

IMPLANT TRIBUNE

The World's Newspaper of Implantology · Italian Edition

Marzo 2022 - anno XI n. 1 - Supplemento n. 2 di Dental Tribune Italian Edition - Marzo 2022 - anno XVIII n. 5

www.dental-tribune.com

AD

3i T3 IMPLANT™ BIOMET 3i

IL PRIMO IBRIDO TRIFUNZIONALE

LA PRIMA SUPERFICIE NANOTECCNOLOGICA
con cristalli DCD per sviluppare un alto livello di BIC nelle prime due settimane (70-80%)
Valore Medio Complessivo Sa 1,2 µm
T¹ Tecnologia Bone

IL PRIMO IBRIDO DI NUOVA GENERAZIONE
per contrastare efficacemente la perimplantite
Valore Medio Complessivo Sa 0,3 µm
T² Tecnologia Safe

LA PRIMA CONNESSIONE CON 3 LIVELLI DI INGAGGIO
per una tenuta a prova di test
T³ Tecnologia Connection

BIOMAX
avere cura
www.biomax.it

L'INTERVISTA Nasce SIPRO: il futuro della protesi	2
NEWS & COMMENTI Le malattie perimplantari: prevenire è meglio di curare	3
MEETING & CONGRESSI IAO a Cortina: un'esperienza suggestiva per igienisti e odontoiatri tra neve e aggiornamento scientifico	4
L'INTERVISTA Il frenulo nei pazienti pediatrici: una controversia da non temere più	5
SPECIALE REGENERATION Aumento della cresta alveolare con tecnica "bone into bone": analisi istomorfometrica	8
PRATICA & CLINICA Il grande rialzo del seno mascellare: tecniche a confronto e come limitare le complicanze	10

AD

TRECCHI HUMAN ACADEMY bti. Biotechnology Institute

CORSO DI TECNICHE CHIRURGICHE IMPLANTARI SU PREPARATI ANATOMICI UMANI

Cremona, 6-7 aprile 2022
Sede corso: Palazzo Trecchi - Cremona
Responsabile Tecnico Scientifico: Dott. Marco Mozzati
Docenti: Dott. Marco Mozzati e Dott. Renato Pol

CADAVER LAB **23,4 Crediti ECM**

Iscrizione: info@trecchihuman.com · www.trecchihuman.com

Superfici implantari evolute: un case report

Manuel Francesconi

Introduzione
La terapia impianto protesica oggi rappresenta la prima scelta nella sostituzione di uno o più elementi dentari irrimediabilmente compromessi. Le crescenti richieste estetiche, di contrazione dei tempi e di risultati stabili nel tempo, hanno portato le aziende e la ricerca al continuo sviluppo di superfici e geometrie sempre più performanti al punto che negli ultimi anni il dibattito su quelle che siano le più corrette da utilizzare è diventato sempre più acceso.

> pagina 12

Toronto a carico immediato: un nuovo modo di interpretare vecchi concetti ottenendo il massimo da ognuno di essi

Fabrizio Dell'Innocenti, Massimiliano Pisa

In questo articolo vogliamo illustrare mediante la descrizione di un caso clinico esemplificativo il nostro protocollo di carico immediato per protesi avvitate tipo Toronto.



> pagina 6

btk (3) Implanting Trust, Smile Again!

IS+

+ SEMPLICE
+ STABILE
+ VERSATILE

Scopri lo su btk.dental Guarda subito

AD

Nasce SIPRO: il futuro della protesi

La Società Italiana di Protesi Dentaria e Riabilitazione Orale (SIPRO) nasce con l'obiettivo di modificare il rapporto tra le società scientifiche e il mondo odontoiatrico e con il focus di supportare le nuove generazioni nelle singole attività della loro vita professionale per accrescerne le loro capacità. Tra i "padri" fondatori, nonché attuale Presidente, troviamo la dott.ssa Costanza Micarelli a cui rivolgiamo alcune domande in merito alla nascita di questa nuova società scientifica.

Dott.ssa Micarelli, ci potrebbe prima di tutto illustrare quali sono stati i motivi che vi hanno spinti a creare questa nuova Società?

In un mondo già in fase di rapida evoluzione il Covid-19 ha accelerato una trasformazione che ha investito tutto e tutti. L'intuizione che già in passato avevamo condiviso con il gruppo di colleghi che ha contribuito alla fondazione di SIPRO è diventata improvvisamente una necessità: affrontare il cambiamento facendo "squadra", riunendo ogni esperienza e provenienza professionale all'insegna della massima inclusività per aiutare i colleghi, soprattutto i più giovani, a cogliere le nuove opportunità che le tecnologie ci offrono. I motivi della fondazione di SIPRO si trovano nelle nostre parole chiave, le parole che ci descrivono: inclusività, scientificità, pragmatismo, condivisione, evoluzione, mentorship. Per poter arrivare a concretizzare tutto questo serviva una realtà completamente nuova e del tutto libera di pla-

smarsi secondo il momento presente, guardando a viso aperto il futuro. Quello che ci colpisce nel nome è l'introduzione del concetto di riabilitazione orale.

Può approfondirci la filosofia e i valori che vi siete dati?

Crediamo che la disciplina protesica sia quella che maggiormente guarda al paziente nella sua totalità, potendosi inoltre articolare su diversi fronti, dalla protesi rimovibile a quella su impianti, dai restauri adesivi alle riabilitazioni su pilastri naturali o in pazienti trattati dal punto di vista parodontale. Il protesista è colui che chiude il cerchio del piano di trattamento, è dunque il responsabile iniziale e finale di ogni procedura, ed è necessario che abbia una visione completa di tutte le fasi. Inoltre sempre più abbiamo dimostrazioni di come una corretta riabilitazione della funzione orale sia fondamentale nel mantenimento dell'integrità del paziente nel suo complesso. Dalle riabilitazioni più semplici alle più complesse

ogni tipo di terapia protesica deve essere ispirato alla cura del paziente nella sua totalità, ivi comprese le necessità socioeconomiche, ed in questo senso il digitale correttamente conosciuto ed interpretato è in grado di semplificare le terapie e di aiutare il clinico ed il tecnico ad avere una visione completa del paziente. Nei primi passi che la Società ha mosso nel panorama odontoiatrico si nota una particolare attenzione per i giovani.

Ci potrebbe dire qualcosa di più a riguardo?

Crediamo che la linfa di una società scientifica debbano essere i soci più giovani, soprattutto in un contesto di forte innovazione, come quello attuale. Ai più giovani è deputata la cura dei pazienti di oggi e di domani, e a loro va dedicata la massima energia associativa ed attenzione. Con l'idea che l'odontoiatria possa essere alla portata di tutti, SIPRO si propone come guida 365 giorni l'anno, costruendo un percorso continuativo e costante che ac-



compagni il socio per diverso tempo. Vogliamo inoltre che i nostri giovani diventino i leader di domani, e per far questo bisogna cominciare da subito a dar loro responsabilità e ruoli operativi, e la giusta visibilità: solo così si garantisce la longevità di una associazione e in definitiva il futuro della professione.

