

IL MAGAZINE  
SCIENTIFICO  
SWEDEN & MARTINA

 sweden & martina

# NUMERI UNO



Sweden & Martina  
per la **Fondazione  
prof. Luigi Castagnola**  
Intervista al Presidente  
**Dott. Nicola Perrini**



**Dott. Luigi Paolo Sandri**  
Preparazione protesica  
mediante tecnica B.O.P.T.:  
caso clinico



**Dott. Giuseppe Corrente,  
Dott. Roberto Abundo,  
Dott. Marco Greppi,  
Dott. Michele Perelli,  
Dott. Andrea Villa**  
Posizionamento implantare  
e ricostruzione dei tessuti  
duri e molli: un protocollo  
semplificato



Estrusione ortodontica:  
il nuovo kit  
M.F. Extrusion del  
**Dott. Mauro Fadda**

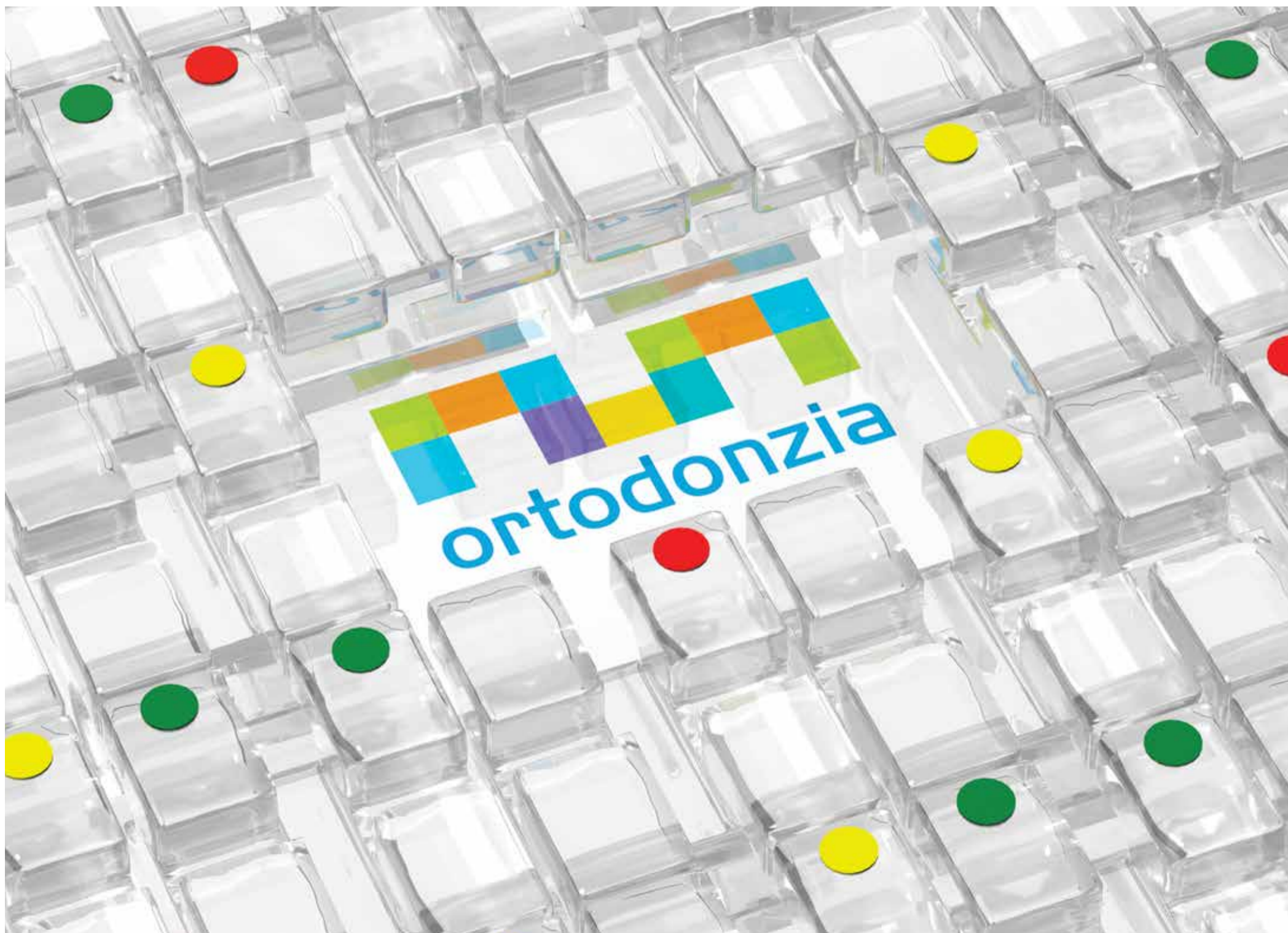
Secondo lo spirito aziendale il debutto di Sweden & Martina in ortodonzia tradizionale, a completamento del programma di ortodonzia intercettiva da molti anni promosso con successo, è caratterizzato da una feconda collaborazione del team di Ricerca & Sviluppo con esperti clinici e dalla programmazione di un'intensa attività di formazione.



