, prossimamente negli studi

l'intervista

_Sandro Palla

06 Corso di alta formazione in implantologia orale, la parola a Sandro Palla

_T. Testori

research

_case report

08 Riabilitazione di un caso complesso con impianti in zirconia

_A.E. Borgonovo, M. Dolci, R. Censi, O. Arnaboldi, V. Vavassori, C. Maiorana

expert article

_impianti post estrattivi

16 Impianti post estrattivi in siti infetti: un approccio clinico predicibile

_V. Ferri, F. Gelpi, G. Cannizzaro

special

_regeneration

24 Incremento orizzontale

_Istvan Urban

expert article

_CAD/CAM

28 La rivoluzione delle impronte su impianti Encode® restorative system

_F. Scutellà

research

_osteointegrazione

36 Impianti osteoinduttivi

_U. Ripamonti

eventi

44 _fatti e opinioni

aziende

46 _news

eventi

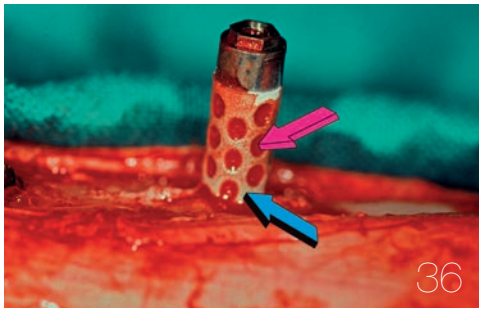
47 _Osteology

48 _formazione

l'editore

50 _gerenza

Immagine di copertina cortesemente concessa da MegaGen Italia S.r.l., *www.megagenitalia.it*



fai la presa giusta

ECCELLENZA italiana al giusto prezzo

EASYFOR Implants è un marchio *made in Italy*, che si differenzia dai prodotti low-cost, oggi ampiamente diffusi sul mercato implantare italiano, per la qualità del prodotto mantenendo un prezzo di vendita contenuto in rapporto alle più rinomate case produttrici.

- **UNICA** per disponibilità di prodotto, dal mini-impianto alla fixture zigomatica
- **SICURA** connessione conica e platform switching a garanzia di stabilità tra impianto-abutment-tessuto
- **PREDICIBILE** nel risultato
- **ERGONOMICA** ogni componente è studiato nei minimi particolari per facilitare il lavoro dell'equipe

SCONTI SU ACQUISTI ON-LINE.
SPEDIZIONE GARANTITA IN 36 ORE.

Easyfor D3-D4

Easyfor CONICO Per una connessione fixture-abutment affidabile, idoneo nei siti post estrattivi e a carico immediato.

Easyfor CILINDRICO Ottimo nei trattamenti all-on-four e nelle protesi removibili su impianti con barra di stabilizzazione con oltre il 98% di successo.

Easyfor D3-D4 La doppia filettatura a conicità progressiva condensa gradualmente l'osso, a trabecolatura spugnosa, durante l'inserimento.

EASYFOR IMPLANTS

Easyfor Srl | Tel. +39 331.455.32.35 | info@easyfor.it | www.easyfor.it

Corso di alta formazione in implantologia orale, la parola a Sandro Palla

Sandro Palla

Egregio professore, la ringrazio per il tempo che mi concede. Le rivolgerò alcune domande su argomenti di grande attualità in campo odontoiatrico e il cui contenuto sarà oggetto del suo intervento al Corso di alta formazione in implantologia orale.

Si sente spesso, e si legge anche su quotidiani e riviste varie, che modifiche dell'occlusione dentale possono avere un effetto benefico su disturbi posturali. Da quanto mi risulta, però, si tratta spesso di terapie alquanto costose.

Prima di rispondere vorrei sottolineare che l'odontoiatria è piena di teorie e/o dogmi basati su opinioni personali, nati da osservazioni cliniche su pazienti selezionati, mai provate con rigore scientifico. La valutazione delle osservazioni fatte sui pazienti del proprio studio, infatti, manca spesso di una condizione fondamentale, e cioè della consapevolezza che i propri pazienti non rappresentano la popolazione in generale e quindi i dati rilevati su tali soggetti non necessariamente sono riferibili all'intera popolazione. Ecco un esempio legato a un tema che verrà poi trattato nel corso: molti odontoiatri ritengono che una protesi fissa su impianti sia migliore di una protesi rimovibile su impianti o di una protesi amovibile. Ora, la letteratura dimostra che ciò non è vero. Questo pregiudizio è in gran parte dovuto a riflessioni personali su ciò che noi odontoiatri pensiamo che sarebbe la soluzione migliore per noi stessi.