Quali sono i vostri programmi formativi per i prossimi anni?

Sicuramente continueremo nel solco della massima concretezza, articolando i programmi formativi, come abbiamo fatto per il 2022, su due pilastri: da un lato una solida e ampia offerta online riservata ai nostri soci e rivedibile per tutto l'anno, dall'altro una formazione in presenza basata sul congresso e sul corso di protesi digitale. Il tutto ispirato al pragmatismo: crediamo nella necessità che ogni attività formativa sia improntata alla trasmissione di informazioni pratiche, attuali ed attuabili, dai piani di trattamento più sofisticati a quelli più semplici. I percorsi didattici comprenderanno ogni volta che sarà possibile una parte pratica per confermare le nozioni apprese.

Ci può dare qualche anticipazione sul vostro primo Congresso?

Il nostro primo Congresso Nazionale si terrà il 27-28 maggio al centro di Roma, in un luogo di grande fascino e facilissima accessibilità, ad un passo da piazza Venezia e dalla stazione Termini. Un congresso pensato per tutti, giovani e meno giovani, per favorire anche un'esperienza di socialità perché soprattutto dopo questi anni di isolamento crediamo che ci sia bisogno di ritrovarsi possibilmente in un clima sereno, anche se purtroppo il contesto internazionale sereno non è. Vorremmo comunque che questo evento rappresentasse oltre ad un momento di alto valore scientifico e culturale, anche un evento aggregante per i soci e per tutti quelli che parteciperanno, sia clinici che tecnici che anche i nostri partner editoriale ed aziendali, per parlare di tutto quello che ruota attorno al titolo del congresso: "IL FUTURO DELLA PROTESI". Relatori italiani ed internazionali focalizzati su un solo obiettivo: cosa faremo domani nei nostri studi e nei nostri laboratori per ottimizzare, migliorare, innovare. Massima qualità e massima fruibilità, questo il nostro motto per il congresso e per tutti gli eventi SIPRO.

Tutte le informazioni sul sito www.siprotesi.it

Redazione Dental Tribune Italia

IMPLANT TRIBUNE
The World's Newspaper of Implantology - Italian Edition

PUBLISHER AND CHIEF EXECUTIVE OFFICER - Torsten R. Oemus

CHIEF CONTENT OFFICER - Claudia Duschek

DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL GMBH

Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany

Tel.: +49 341 48 474 302 | Fax: +49 341 48 474 173

General requests: info@dental-tribune.com Sales

requests: mediasales@dental-tribune.com

www.dental-tribune.com

Material from Dental Tribune International GmbH that has been reprinted or translated and reprinted in this issue is copyrighted by Dental Tribune International GmbH. Such material must be published with the permission of Dental Tribune International GmbH. *Implant Tribune* is a trademark of Dental Tribune International GmbH.

All rights reserved. © 2022 Dental Tribune International GmbH. Reproduction in any manner in any language, in whole or in part, without the prior written permission of Dental Tribune International GmbH is expressly prohibited.

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

IMPLANT TRIBUNE ITALIAN EDITION
Anno XI Numero 1, Marzo 2022

SUPPLEMENTO N. 2
di **DENTAL TRIBUNE ITALIAN EDITION**
ANNO XVIII n. 3

MANAGING EDITOR

Patrizia Gatto
[\[patrizia.gatto@tueorservizi.it\]](mailto:patrizia.gatto@tueorservizi.it)

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

P. Bianucci, F. Dell'Innocenti, M. Francesconi, P. Gatto, M. A. Lopez, V. Magnano, P. C. Passarelli, M. Pisa, A. Sironi, T. Testori.

REDAZIONE ITALIANA

Tueor Servizi Srl - redazione@tueorservizi.it
Coordinamento: Adamo Buonerba
C.so Enrico Tazzoli 215/13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675

GRAFICA - Tueor Servizi Srl

GRAPHIC DESIGNER - Giulia Corea

STAMPA

Musumeci S.p.A.
Loc. Amérique, 97 - 11020 Quart (AO)
Valle d'Aosta - Italia

COORDINAMENTO DIFFUSIONE EDITORIALE
ADDRESSVITTI srl

PUBBLICITÀ

Alessia Murari
[\[alessia.murari@tueorservizi.it\]](mailto:alessia.murari@tueorservizi.it)

UFFICIO ABBONAMENTI

Tueor Servizi Srl
C.so Enrico Tazzoli 215/13
10137 Torino
Tel.: 011 3110675
Fax: 011 3097363
segreteria@tueorservizi.it

Copia singola: euro 3,00



IMPLANT 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.

Per un mantenimento implantare di successo

Per soddisfare ogni necessità, scopri l'ampia gamma di scovolini e spazzolini speciali sostenibili TePe. Accompagna i tuoi pazienti anche a casa consigliando loro i prodotti giusti.



TePe



Una scelta che conta

Da sinistra a destra:

TePe Special Care™

TePe Universal Care™

TePe Implant Orthodontic™

f in
www.tepe.com

Made in Sweden

Le malattie perimplantari: prevenire è meglio di curare

Ho deciso di dedicare quest'articolo a una tematica di grande attualità: la perimplantite! Nel mondo vengono posizionati circa 12 milioni di impianti all'anno e attualmente le malattie perimplantari, descritte per la prima volta durante il Workshop Europeo di Parodontologia nel 1993, rivestono un reale problema medico per l'importante impatto sulla popolazione in termini di costi biologici e finanziari. Per capire la portata del problema, in una recente revisione sistematica, la prevalenza della perimplantite a livello dei pazienti variava dall'1 al 47%. Ad oggi, non vi è consensus su quale sia il protocollo di trattamento ottimale, rendendo pertanto difficile suggerire quali strategie terapeutiche siano le più efficaci per il trattamento delle lesioni perimplantari, in base alla loro morfologia, estensione e severità. Inoltre, molte volte, anche dopo terapia chirurgica, si assiste a una recidiva della malattia e questo crea sconforto a livello dei pazienti. Rispetto alla patologia parodontale, le malattie perimplantari presentano alcune differenze sostanziali sia dal punto di vista anatomico e strutturale che per quanto riguarda l'onset e il pattern della malattia stessa. I dati e le nostre esperienze cliniche hanno evidenziato come la progressione della perimplantite sia più veloce di quella osservata nella parodontite. Le principali armi che abbiamo per contrastarla sono rappresentate da un attento e personalizzato programma di mantenimento parodontale unito a tre fattori: diagnosi accurata e precoce, unita a un'attenta scelta del sistema implantare utilizzato. Un ruolo molto importante riveste la protesi che deve essere eseguita "lege artis". Alcuni lavori scientifici evidenziano come la malattia perimplantare, in molti casi clinici, sia iatrogena, causata da protesi che non possono essere mantenute dal paziente dalle normali procedure di igiene orale domiciliare. A tal proposito penso che questo sia uno dei fattori più importanti da tenere in considerazione: ricordiamoci che il progetto protesico precede il progetto chirurgico e si può con un'attenta pianificazione prevedere il grado di mantenibilità delle future protesi implantari. È importante attribuire a ogni singolo paziente un profilo individualizzato valutando i rischi sistemici e locali; questo ci permette di classificare i pazienti in fasce di rischio e scadenziare la frequenza dei richiami in base alla sua condizione specifica. Tuttavia, recenti linee guida delle più prestigiose Società italiane e internazionali che si interessano di implantologia, sot-