Nuovo sistema  
implantologico  
**Shelta**



**2° Premium Day**  
Si replica a Madrid  
il trionfo del Premium Day



4



Fondazione  
prof. Luigi Castagnola



Il **7 e 8 marzo 2014**, con il 58° corso gratuito e il 35° Memorial Biaggi, la **Sweden & Martina** inizierà una **nuova collaborazione con la Fondazione Prof. Luigi Castagnola**, divenendone Major Sponsor e principale organizzatore. È un segnale positivo di fiducia, ma soprattutto un impegno serio ed importante: una sfida che Sandro Martina ha accolto per permettere alla Fondazione di continuare il suo percorso scientifico.

5

**Sweden & Martina  
debutta in ortodonzia**

12

**Novità di Mercato**  
Pilastrini per tecnica **B.O.P.T.**  
Nuovo impianto **Shelta**



14

Case Report  
**Posizionamento implantare  
e ricostruzione dei tessuti  
duri e molli: un protocollo  
semplificato**  
Dott. Giuseppe Corrente, Dott.  
Roberto Abundo, Dott. Marco  
Greppi, Dott. Michele Perelli, Odt.  
Andrea Villa

18

Case Report  
**Direct Prosthetic Framework  
(D.P.F.)**  
Team Poliambulatorio Le Vele,  
Torino: Dott. Walter Avellino,  
Dott. Andrea De Maria, Dott. Ugo  
Milan, Dott. Lorenzo Tamagnone,  
Odt Daniele Delle Rose

26

Case Report  
**Caso clinico  
con M.F. Extrusion**  
Dott. Mauro Fadda  
**Novità di Mercato**  
Strumenti per l'estrusione  
**M.F. Extrusion kit**

32

Eventi

28

Case Report  
**Effetti dentofacciali  
della terapia  
ortodontica in  
dentizione mista per  
la correzione delle II  
Classi**  
Dott. Filippo Cardarelli



6

Case report  
**Preparazione protesica  
mediante tecnica  
B.O.P.T.: caso clinico**  
Dott. Luigi Paolo Sandri



9

Case report  
**La precisione nel Cr.Co.  
laser sinterizzato  
rivestito in ceramica**  
- Prima Parte -  
Odt. Ettore Morandini

24

Ortodonzia  
**Dove andrà  
l'ortodonzia?**  
Prof. dott. Ranieri  
Locatelli



21

Case Report  
**Riabilitazione con impianto post-estrattivo  
immediato in zona estetica: Case Report**  
Dott. Michele M. Figliuzzi, Dott.ssa Rossella De Fazio,  
Dott.ssa Rosamaria Tiano, Dott. Francesco Scordamaglia,  
Dott. Leonzio Fortunato

23

Intervista  
**La Fondazione  
Prof. Luigi Castagnola  
alla soglia dei 30 anni**  
Dott. Nicola Perrini

35

Calendario corsi  
**ContinuingDentalEducation**



36

**Stato dell'arte in Odontoiatria**  
Dott. Giuseppe De Caroli,  
Dott. Mario Allegri



## FONDAZIONE PROF. LUIGI CASTAGNOLA

7-8 Marzo 2014

58° Corso gratuito

"La gestione dei tessuti molli in implantologia"

34° Memorial Biaggi per assistenti ed igienisti dentali

Palazzo dei Congressi di Riccione

10-11 Ottobre 2014

59° Corso gratuito

"Novità in tema di preparazione ed  
otturazione del sistema dei canali radicolari"

35° Memorial Biaggi per assistenti ed igienisti dentali

### Comunicato del presidente della Fondazione prof. Luigi Castagnola

Dopo molti anni, per problemi contingenti e per difformità di vedute, il connubio Fondazione Castagnola - Dental Trey cesserà al termine del 57° corso ma la Fondazione Castagnola continuerà il suo percorso scientifico per rispetto ed in nome del Maestro che con onestà, giustizia e umanità, spese buona parte della sua vita per innalzare il livello dell'odontoiatria italiana in momenti di grande involuzione scientifica.

Il nuovo Major Sponsor della Fondazione sarà la Sweden & Martina che inizierà la propria collaborazione con il 58° Corso del 7-8 Marzo 2014 "La gestione dei tessuti molli in implantologia" unitamente al 34° Memorial Biaggi e con il 59° Corso del 10-11 Ottobre 2014 "Novità in tema di preparazione ed otturazione del sistema dei canali radicolari" con il 35° Memorial Biaggi al Palazzo dei Congressi di Riccione, con la certezza di continuare con successo il percorso che ci ha condotti fino ad oggi.

Il mio ringraziamento va alla ditta Dental Trey, sponsor per molti anni della Fondazione, che ha curato l'organizzazione dei vari corsi sia a Montecatini che a Rimini con impegno e professionalità ed anche alle numerose aziende che, in questi anni, si sono affiancate al Major Sponsor e che costantemente hanno contribuito a che l'insegnamento avvenisse gratuitamente secondo le direttive del Prof. Castagnola.