Passando poi all'argomento occlusione, possiamo constatare che anche qui dominano molti pregiudizi. Ad esempio si continua a parlare di "malocclusione" come se ci fossero davvero un'occlusione "buona" e una "cattiva". In realtà la grande maggioranza della popolazione presenta un'occlusione che, secondo le definizioni odontoiatriche, rientrerebbe tra le forme di malocclusione. Tra questi soggetti, però, pochissimi hanno problemi dovuti all'occlusione. Molti preconcetti sull'occlusione sono nati da osservazioni cliniche in cui si è rilevato che in certi pazienti gli interventi sull'occlusione possono dare origine a vari sintomi e così, utilizzando il nesso causa-effetto, si è concluso che l'alterazione occlusale fosse stata la causa scatenante della sintomatologia. Sarebbe stato molto più importante chiedersi perché la maggior parte dei pazienti si adatta ad alterazioni occlusali mentre una piccola percentuale non si adatta. Questo tema verrà trattato dettagliatamente durante il mio intervento.

Ricordo a tutti che la chiave dell'evoluzione e della sopravvivenza delle varie specie è legata alla capacità di adattamento ai cambiamenti a cui l'organismo è continuamente soggetto. Ciò deve evidentemente valere anche per l'occlusione. Ritornando alla sua domanda: se occlusione e postura si influenzino a vicenda? Posso confermarle che ciò è attualmente di alta rilevanza clinica in quanto spesso vengono eseguiti interventi occlusali invasivi e irreversibili partendo dal presupposto che l'occlusione influenza la postura. È evidenza come il corpo umano non funzioni a distretti funzionalmente indipendenti l'uno dall'altro e questo vale anche per la relazione con il sistema masticatorio. Sappiamo, ad esempio, che variazioni statiche della posizione della testa sono accompagnate da cambiamenti della posizione posturale della mandibola e che l'apertura della mandibola è accompagnata da una retroflessione della testa. Alcuni studi con pedana stabilometrica hanno dimostrato che la stabilità dell'individuo nella posizione eretta può alterarsi cambiando l'occlusione. Queste osservazioni non permettono comunque di dedurre che certe forme di occlusione causino necessariamente problemi posturali e viceversa, soprattutto perché si tratta quasi esclusivamente di osservazioni derivate da esperimenti in cui i cambiamenti occlusali/posturali vengono valutati immediatamente dopo la modifica della postura/occlusione. Manca, quindi, la valutazione su come e se il corpo si adatti alle modifiche introdotte sperimentalmente. Una descrizione delle evidenze scientifiche a favore o contro l'esistenza di una relazione clinicamente valida tra occlusione e postura richiederebbe troppo spazio in questa sede, ma l'argomento verrà discusso durante la giornata.

Professore, potrebbe fornire chiarimenti su se e quanto sia importante una corretta terapia gnatologica pre e post terapia implanto-protesica?

La mancanza dei recettori parodontali e di una mobilità dell'impianto fa spesso ritenere che la ricostruzione su impianti richieda delle norme gnatologiche differenti rispetto alla ricostruzione su denti. Non si deve dimenticare, però, che dal punto di vista neurofisiologico altri recettori possono

compensare la mancanza dei recettori parodontali e che questi sono particolarmente importanti nella fase di apprendimento funzionale, cioè fino alla memorizzazione dei programmi motorii. Non si potrebbe altrimenti spiegare come pazienti portatori di protesi totale abbiano una masticazione quasi normale. Ne consegue che una ricostruzione su impianti non si differenzia da una ricostruzione su denti naturali per quanto riguarda la necessità di una terapia "gnatologica" pre o post trattamento implanto-protesico. La necessità di un pretrattamento dipenderà innanzitutto dal tipo di ricostruzione e cioè se si tratterà di una ricostruzione in occlusione abituale o in relazione centrica. Nel primo caso, un pretrattamento non è quasi mai indicato. Nel secondo caso, è sempre indicato quando le condizioni del sistema masticatorio non permettono di determinare la corretta relazione maxillo-mandibolare verticale e/o orizzontale in cui fare la ricostruzione. Un pretrattamento sarà pure indicato in pazienti con una mioartropatia del sistema masticatorio, ma in questo caso non sarà una terapia gnatologica e di questo parleremo poi. Una terapia gnatologica post trattamento implanto-protesico non è mai indicata se la ricostruzione è stata eseguita in assenza di disturbi funzionali che, come ho appena detto, devono essere affrontati prima del trattamento stesso.

Infine, un'ultima domanda. Potrebbe dirci se esistono pazienti a cui è preferibile non fare un trattamento implanto-protesico?