to lineano come una frequenza di richiamo ogni 3-4 mesi nel primo anno sia il protocollo più attuale e suggerito. Successivamente la cadenza dei richiami può essere stabilita in base alla risposta individuale e alla compliance del

paziente. Il vecchio motto "prevenire è meglio di curare" è sempre di grande attualità.

Tiziano Testori



© Testori

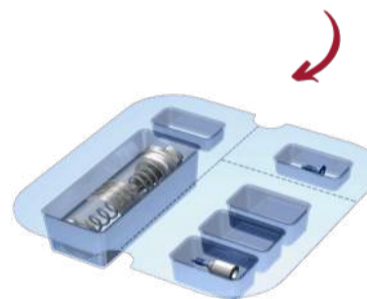


Neoss ProActive® Straight Ø3.25

L'impianto di diametro ridotto progettato sia per denti singoli che per ponti^{2,3}



Fornito sempre con pilastro di guarigione e vite di copertura.



- ✓ **Resistenza** - Uno degli impianti stretti più resistenti sul mercato.¹
- ✓ **Eccellente stabilità** - Anche in siti compromessi.^{2,3}
- ✓ **Carico immediato** - Può essere caricato subito dopo l'inserimento.^{2,3}

Risultati eccellenti a lungo termine per i tuoi pazienti

Referenze

1. Neoss fatigue strength data on file.
2. Vanden Bogaerde, L., et al., Immediate Function of 3.25 mm Diameter Implants in Aesthetic Regions. An 18-month Clinical, Radiographic and Resonance Frequency Analysis (RFA) Study. J Dent Maxillofacial Res, 2019. 2(2):1-6.
3. Andersson, P., et al., A retrospective analysis of the use of 3.25 mm Neoss ProActive implants for single tooth replacements and short bridges following both immediate and conventional loading protocols. Letters Implant Dent, 2017. 1: p. 27-30.

neossitalia.it

Intelligent Simplicity

Neoss Italia T 02 92 95 21 E neossitalia@neoss.com

IAO a Cortina: un'esperienza suggestiva per igienisti e odontoiatri tra neve e aggiornamento scientifico

È la suggestiva cornice dolomitica di Cortina d'Ampezzo la meta scelta per il primo incontro del nuovo programma culturale "We are purple 2022", emergente progetto interamente dedicato alla formazione degli igienisti dentali targato IAO. Un weekend formativo con contenuti scientifici di spessore, alternato a momenti ludici tra colleghi e amici. La giornata di Venerdì 28 Gennaio è

iniziata con un caloroso benvenuto del Prof. Giovanni Zucchelli, grande sostenitore del prezioso lavoro svolto dagli igienisti dentali e del loro ruolo fondamentale all'interno del teamwork odontoiatrico, per poi lasciare spazio alla magistrale relazione del dott. Ghensi. Autore di più di 40 pubblicazioni su riviste nazionali e internazionali, Paolo Ghensi ha evidenziato il ruolo del microbiota

orale nelle mucositi e nelle peri-implantiti e insieme ai Professori Cristiano Tomasi ed Eriberto Bressan, autorevoli pilastri clinici e scientifici, sono stati forniti tutti gli elementi utili per costruire un protocollo clinico e per impostare un articolo scientifico. L'interessante dibattito e il confronto di quel pomeriggio hanno permesso ai partecipanti di affrontare diversi argomenti e chiarire dubbi, grazie al supporto di queste importanti personalità.

A conclusione della giornata, un divertente aperitivo tra risate e piacevoli conversazioni e poi tutti in baita a gustare una fantastica cena a base di specialità del luogo. La stanchezza però non ha fermato gli animi dei numerosi partecipanti che, sazi di sapere e di buon cibo, hanno utilizzato le ultime energie rimaste per qualche passo di danza e chiacchiere in compagnia.

La mattina di Sabato 28 è iniziata molto presto... un caffè al volo, sci in spalla e la voglia di godere di quel sole fantastico a tutta velocità sulle

meravigliose piste innevate. Ci si ritrova poi dopo pranzo per la sessione congiunta Odontoiatri e Igienisti, in cui il Dott. Mario Gisotti spiega l'importanza della perio-organizzazione dello studio odontoiatrico nel paziente candidato all'implantologia, valorizzando il lavoro sinergico del chirurgo e dell'igienista dentale. Seguono due discussioni di casi clinici con gli emergenti odontoiatri NextGen, moderati dal Prof. Bressan e dal Prof. Tomasi, in cui tante sono le domande, le volontà di confronto e gli spunti di riflessione. Al termine di una giornata ricca di divertimento ma anche di approfondimento, ci si ritrova a gustare nuovamente pietanze locali in un contesto magico e solitario.

Le stelle sono infinite, le Dolomiti così maestose e imponenti si intravedono appena nella notte e così, tra risate e buon cibo, si conclude un weekend divertente e istruttivo in cui ci si è ritrovati con colleghi e si sono create nuove amicizie.

Questo progetto organizzato dal

direttivo IAO e dal Board Igienisti è stato un incredibile successo che ha permesso di confermare quanto la passione per il proprio lavoro possa unire diverse personalità e diversi ruoli.

Vi aspettiamo con numerose sorprese durante tutto il 2022 ma soprattutto il 7 e l'8 Ottobre a Bologna con il 5° Congresso internazionale IAO "The Nightmare of Perimplant Papilla", in cui nella giornata del Sabato ci sarà una sessione specifica per gli Igienisti dentali con relatori di grande fama.

Chiedi alla segreteria organizzativa i vantaggi associati all'iscrizione annuale e godiamoci insieme la fantastica programmazione 2022.