Un particolare ringraziamento va ai Dott.ri Sandro ed Alberto Martina che, in un momento estremamente delicato per l'odontoiatria italiana, hanno voluto dare un segnale positivo di fiducia appoggiando una istituzione meritoria dell'Odontoiatria Italiana quale è la Fondazione "Prof. Luigi Castagnola". Il successo che ha sempre accompagnato i corsi della Fondazione va ricercato nella prevalente impostazione clinica-biologica svolta dai più bei nomi dell'odontoiatria italiana e da eminenti ricercatori stranieri fornendo un aggiornamento completo in tutte le branche dell'odontoiatria; particolarmente meritori sono stati, a tal fine, i corsi svolti dalle più importanti Società Scientifiche Italiane. Lo spostamento della sede dei corsi da Rimini a Riccione ed il subentro del nuovo Sponsor Maior consentirà alla Fondazione di mantenere la sua impostazione originaria, secondo le direttive impartite a suo tempo dal Prof. Castagnola, caratterizzata, dal punto di vista didattico, dai due corsi annuali e dai due Memorial Biaggi con gli Amici di Brugg.

  
sweden & martina



### Programma Scientifico

#### Venerdì 7 Marzo 2014

- 9:15 Dott. Nicola Perrini, Presidente: Apertura del corso
- 9:30 Dott. Cristiano Tomasi: Biologia dei tessuti molli perimplantari
- 11:30 Prof. Ugo Covani: La gestione dei tessuti molli nella prima fase chirurgica
- 14:30 Dott. Roberto Abundo: La gestione dei tessuti molli nella seconda fase chirurgica
- 16:00 Dott. Ignazio Loi: Morfologia degli abutments e dei tessuti molli perimplantari
- 17:30 Chiusura dei lavori

#### Sabato 8 Marzo 2014

- 9:00 Dott. Gaetano Calesini: Il condizionamento protesico dei tessuti molli in implanto-protesi
- 11:30 Dott. Luigi Canullo: Prevenzione delle complicanze infiammatorie ed infettive dei tessuti molli
- 12:30 Eventuale discussione e domande
- 13.00 Chiusura del corso

*In fase di accreditamento (ECM)*

## Sweden & Martina debutta in ortodonzia fissa

Dopo quasi vent'anni di esperienza vincente in ortodonzia intercettiva, l'entrata in campo di Sweden & Martina con un nuovissimo ed esclusivo programma di ortodonzia fissa non sorprende: la fattiva **collaborazione** del team di Ricerca & Sviluppo dell'azienda con **esperti clinici** per lo sviluppo della gamma ed un'intensa **attività di formazione** caratterizzano ancora una volta lo spirito con cui Sweden & Martina ha voluto impostare l'ingresso in questo nuovo ambito: non solo, quindi, un programma curato ed innovativo, ma anche un servizio al cliente a 360°.

**La gamma di articoli proposti sarà in continua evoluzione**, con ampliamenti e novità.

Una serie di brackets in metallo e in zaffiro introduce il nuovo catalogo: vera punta di diamante è il bracket autolegante Click, semplice da usare ed altamente performante con il rapido sistema di chiusura a slitta; esclusivo è il bracket estetico Glice, in ceramica monocristallina (zaffiro), super-trasparente e super-resistente all'usura, che garantisce qualità estetiche inalterate per tutta la durata del trattamento. Non mancano naturalmente i tradizionali brackets standard in acciaio inox, disponibili anche nella versione mini.

Ampia la gamma di archi preformati a corredo: archi in nichel titanio, in acciaio inox, in nichel cobalto; archi termici, costruiti con una particolare lega di nichel-titanio, **modellabili anche a temperatura ambiente** ma che raggiungono la massima modellabilità se raffreddati sotto i 20°C; questi particolari archi ri-assumono gradualmente la forma originaria nel cavo orale a 37°C, sollecitando quindi i denti con forze leggere e costanti.

Sono disponibili ovviamente tutti i tradizionali accessori: molle, uncini, legature metalliche ed elastiche, etc.

La struttura del catalogo è unica: non solo una vetrina per i prodotti ma anche una eccezionale ed **esauriente guida clinica**, che sarà arricchita e curata con particolare attenzione ad ogni riedizione del catalogo e rappresenta un vero e proprio manuale per il medico che approccia l'ortodonzia.

**Novità assoluta**, primo prodotto della sezione dedicata agli strumenti speciali, il **kit di estrusione**, un set dedicato all'ortodonzia preimplantare e preprotetica e pensato sia per l'implantologo che per l'ortodontista (si veda l'apposita sezione dedicata in questo numero). Più che un kit, una tecnica vera e propria, anch'essa oggetto di corsi dedicati.

Il nuovo sito [www.sweden-martina.com](http://www.sweden-martina.com) raccoglie un valido approfondimento di tutte queste informazioni nonché il calendario dei corsi, completi di programma scientifico e di scheda per l'iscrizione online.