Ritengo che le maggiori controindicazioni a questa terapia siano di origine medica e cioè legate allo stato di salute del paziente, ma si devono valutare anche la situazione psicologica e le condizioni economiche. Per quanto riguarda il fattore psicologico va ricordato che non bisognerebbe mai cercare di convincere un paziente a eseguire una terapia sulla quale manifesti forti dubbi. Spesso si sente affermare che il bruxismo rappresenterebbe una controindicazione all'implantologia in quanto potenziale causa di aumento del rischio di insuccesso. Purtroppo manca l'evidenza scientifica su questo punto: non conosco, infatti, lavori scientifici in cui si siano effettivamente misurate la presenza e la quantità di bruxismo in pazienti con insuccessi implantari. Da un punto di vista, puramente biomeccanico, l'ipotesi potrebbe sembrare corretta ma il problema è che vi sono pregiudizi o erronee opinioni sulla durata del bruxismo. Qualora si temesse di avere in cura un paziente affetto da bruxismo basterebbe misurare l'attività con apparecchi elettromiografici in commercio o con l'inserzione di una placca occlusale.

Egregio professor Palla, la ringrazio per il tempo che mi ha concesso e ritengo di poter rassicurare i partecipanti all'evento che gli argomenti, brevemente trattati in questa intervista, saranno discussi in dettaglio e con evidenza scientifica durante il suo corso.

_Tiziano Testori

TePe®
We care for healthy smiles

I giusti strumenti per un'adeguata pulizia degli impianti.

1 paziente su 5 dopo 10 anni sviluppa perimplantite.
Il successo della terapia implanto-protesica 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

AD1209/IT

Riabilitazione di un caso complesso con impianti in zirconia

Autori_A.E. Borgonovo, M. Dolci, R. Censi, O. Arnaboldi, V. Vavassori & C. Maiorana, Italia

_Web Article

Questo articolo è presente sul sito www.dental-tribune.com

_Introduzione

Per diversi decenni, gli impianti dentali sono stati ampiamente utilizzati nella pratica clinica per le riabilitazioni di edentulie singole e multiple a livello dei mascellari con ottimi risultati. Visti i risultati ottenuti, l'implantologia ha suscitato un grande interesse nell'ambito della ricerca e, in particolare, numerosi studi sono stati indirizzati al miglioramento delle tecniche implantari[1,2]. Il titanio rappresenta il materiale maggiormente utilizzato per la realizzazione degli impianti dentali, in quanto presenta ottime proprietà tra cui la biocompatibilità[3,4]. Tuttavia, poiché il titanio si presenta di colore grigio, nella riabilitazione dei settori anteriori dei mascellari, possono sorgere problematiche estetiche.

Per questo motivo, sono stati realizzati nuovi materiali, come gli abutment in ceramica[5,6] (zirconia) e i manufatti protesici metal free[7,8] al fine di garantire migliori risultati estetici.

L'uso di questi materiali, soprattutto in ambito protesico, ha già infatti dimostrato risultati predicibili. Ci sono, tuttavia, alcuni casi in cui a causa delle caratteristiche tissutali individuali (biotipi sottili) o per lo scorretto posizionamento tridimensionale dell'impianto, il solo utilizzo di abutment o corone in zirconia non è sufficiente per ottenere un buon risultato estetico[9,10].

Molti autori[11] hanno tentato di risolvere

Fig. 1_Visione clinica preoperatoria.

Fig. 1

queste problematiche rivestendo gli impianti in titanio con materiali come ZrO_2 e Al_2O_3. Tuttavia, sebbene la diffusione dei rivestimenti sia aumentata, il loro uso è ancor oggi controverso. A tal proposito, sono sorti dei dubbi relativi alla possibilità di dissoluzione e frammentazione dei rivestimenti, allo stesso modo è stata descritta la possibilità di distaccamento dei rivestimenti dalla superficie metallica, fenomeno definito "delaminazione".

Per migliorare l'integrazione estetica degli impianti con i tessuti, gli impianti realizzati in Al_2O_3 sono stati testati in diversi studi clinici fin dagli anni Settanta. Questi impianti sono stati commercializzati in Francia, Germania, Giappone e negli Stati Uniti. Tra tutti, gli impianti Tubingen sono probabilmente gli impianti in ceramica più famosi[12]. Questi impianti sono stati però precocemente abbandonati per vari motivi tra cui le frequenti fratture implantari, la mobilizzazione degli impianti, la perdita di osteointegrazione e il riassorbimento osseo perimplantare. La maggior parte dei problemi insorti a seguito dell'utilizzo degli impianti Tubingen, può essere ricondotta alle insufficienti caratteristiche meccaniche di Al_2O_3[13,14]. Più recentemente, è stato introdotto l'ossido di zirconia (ZrO_2) che vanta buone proprietà meccaniche, alta biocompatibilità e ottime caratteristiche estetiche. Tuttavia, circa gli impianti in zirconia, esistono solo pochi studi relativi al loro uso clinico[15,16], sebbene l'ossido di zirconia sia stato ampiamente studiato e documentato in ambito protesico.