Per info e iscrizioni:
www.iao-online.it.
Oppure scrivi a:
iao@mvcongressi.it

Alessandra Sironi



SWEDEN & MARTINA Sweden & Martina International Symposium: i 50 anni dell'azienda italiana che ha fatto la storia dell'implantologia

L'evento aziendale più atteso del panorama implantologico italiano torna in presenza con una formula interamente rinnovata: il primo International Symposium Sweden & Martina, un grande congresso multidisciplinare, per raccogliere intorno a sé i professionisti di tutte le discipline odontoiatriche offrendo loro un programma con diverse sessioni parallele ricco di spunti e di novità.

La sessione di implanto-protesi, cuore pulsante dei congressi Sweden & Martina, lascia anche quest'anno ampio spazio alla chirurgia ricostruttiva e alla parodontologia, per essere un momento di significativa condivisione dell'esperienza clinica maturata soprattutto sugli impianti Prama da professionisti e centri di eccellenza italiani ed europei. In sinergia con i concetti presentati ai clinici, si svolge anche la sessione de-

dicata agli odontotecnici, per massimizzare i risultati ottenuti dal team odontoiatrico in modo semplice e ripetibile. Per la prima volta a questo programma si affiancano la sessione di endodonzia, che rivede la pluridecennale esperienza Mtwo con un taglio molto attuale, e quella di ortodonzia fissa e invisibile, dedicata alle nuove soluzioni ortognatodontiche e agli allineatori F22. Anche in questo campo verranno presentate molte novità di approccio, in particolare dedicate all'età evolutiva.

L'appuntamento è a Padova dal 23 al 25 giugno, nella nuovissima cornice del polo congressuale Padova Congress, opera del noto architetto giapponese Kengo Kuma. Oltre all'alta valenza artistica, che esprime contemporaneità ed evoluzione, la nuova location del simposio è stata scelta perché è dotata delle più ag-

giornate facilities tecnologiche per garantire ai partecipanti un'esperienza congressuale all'insegna del comfort.

Come tradizione, il congresso prevede anche una cena di gala nel parco di Sweden & Martina, che promette di essere ancora più strabiliante delle edizioni precedenti perché sarà l'occasione per festeggiare i 50 anni dell'azienda: una serata che resterà nella memoria di tutti i partecipanti.

Per vedere il programma scientifico del corso pregressuale e delle diverse sessioni del congresso scansiona il QR code.

Sweden & Martina SpA
Via Veneto, 10
35020 Due Carrare (PD), Italia
Tel: +39 049.91.24.300
info@sweden-martina.com



Il frenulo nei pazienti pediatrici: una controversia da non temere più

Intervista al Prof. Enzo Rossi

Il Prof. Enzo Rossi, chirurgo orale che collabora molto con ortodontisti e specialisti delle cure in età evolutiva, ha tenuto una relazione molto interessante in occasione del 9° Congresso dell'Istituto Stomatologico Toscano tenutosi gli scorsi 18 e 19 febbraio. Si parla molto del frenulo: può approfondirne l'eziologia, la diagnosi e soprattutto la terapia, quando farla e come farla?

La chirurgia pediatrica è già di per sé una chirurgia che ha bisogno di tanta conoscenza e non deve mai essere confusa con una chirurgia minore, anzi necessita di maggiore attenzione e competenza. L'approccio fondamentale si deve basare anche sulla comunicazione con il bambino, affrontando le sue fobie come per l'anestesia e l'ago. Le circostanze cambiano in modo favorevole quando il dentista e il chirurgo sono in grado di comunicare con il paziente e conquistare la sua fiducia. A proposito del frenulo l'argomento è estremamente controverso, specialmente il frenulo labiale superiore.

Per quanto riguarda il frenulo linguale, che determina anche l'anchiloglossia, quindi l'incapacità di protudere la lingua e riuscire a parlare con proprietà nel linguaggio, la controversia è minore e conosciamo già tempi e modi di trattamento. Le nuove tecnologie più avanzate, ora, permettono una chirurgia con gold standard, come per esempio la chirurgia con il laser al posto dell'uso del bisturi tradizionale in cui il sanguinamento era la complicazione più importante.

Si è detto che il trattamento del frenulo dovrebbe avvenire dopo che sia terminata la chiusura del diastema degli incisivi superiori. Le risulta questo?

Sì, sicuramente si procede alla frenulectomia non più in modo sistematico ma rispettando i tempi. Si deve attendere l'eruzione del canino per permettere una corretta diagnosi e poi il tipo di intervento sarà specialmente per scongiurare quelle che possono essere le complicazioni soprattutto di carattere parodontale.

Possiamo dire che rimarremo sempre un po' in dubbio se è nato prima l'uovo o la gallina, ovvero se è il diastema a creare il frenulo o è il frenulo a mantenere il diastema?

Senza dubbio. Nella mia relazione al congresso l'ho sottolineato più volte. Abbiamo tratto tante con-

siderazione dagli studi sugli stadi dell'evoluzione dei denti permanenti: rimane solo la scelta, individuale su singolo paziente, se

operare il frenulo prima o dopo l'ortodonzia.

Patrizia Biancucci







SOLO VERI SORRISI.

Leone S.p.a.
Via P. a Quaracchi 50
50019 Sesto Fiorentino | Firenze | Italia

Ufficio Vendite Italia:
tel. 055.3044600 | fax 055.374808
italia@leone.it | www.leone.it



Ortodonzia e Implantologia

Toronto a carico immediato: un nuovo modo di interpretare vecchi concetti ottenendo il massimo da ognuno di essi

Fabrizio Dell'Innocenti*, Massimiliano Pisa**

*Odontoiatra, libero professionista a Ponsacco (PI)

**Odontotecnico, titolare Laboratorio Dental Giglio, Firenze (FI)

< pagina 1

Materiali e metodi

La paziente di sesso femminile di 63 anni si è rivolta a noi per riabilitare l'arcata superiore con una soluzione protesica fissa. Durante la prima visita si eseguono delle foto iniziali (Fig. 1), RX OPT, TAC CBCT e le prime impronte sia dell'arcata da trattare che dell'arcata antagonista. La registrazione del rapporto oclusale viene effettuata con Stone Byte. Dopo una prima analisi della situazione clinica e radiografica si illustrano alla paziente le opzioni possibili e si decide, di comune accordo, per una protesi avvitata tipo Toronto a carico immediato.

Pianificazione

Con il software della CBCT viene progettato il posizionamento di cinque impianti nelle posizioni 15, 13, 21, 22, 25 inclinando i due impianti distali lungo la parete dei seni mascellari (Fig. 2). Questo studio iniziale software-assistito ci sarà di grande aiuto anche se non tradotto in una dima chirurgica per implantologia guidata.