# Preparazione protesica mediante tecnica B.O.P.T.: caso clinico

**Dott. Luigi Paolo Sandri**



*Diplomato in odontotecnica nel 1984.*

*Laurea in odontoiatria presso l'Università di Padova nel 1990.*

*Frequenza O.C. Vicenza reparto di chirurgia maxillo facciale dal 1988 al 1993 diretto dal Prof. Curioni. Frequenza Studio Prof. Ferronato fino al 1995.*

*Corso di perfezionamento in implantologia orale e maxillo-facciale presso l'Università di Padova nel 1997. Frequenza di numerosi stage presso l'Università di Philadelphia (Penn University). Frequenza a corsi di Chirurgia Implantare e Implantoprotesi tenuti dal Dr. Giovanni B. Bruschi e Dr. Agostino Scipioni.*

*Consigliere provinciale e relatore dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani.*

*Pratica l'implantologia dal 1992.*

*Svolge attività di consulente in Chirurgia Orale presso Studi Odontoiatrici occupandosi di chirurgia Implantare e Parodontale*

*Libero professionista ad Alte di Montecchio Maggiore (VI).*

La localizzazione e il disegno della linea di finitura nella preparazione protesica di elementi dentari è da sempre uno degli argomenti più dibattuti in odontoiatria protesica. Per oltre trent'anni la comunità odontoiatrica ha seguito le filosofie di Abrams, il quale nel 1971 pubblicò un articolo<sup>(1)</sup> sostenendo la necessità di adattare i profili d'emergenza dentali a quelli gengivali, attribuendo a questi ultimi limitate capacità di modifica.

L'esperienza clinica dimostra che le tecniche di preparazione tradizionali (chamfer, spalla, spalla bisellata<sup>(6,7)</sup>) non sempre assicurano un risultato protesico ottimale nel lungo periodo. Un margine di finitura che garantisce il sigillo negli anni visibile a causa di una sopravvenuta retrazione gengivale è un risultato funzionale ma non estetico, pertanto non può essere considerato un successo a pieno titolo. La tecnica B.O.P.T. prevede una preparazione verticale che sostituisce la linea di finitura con un'area di finitura<sup>(2)</sup>, il margine protesico viene deciso sulla base delle informazioni fornite dai tessuti molli<sup>(3)</sup>. La preparazione "a finire" associata ad una corretta gestione dei provvisori garantisce profili e stabilità tissutali ottimali.

## Caso iniziale

La paziente, di anni 35, arriva in studio con una grave recessione sul 24; la proposta iniziale è un intervento muco gengivale e successiva corona ceramica, ma la paziente non vuole assolutamente sottoporsi ad un intervento chirurgico. Si decide quindi di realizzare da subito la corona ceramica con tecnica B.O.P.T..



1  
Rx iniziale



2



3  
Rimozione della corona preesistente, da notare la retrazione tissutale con relativa parabola gengivale di partenza.



4  
Preparazione con la tecnica B.O.P.T.: implica una limatura a finire del moncone con invasione del solco controllata, rispettando la biologia coronale e tissutale. La condizione fondamentale è di creare pareti prive di sottosquadri.



5  
*Provisorio ribasato e rifinito. Da notare la chiusura marginale e il profilo sporgente a sostenere i tessuti gengivali per consentire alla biologia del solco di ricreare un nuovo profilo dento-gengivale.*



6  
*Provisorio in situ. Sostegno gengivale non invasivo tale da favorire la rigenerazione dei tessuti assicurando l'ispessimento verticale e orizzontale della gengiva aderente "effetto creeping".*



7  
*Guarigione a 3 settimane. I tessuti molli si adattano al nuovo profilo d'emergenza protesico influenzando in modo determinante la morfogenesi dell'elemento protesico, creando una festonatura dall'aspetto naturale.*



8a  
*Rimozione della corona provvisoria per un controllo clinico dei tessuti, da notare creeping e spessore dei tessuti molli, in questa fase si modifica il margine di chiusura del provvisorio che si riduce verticalmente: questo non compromette il sigillo coronale.*



9  
*La riduzione del margine di chiusura ci consente di favorire un ulteriore creeping tissutale modificando la geometria gengivale al fine di ottenere un profilo di emergenza armonico con gli elementi adiacenti.*



10  
*Particolare della corona provvisoria ridotta. In questa fase si crea una perfetta morfologia gengivale allineata al profilo dei denti adiacenti.*



11  
*Profilo a 5 settimane. I margini gengivali seguono il profilo protesico conferendo un risultato estetico notevole: aspetto roseo e superficie a buccia d'arancia evidenziano una perfetta morfogenesi.*



12



13  
*Visione oclusale: si evidenzia il rispetto della gengiva con la preparazione B.O.P.T. Ispessimento dei tessuti molli e regolarità del solco soddisfano il clinico.*



14  
Corona definitiva cementata con utilizzo di cemento a base resinosa. La pressione del margine coronale genera una lieve ischemia momentanea.



15  
Aspetto tissutale dopo la cementazione con la relativa rimozione di cemento in eccesso. Si sottolinea l'aspetto della mucosa dopo aver applicato la tecnica B.O.P.T. in tutte le fasi cliniche.



16  
La visione oclusale risalta il risultato ottenuto mettendo alla luce gli spessori e la parabola cervicale integrate con il manufatto protesico.



17  
Altra angolazione visiva che evidenzia il risultato clinico protesico, esaltando il valore biologico.



18  
Rx finale



19  
Controllo clinico a 2 anni. Tessuti biologicamente integrati, aspetto estetico-funzionale ottimale. La predicibilità avvalorò il protocollo clinico messo in atto con la tecnica B.O.P.T.