L'obiettivo di questo lavoro è quello di presentare un caso clinico di riabilitazione implanto-protesica complessa, realizzata mediante l'uso di impianti in zirconia e con follow-up a 5 anni.

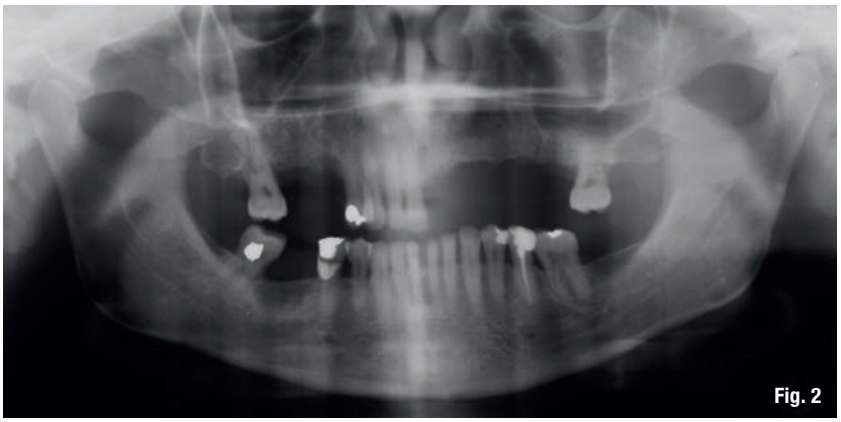


Fig. 2

Fig. 2_Radiografia preoperatoria.

_Case report

Presso il Dipartimento di Chirurgia orale della Clinica odontoiatrica, Università degli Studi di Milano, si è presentato alla nostra attenzione un paziente di sesso maschile, di 55 anni con edentulia parziale a livello del mascellare superiore per la mancanza degli elementi dentari compresi da 21 a 26. Il paziente, in anamnesi, non presentava patologie sistemiche e risultava non fumatore. Dal colloquio con il paziente, si è rilevato che la perdita degli elementi dentari è avvenuta in seguito ad un'insufficiente cura della salute orale da parte del paziente, dovuta a difficoltà economiche. Dopo le sedute di igiene orale professionale, il paziente è stato rivalutato per meglio definire il piano di trattamento implanto-protesico.

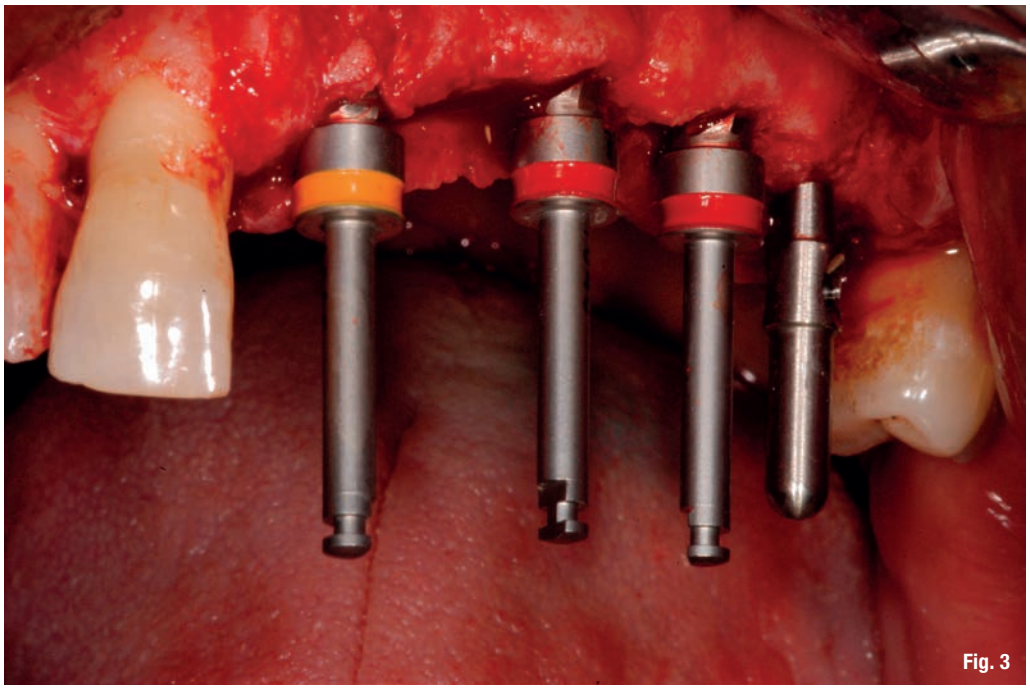


Fig. 3

Fig. 3_Preparazione dei siti implantari.