Nel laboratorio odontotecnico vengono messi in articolatore i modelli iniziali e si esegue uno studio del caso con Digital Smile Design e della situazione oclusale, per valutare eventuali rialzi della dimensione verticale e le correzioni estetiche. Le informazioni così ottenute vengono riportate nella ceratura diagnostica che in questo caso è un montaggio diagnostico/definitivo (Fig. 3). Definitivo in quanto si utilizzano già i denti del lavoro finale per il montaggio diagnostico, che vengono sfruttati per realizzare due protesi identiche in resina (Fig. 4). La prima verrà consegnata alla paziente immediatamente dopo aver inserito gli impianti. La seconda diventerà una dima protesica per la realizzazione della protesi definitiva, che verrà applicata a 7 giorni dall'intervento chirurgico.

Chirurgia

Dopo l'estrazione dei 6 elementi naturali residui non recuperabili si esegue una chirurgia a cielo aperto. Con questa metodica si hanno innumerevoli vantaggi.

- Essa permette:
- di progettare l'emergenza del singolo impianto all'interno del tessuto cheratinizzato;
- di trattare l'alveolo postestrattivo in termini di curettage alveolare, modellazione dei margini e trattamento antibiotico;
- una migliore modellazione della cresta ossea edentula per ottenere



Fig. 1 - Caso iniziale.



Fig. 3 - Montaggio diagnostico.



Fig. 5 - Cilindri da incollaggio posizionati sopra i monconi MUA già definitivamente fissati negli impianti.

- una morfologia crestale più omogenea;
- una migliore valutazione dell'osso nelle sue varianti da D1 a D4 sia nelle zone post-estrattive che in quelle edentule facilitando la scelta del tipo di impianto relativamente ad altezza, diametro e tipo di spirale finalizzandone al meglio la stabilità primaria;
- l'utilizzo della piezochirurgia, ottimale per conservare maggiormente l'osso quando lo spessore si presenta esiguo e associato ad una

- qualità precaria;
- l'utilizzo di tecniche rigenerative, come in questo caso, dove sono stati utilizzati dei biomateriali per colmare i difetti ossei.

Dopo aver completato la chirurgia con le estrazioni, il posizionamento di cinque impianti (due Max Stability Ø 3,75 mm nelle posizioni 21 e 22 e tre Narrow Ø 2,9 mm nelle posizioni 15, 13 e 25) e la ricostruzione ossea, si esegue una sutura sintetica non riassorbibile.

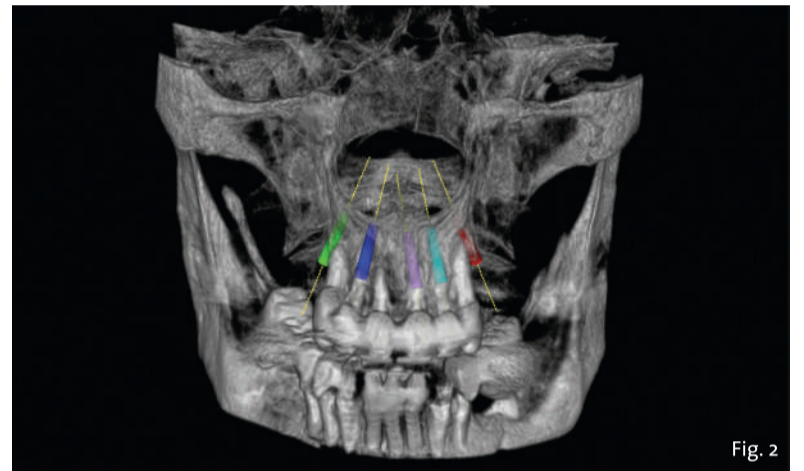


Fig. 2 - Progettazione 3D.



Fig. 4 - Due protesi in resina bianca: una diventerà il provvisorio immediato per il paziente, l'altra la dima protesica.

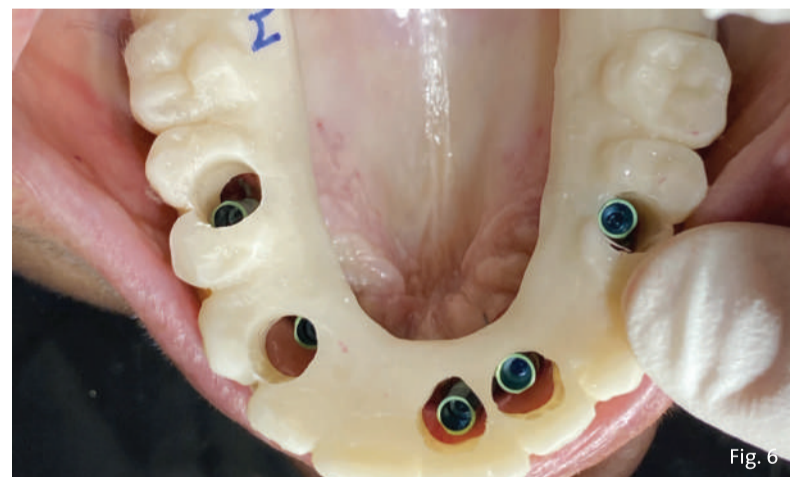


Fig. 6 - Adattamento e posizionamento della protesi in resina.

Protesi provvisoria tipo Toronto a carico immediato

Si scelgono quindi i monconi MUA con i GH e gli angoli di compensazione adeguati per il raggiungimento del miglior parallelismo. Il posizionamento dei MUA viene eseguito con l'ausilio di viti polifunzionali che permettono di visionare e confermare il parallelismo di emergenza. Dopo aver stabilito la posizione, i MUA vengono battuti con un percussore con punta in PEEK secondo l'asse implantare, attivando così la

connessione con Morse. Successivamente si avvitano i cilindri da incollaggio sui coni dei MUA (Fig. 5). Si procede successivamente alla perforazione della protesi provvisoria in resina in corrispondenza delle emergenze implantari. Si controlla che l'allettamento della protesi avvenga passivamente sui cilindri precedentemente scorciati quanto basta (Fig. 6).

> pagina 7

< pagina 6

Si procede facendo chiudere la bocca alla paziente, in occlusione con l'arcata antagonista. A questo punto si bloccano due cilindri monolateralmente con resina composita in posizione di intercuspità massima (Fig. 7). Dopo questo primo fissaggio, che permette di registrare correttamente l'occlusione, vengono bloccati tutti gli altri cilindri. Si ribasano infine gli spazi vuoti della protesi provvisoria sulla sella edentula dovuti alle estrazioni.

Prima di consegnare alla paziente il giorno stesso della chirurgia la protesi provvisoria rifinita e lucidata (Fig. 8, 9) si realizza una replica della stessa utilizzando la seconda protesi in resina precostruita, bloccando con la stessa procedura i cilindri da incollaggio al suo interno e ribasando la sella edentula per rilevare i dettagli della cresta gengivale. Su questa replica, controllata e fotografata direttamente in bocca alla paziente, il tecnico troverà tutte le informazioni necessarie per realizzare il Toronto definitivo ovvero emergen-

ze implantari, morfologia della sella edentula, relazione centrica, linea mediana, linea del sorriso, forma, posizione e colore dei denti (Fig. 10-12).