20  
Controllo clinico a 4 anni.

#### Bibliografia

1. Abrams L.; *Graduate periodontal and prosthetic lectures*; Boston University School of Graduate Dentistry. 1971.
2. Loi I., Scutellà F., Galli F.; *Tecnica di preparazione orientata biologicamente (B.O.P.T.). Un nuovo approccio nella preparazione protesica in odontostomatologia*; Quintessenza Internazionale 2008;5(24):69-75.
3. Loi I.; *Protesi su denti naturali nei settori estetici: descrizione tecnica B.O.P.T.*; Dental Cadmos 2008; 76(10):51-59.
4. Carnevale G., di Febo G., Fuzzi M.; *A retrospective analysis of the perio-prosthetic aspect of teeth re-prepared during periodontal surgery*; J Clin Peiodontol 1990; 17: 313-316.
5. Vence B.S.; *Sequential tooth preparation for aesthetic porcelain full-coverage crown restoration*; Pract Periodontics Aesthet Dent. 2000 Jan-feb; 12(1): 77-84.
6. Little D.A.; *Illustrating predictable anterior and posterior aesthetic results: two case studies*; Compend Contin Educ Dent. 2002 Mar; 23(3 Suppl 1): 17-23.
7. Ohlmann B., Gruber R., Eickemeyer G., Rammelsberg P.; *Optimizing preparation design for metal-free composite resin crowns*; J Prosthet Dent. 2008 sep; 100(3): 211-9. Doi: 10.1016/S0022-3913(08)60180-8.
8. Castellani D.; *Atlante di protesi fissa. Per corone e ponti in metal-ceramica*. 2005



# La precisione nel Cr.Co. laser sinterizzato rivestito in ceramica - Prima Parte -

**Odt. Ettore Morandini**



Classe 1946.  
Diplomato al Cesare Correnti di MILANO nel 1967.  
Titolare di Laboratorio dal 1970 a Pavia.  
Nel 1980 crea per Detray gli smalti SM per la K+B Plus.  
Nel 1990 brevetta la piastra a umidità superficiale permanente.  
Nel 1995 trasferisce il suo laboratorio a Salice Terme dove risiede.  
Da sempre interessato alla gnatologia ne segue assiduamente l'evoluzione fin dai primordi.  
Autore del libro "Concetti per una creatura tridimensionale" ediz. Quintessenza.

Le nuove tecnologie CAD-CAM hanno portato a una vera rivoluzione in campo odontoiatrico ed odontotecnico in particolare.

Oltre ai nuovi materiali, come lo zirconio, vengono anche proposti con questa tecnologia anche materiali più sperimentati come il titanio e il cromo cobalto; questo ultimo oltre che con la tecnica della fresatura viene anche lavorato col sistema laser sinterizzato, praticamente una costruzione per addizione di microscopiche sfere brasate-saldate da un laser numericamente guidato.

Nella ricerca di un materiale che potesse sostituire il metallo prezioso, giunto ormai a quotazioni deliranti, almeno nell'esecuzione dei lavori di "routine" e che potesse mantenere le caratteristiche di precisione e affidabilità ormai consolidate nelle tecniche di fusione, la scelta di questo sistema ci sembrava economicamente e praticamente interessante.

Il fatto di non dover cambiare ceramica e di poter sfruttare una esperienza di più di quarant'anni di ceramica su metallo non nobile e, non ultimo, la possibilità di reintervento sul pezzo con saldatura Laser e non, ci convinceva a provare.

Le prime esperienze non furono esaltanti dal punto di vista della precisione, per il resto il risultato era ottimo.



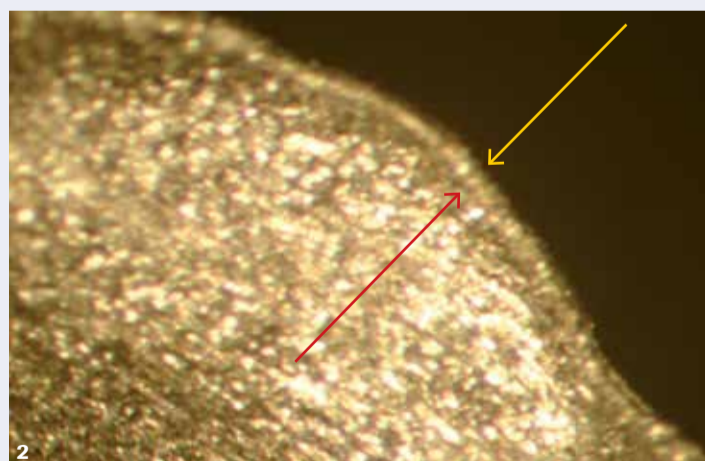
1  
Fessurazioni sul bordo di chiusura.

Un buon risultato senza precisione non è un buon risultato! La situazione era frustrante.

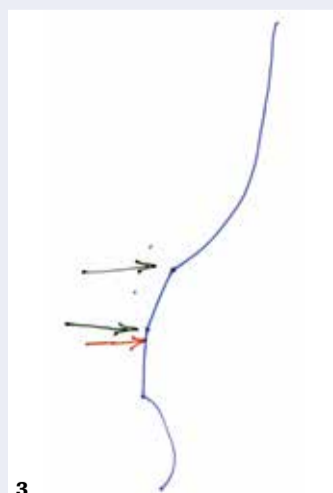
Siamo partiti dalla considerazione che ogni materiale ha le sue prerogative e non sempre queste coincidono col proprio tradizionale modo di lavorare e che molte volte è più saggio adattarsi alle caratteristiche della nuova tecnologia che tentare di adattarla alle nostre abitudini.

Quindi riconsiderando il problema abbiamo riscontrato che i bordi in Laser-Sint presentano una "goccia" che non è un difetto ma una caratteristica di questa tecnologia. Sarà dunque impossibile trovare precisione in questa zona.

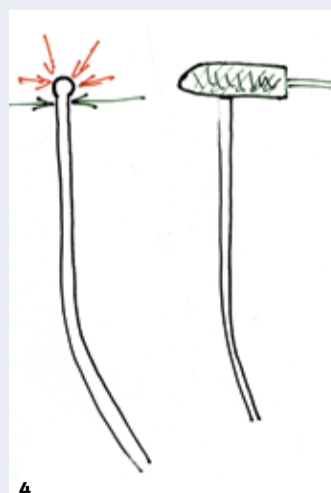
La precisione, se c'è, sarà a monte di questa "goccia", quindi la disposizione del bordo durante la scannerizzazione dovrà essere posta oltre la preparazione per permettere l'eliminazione della "goccia" stessa.



2  
I bordi a "goccia".

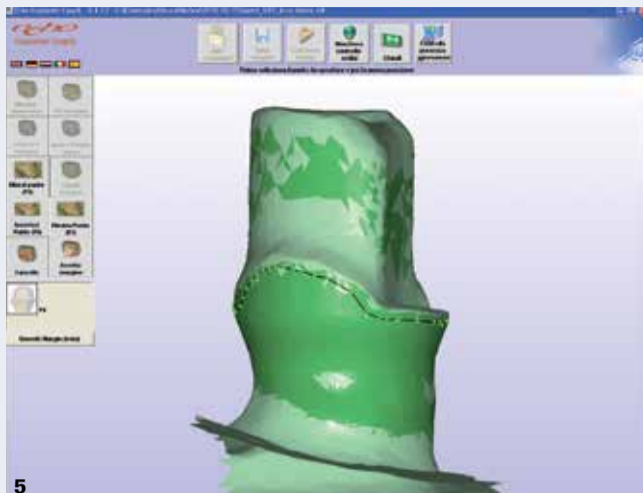


3  
Schema per il posizionamento del margine oltre preparazione (freccia rossa).



4  
La "goccia" (freccie rosse) e la posizione dove si dovrebbe trovare la maggior precisione (freccie verdi).

# 10



5 Il posizionamento al PC del margine oltre la preparazione.

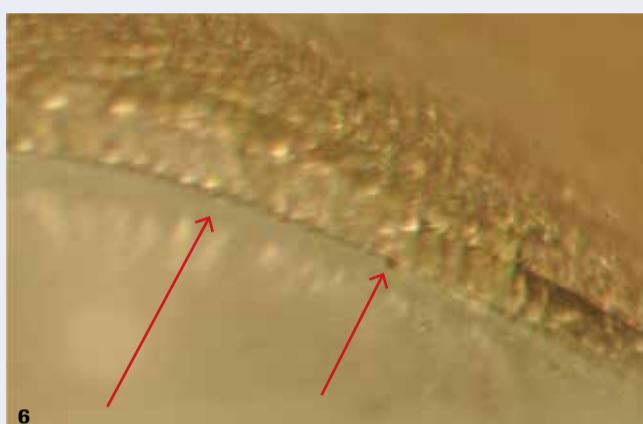
La tecnica per ottenere una precisione di questa qualità è estremamente semplice:

- Porre la linea di chiusura oltre la preparazione
- Asportare la "goccia"
- Rifinire togliendo l'eccesso fino alla chiusura

Va da sè che più la preparazione sarà verticale e maggiore sarà la possibilità di ottenere una precisione significativa.

Ottenuto questo risultato si è voluto verificare se questa precisione veniva mantenuta anche su lavori più estesi.

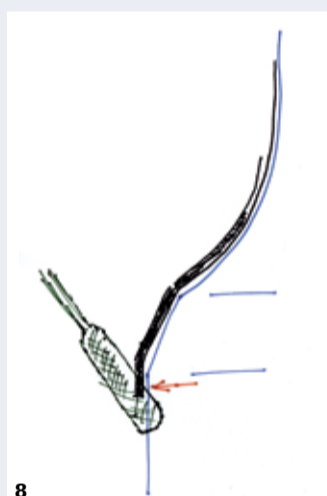
Uno "step by step" di un piccolo ponte di tre elementi servirà per documentare questa ulteriore esperienza e per rimarcare il tipo di tecnica.