Protesi definitiva tipo Toronto

Dopo una settimana il provvisorio viene sostituito dal Toronto definitivo. Secondo uno studio condotto dal dott. Salama esiste un tempo critico per la stabilità degli impianti identificato nella seconda/terza settimana dall'inserimento. In questi giorni si passa dalla stabilità primaria dovuta al vecchio osso nativo, alla stabilità secondaria dovuta all'osso neoformato. È consigliabile manipolare gli impianti o prima o dopo questo periodo critico. La nostra scelta è quella di intervenire prima per una serie di motivi:

- rimozione delle suture non riassorbibili dopo 7 gg., periodo ottimale per la guarigione dei tessuti molli;
- sostituzione precoce del Toronto provvisorio in resina con il definitivo più solido in quanto provvisto di struttura metallica. Questo garantisce una più robusta stabilità di col-

legamento fra gli impianti e quindi una più sicura osteointegrazione e un minor rischio di rottura della protesi;

- ottimo adattamento dei tessuti molli sul Toronto definitivo a livello della cresta edentula, grazie alla perfetta morfologia, rifinitura e lucidatura della protesi definitiva ottenuta in laboratorio;
- maggiore soddisfazione estetica della paziente fin da subito, ottenuta grazie a una protesi definitiva particolarmente curata in laboratorio.

Dopo aver tolto le suture (Fig. 13) e consegnato il Toronto definitivo (Fig. 14, 15), si effettuano due visite di controllo a 2 e 4 mesi di distanza in cui si valutano il rapporto occlusale, il serraggio delle viti di connessione effettuato con chiave dinamometrica tarata a 20 Ncm, RX di controllo e la chiusura degli alloggi delle viti con resina composita (al controllo dopo 4 mesi).



Fig. 7 - Controllo del rapporto occlusale e fissaggio dei cilindri alla struttura.



Fig. 8 - Protesi provvisoria tipo Toronto (carico immediato).

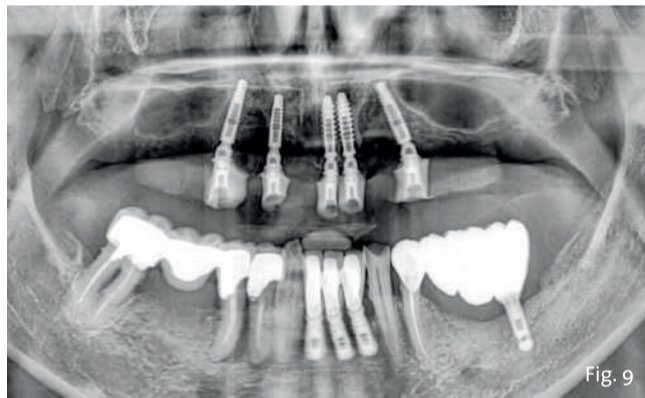


Fig. 9 - Radiologia impianti, MUA, cilindri da incollaggio (protesi provvisoria).



Fig. 10 - Realizzazione della protesi definitiva.



Fig. 11 - Protesi definitiva pronta per la consegna.



Fig. 12 - Dettaglio del lavoro inviato allo studio.



Fig. 13 - Rimozione suture (a 7 giorni dall'intervento chirurgico).



Fig. 14 - Protesi definitiva tipo Toronto in sede (a 7 giorni dall'intervento chirurgico).



Fig. 15 - Protesi definitiva tipo Toronto in sede (a 7 giorni dall'intervento chirurgico).

Aumento della cresta alveolare con tecnica “bone into bone”: analisi istomorfometrica

Prof. Michele Antonio Lopez; Prof. Pier Carmine Passarelli.

Introduzione

Poiché oggi le barriere ossee corticali sono ampiamente utilizzate per la rigenerazione dei difetti ossei, in questo lavoro gli autori hanno voluto valutarne l'efficacia se utilizzate in combinazione con una tecnica innovativa denominata “bone into bone”.

Descrizione

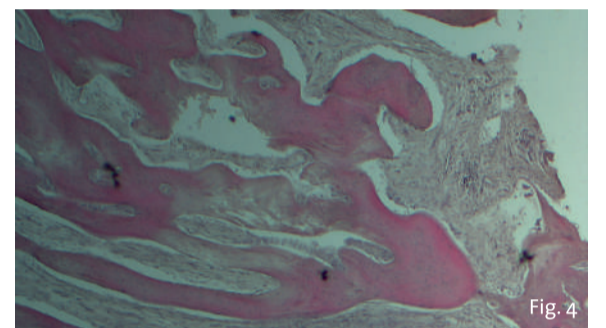
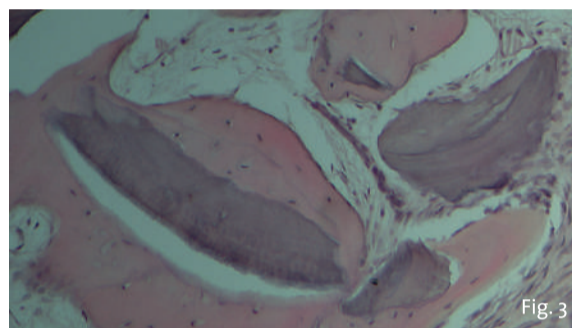
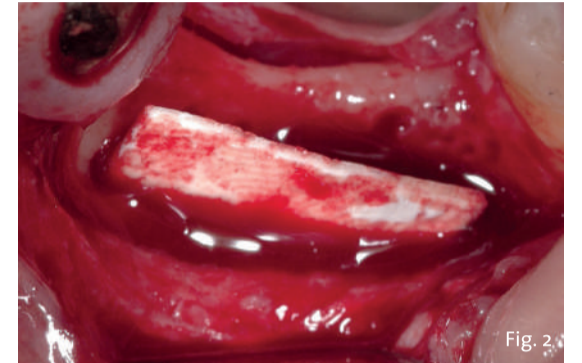
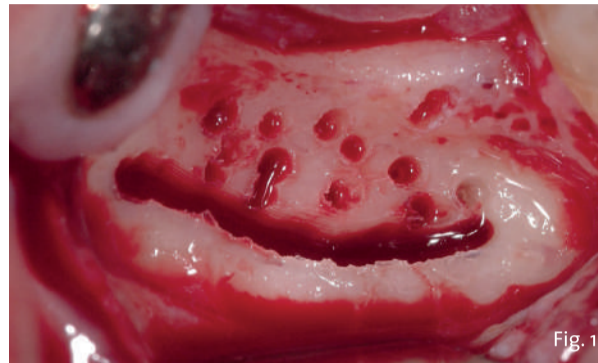
Questa particolare tecnica si basa sull'applicazione di una lamina corticale inserita in una fessura chirurgica sul margine declive del difetto senza l'utilizzo di viti, pin o adesivi. Con un follow-up di 8 mesi, gli Autori hanno eseguito le analisi istologiche e istomorfometriche e una valutazione radiografica della dimensione della cresta. 20 pazienti (9 uomini e 11 donne, di età compresa tra 52 e 76 anni) sono stati arruolati nello studio e trattati per riabilitazione implantare abbinata alla tecnica “bone into bone”. Una lamina dura (OsteoBiol Lamina, Tecnos) viene modellata ed inserita nella fessura chirurgica, in modo da creare un spazio riempito con una miscela 1:1 di eterologo collagenato suino osso e particelle ossee autologhe. L'area innestata viene quindi coperta con mem-

brana in collagene riassorbibile prima di suturare il lembo (Figg. 1, 2).