6 Tolta la "goccia" ecco come si presenta il rapporto di precisione a 40x.



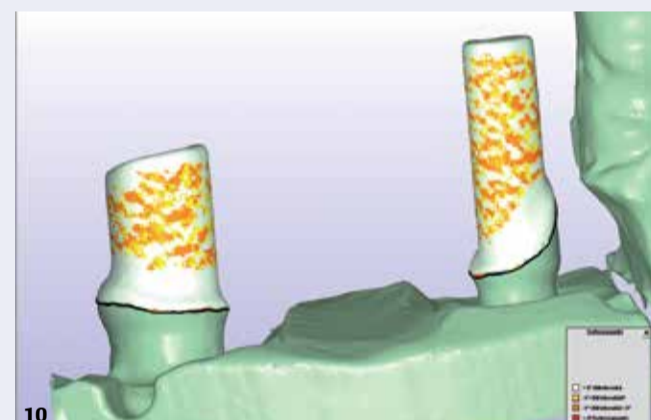
7 Rifinito il bordo: la precisione a 40x.



8 Questo disegno esemplifica la tecnica.



9 La precisione del bordo su monconi naturali.



10 La videata della scannerizzazione (da notare il posizionamento dei bordi).



11a Ponte di tre elementi su pilastri fresati preparato per lo scanner.



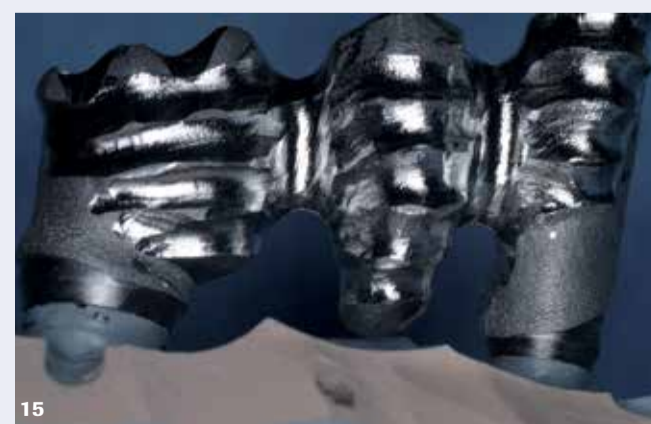
11b



13 Il bordo dopo l'asportazione della "goccia".



14 La precisione dopo la calzata dei metalli.



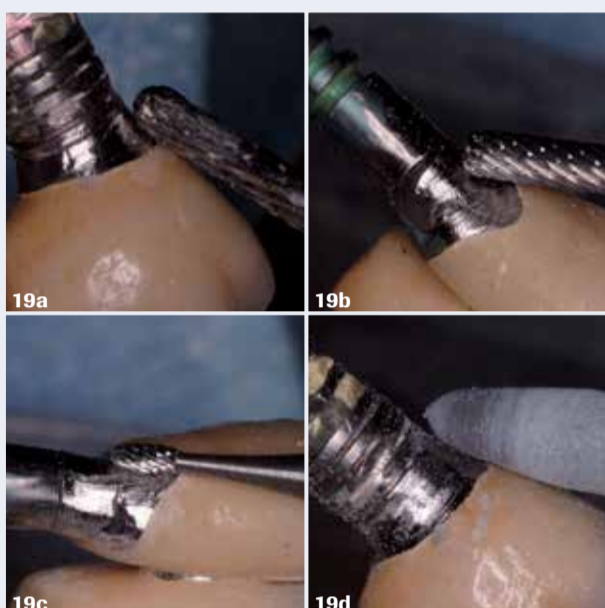
15 Il ponte pronto per la prova dei metalli.



*Opaco e ceramizzazione.*



*Il ponte ceramizzato con i bordi pronti per la rifinitura.*



*La rifinitura dei bordi.*



*Particolari dei bordi di chiusura.*



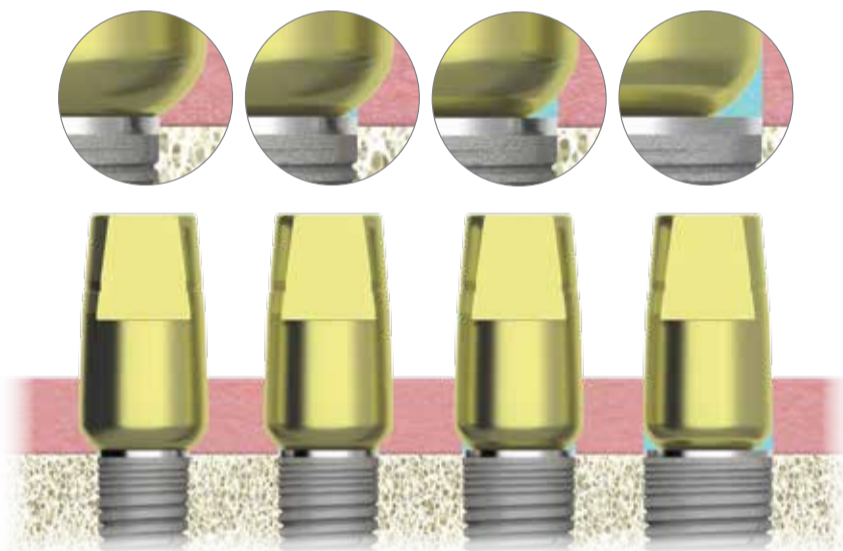
Dopo questi risultati la costruzione di ponti in Laser-Sint è entrata in maniera massiccia nella pratica quotidiana del nostro laboratorio risolvendo i problemi riscontrati all'inizio.