L'esame istologico ha rivelato che il biomateriale era quasi completamente riassorbito. Non erano presenti segni di infezione e la lamina non era staccabile né clinicamente né nelle immagini istologiche. La morfologia ossea mostrava un osso maturo e mineralizzato (Figg. 3, 4). Con riferimento alla larghezza e altezza media della cresta sono stati registrati rispettivamente un guadagno di $2,36 \pm 0,69$ mm e $3,13 \pm 0,90$ mm. Non si sono verificate complicanze.

Conclusioni

Sebbene siano necessari ulteriori studi per confermare i risultati in diverse situazioni cliniche, questo lavoro evidenzia che l'utilizzo di lamine eterologhe offre numerosi vantaggi rispetto ad altre tecniche rigenerative; tale procedura è molto più conservativa, a partire dal disegno del lembo ridotto rispetto ad altri approcci, in particolare quelli che richiedono un sito donatore e il recupero di un blocco osseo, rendendo questa procedura accessibile ad un numero più ampio di operatori.



- M.A. Lopez, M. Andreasi Bassi, L. Confalone, F. Carinci, Z. Ormianer, D. Lauritano. The use of resorbable cortical lamina and micro-riated collagenated bone in the regeneration of atrophic crestal ridges: a surgical technique. Case series. J Biol Regul Homeost Agents 2016 Jun;30(2 Suppl 1):81-5. 9.
- J. Caballé-Serrano, A. Munar-Frau, L.

- Delgado, R. Pérez, F. Hernández -Alfaro. Physicochemical characterization of barrier membranes for bone regeneration. J Mech Behav Biomed Mater 2019 Sep;97:13-20. 10.
- C. Polis-Yanes, C. Cadenas-Sebastián, P. Gual-Vaqués, R. Ayuso-Montero, A. MariRoig, J. López-López. Guided bone regeneration of an atrophic maxilla using he-

bibliografia

- terologous cortical lamina. Case Rep Dent 2019;e5216362.11.
- M.L.R. de Rezende, P. de Oliveira Cunha, C.A. Damante, A.C. Santana, S.L. Greggh, M.S. Zangrando. Cyanoacrylate Adhesive as an Alternative Tool for Membrane Fixation in Guided Tissue Regeneration. J Contemp Dent Pract 2015.

Il “Sinus Pack” per il rialzo di seno mascellare: una nuova tecnica

Prof. Michele Antonio Lopez; Prof. Pier Carmine Passarelli.

Introduzione

La tecnica di rialzo di seno mascellare è una procedura chirurgica atta a ripristinare la mancanza ossea verticale nella regione posteriore del mascellare superiore e può essere eseguita sia con un approccio laterale sia con un approccio crestale. Uno degli aspetti più importanti della chirurgia ossea rigenerativa è la stabilità dell'innesto. Lo scopo di questo studio è quello di introdurre una nuova tecnica di innesto per il rialzo di seno con approccio laterale, chiamata “tecnica del Sinus Pack”. Questa tecnica ha lo scopo di ridurre i tempi di intervento, facilitare l'inserimento controllato dell'innesto osseo, minimizzare le complicanze post operatorie e consentire all'odontoiatra di portare avanti l'intervento rigenerativo anche in casi di grandi perforazioni della membrana sinusale.

Descrizione

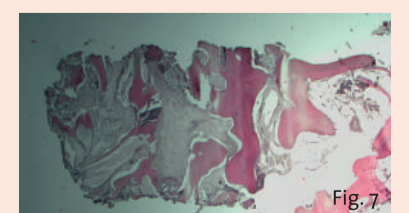
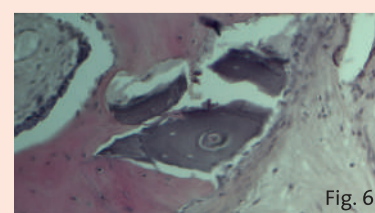
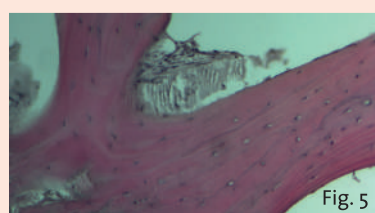
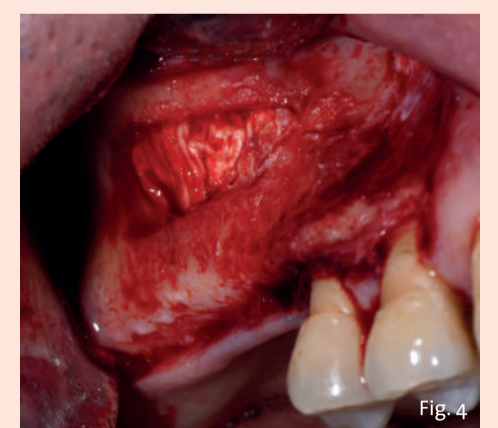
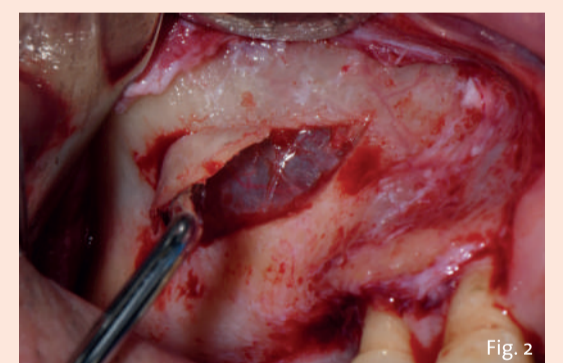
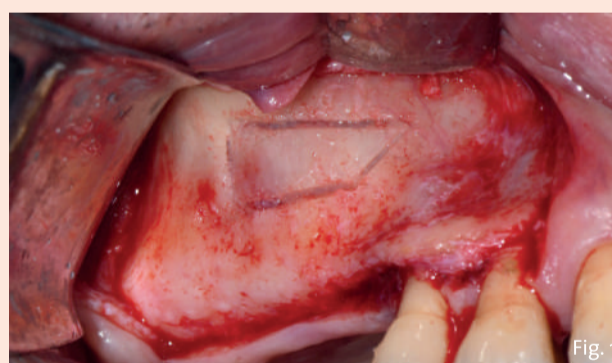
Quattro pazienti con severa atrofia verticale dell'osso alveolare della regione posteriore del mascellare superiore, che necessitavano di una riabilitazione implantoprotesica unilaterale della zona edentula, sono stati trattati con la tecnica del Sinus Pack. Dopo 6 mesi è stata eseguita una TC per va-

lutare il volume osseo ottenuto, sono stati inseriti gli impianti ed è stata inoltre prelevata una carota ossea di 4 mm con una fresa carotatrice ossea. Sono stati sottoposti a trattamento tre uomini e una donna (range di età tra 36 e 74 anni); non sono state registrate complicanze intra o postoperatorie. Confrontando le misurazioni eseguite sulla TC preoperatoria e dopo 6 mesi dall'intervento, è stato riscontrato un guadagno verticale di osso pari a 6,95 mm (Figg. 1-4). Nella valutazione dell'analisi istologica e istomorfometrica della carota ossea prelevata si è riscontrato un completo riassorbimento della membrana, una neoformazione ossea e solo una piccola percentuale di innesto ancora presente (Figg. 5-7).

Conclusioni

La tecnica del Sinus Pack ha il vantaggio di essere una procedura chirurgica minimamente invasiva e sicura, con risultati comparabili a quelli ottenuti attraverso l'utilizzo di altre tecniche di rialzo di seno mascellare. È necessario ampliare il campione di studio per confermare il basso rischio di complicanze e la sua efficacia nel tempo.

Bibliografia disponibile presso l'editore.



GEISTLICH Geistlich Bio-Oss e Geistlich Bio-Oss Pen: l'incontro perfetto

Quando un paziente ha un difetto osseo a cui è complicato accedere o ha un'apertura limitata della bocca, il trattamento con la GBR può sembrare impraticabile anche se da un punto di vista terapeutico è la scelta più indicata. Geistlich Bio-Oss Pen è l'unica siringa pre-riempita con granuli di Geistlich Bio-Oss, il sostituto osseo naturale con più evidenze scientifiche (oltre 1200 pubblicazioni su riviste impattate) nelle diverse indicazioni terapeutiche, strutturalmente e chimicamente comparabile al tessuto osseo umano^{1,2}.

Difetti ossei estesi, rialzo del seno mascellare, preservazione della cresta alveolare nelle regioni posteriori fino ai piccoli incrementi ossei: sono diverse le indicazioni d'uso per cui Geistlich Bio-Oss Pen può semplificare vari interventi.

Geistlich Bio-Oss Pen è facile da usare ed è pronto all'uso in tre passaggi: si idratano i granuli aspirando del sangue del paziente o con soluzione fisiologica sterile con la siringa, si cambia la punta e si applica Geistlich Bio-Oss direttamente nel sito chirurgico.

I clinici che lo utilizzano ritengono che Geistlich Bio-Oss Pen sia conveniente, facile da usare e che renda più semplici gli interventi complessi, soprattutto quelli nella regione posteriore della bocca³. Il tutto si traduce in risparmio di tempo, per il professionista e per il paziente. Con la sicurezza unica che da sempre Geistlich garantisce.

La linea Geistlich Bio-Oss Pen prevede due differenti tipologie di pre-riempimento: con granuli di Geistlich Bio-Oss Small (0,25-1 mm), raccomandato per piccoli difetti, oppure Large (1-2 mm), indicato soprattutto per le grandi ricostruzioni e per il rialzo del seno mascellare.

Geistlich Bio-Oss Pen è quindi l'ideale per professionisti che già praticano la GBR ma anche per chi si è avvicinato da poco a questa tecnica, grazie alla sua semplicità d'uso: permettendo la riduzione del tempo alla poltrona ed evitando dolorosi prelievi ossei dal paziente³⁻⁹.

Geistlich Biomaterials Italia s.r.l.
Via Castelletto, 28
36016 Thiene (VI)
Tel 0445 370890
www.geistlich.it

1. NCBI Pubmed, February 2022, Search term: Bio-Oss (Ricerca di mercato).
2. Galindo-Moreno P et al. Optimal microvessel density from composite graft of autogenous maxillary cortical bone and anorganic bovine bone in sinus augmentation: influence of clinical variables. Clin Oral Implants Res 2010; 21 (2), 221-217.
3. Geistlich Pharma AG practice test, Nov 2011. Data on file (Wolhusen, Switzerland).
4. Chackartchi T et al. Sinus floor augmentation using large (1-2 mm) or small (0.25-1 mm) bovine bone mineral

- particles: a prospective, intra-individual controlled clinical, micro-computerized tomography and histomorphometric study. Clin Oral Implants Res 2011; 22, 475-480.
5. dos Anjos TLM et al. Implant stability after sinus floor augmentation with deproteinized bovine bone mineral particles of different sizes: a prospective, randomized and controlled split-mouth clinical trial. Int J Oral Maxillofac Surg 2016; 45 (12), 1556-1565.
 6. Buser D et al. Long-term stability of early implant placement with contour augmentation. J Dent Res 2013; 92 (12 Suppl), 176S-1782S.

bibliografia

7. Jung RE et al. Long-term outcome of implants placed with guided bone regeneration (GBR) using resorbable and non-resorbable membranes after 12-14 years Clin Oral Implants Res 2013; 24 (10), 1065-1073.
8. Mordenfeld A et al. Histological and histomorphometrical analyses of biopsies harvested 11 years after maxillary sinus floor augmentation with deproteinized bovine and autogenous bone. Clin Oral Implants Res 2010; 21 (9), 961-970.
9. Orsini G et al. Histological and ultrastructural evaluation of bone around Bio-Oss particles in sinus augmentation. Oral Dis 2007; 13 (6), 586-593.

LEADING REGENERATION

20 Geistlich
Biomaterials
Years Anniversary

Geistlich Bio-Oss Pen®: il trattamento reso semplice per te e per il tuo paziente

Idrata.
Cambia punta.
Applica.

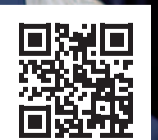


I vantaggi

- > Garantisce la corretta consistenza dei granuli di Geistlich Bio-Oss®
- > È comodo e facile da usare grazie all'innovativo applicatore pronto all'uso evitando un doloroso prelievo osseo al paziente
- > Semplifica l'accesso ai settori posteriori della cavità orale

swiss made

La qualità di Geistlich Bio-Oss®
in un comodo applicatore.



shop.geistlich.it