Nella seconda parte di questa ricerca, che verrà pubblicata nel prossimo numero, si affronterà l'esecuzione di casi molto estesi, con le relative problematiche e le strategie di risoluzione.



### I principi della tecnica B.O.P.T.

La gengiva ha la capacità di disporsi sulle forme sia nella protesi su dente naturale, sia in quella su impianti. I pilastri B.O.P.T. con disegno verticale presentano una conicità che permette l'aumento dello spazio per un incremento dello spessore della gengiva circonferenziale e un migliore adattamento ai profili emergenti del restauro protesico.



### Aumento dei volumi gengivali

La scelta di semplificare la gamma di pilastri ad una o due misure per sistemare l'implantare è supportata anche dagli ottimi risultati clinici dei **protocolli Switching Platform** riportati in letteratura. Con i pilastri B.O.P.T. il mismatching viene reso disponibile per una maggiore quantità di tessuto gengivale, che si organizza e si stabilizza in tessuto cheratinizzato attorno alla corona protesica.

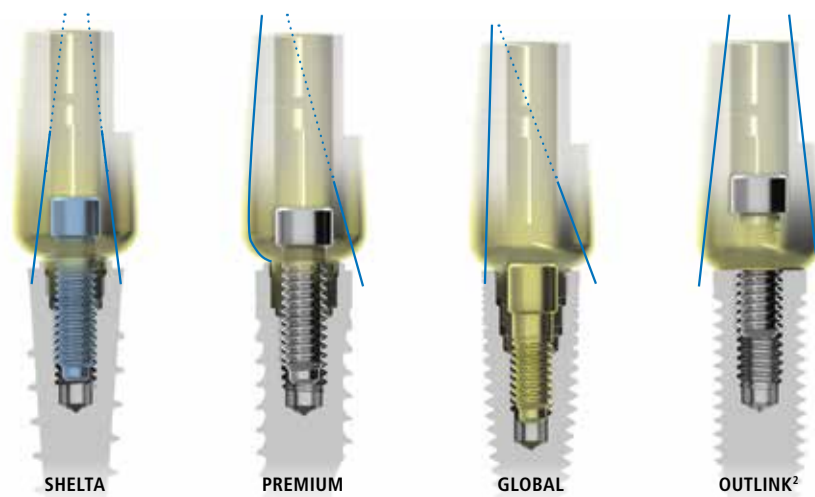


### Singole o ponti: un'unica filosofia

I principi della tecnica B.O.P.T. su impianti possono essere applicati sia a situazioni di monoedentulia, sia a riabilitazioni su ponti di qualunque estensione, fino al full arch, con i medesimi pilastri. Questo semplifica notevolmente le procedure di laboratorio e di studio, nell'ottica di un protocollo semplice e predicibile.

### Personalizzazione del pilastro a 360°

La morfologia del pilastro fresabile è stata studiata per consentire sia la riduzione centrica, sia diverse opzioni di angolazione della protesi senza intaccare la robustezza delle pareti di supporto. In questo modo è possibile effettuare una **personalizzazione del pilastro a 360°**.



# Nuovo sistema implantologico Shelta

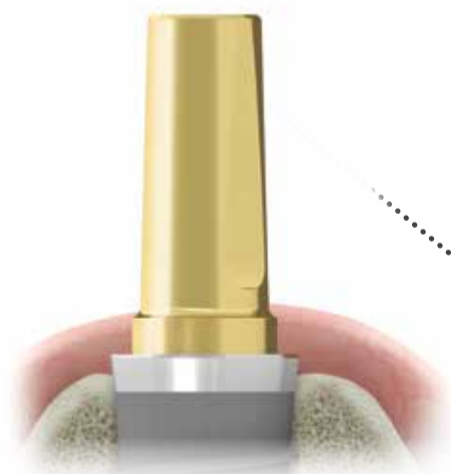
## Shelta o Shelta SL?

La morfologia conica degli impianti Shelta li rende indicati in caso di ridotti spazi inter-radicolari; inoltre il loro apice stondato è ideale per procedure di rialzo del seno. In particolare, la filettatura degli impianti Shelta SL conferisce grande stabilità primaria nel caso di osso poco compatto e nelle chirurgie post-estrattive.



### Collarino

Un collarino sovrastante il collo degli impianti Shelta conferisce grande stabilità alla connessione, e garantisce una corretta distribuzione delle forze masticatorie. La parte interna del collarino consente inoltre un ingaggio ottimale e sicuro del driver di inserimento.



### Switching Platform

Tutti i diametri degli impianti Shelta presentano un unico esagono di connessione, sovrastato da un collarino perimetrale che è il medesimo in tutte le piattaforme implantari: questo consente senza problemi l'applicazione dei protocolli di Switching Platform, riducendo così i rischi di riassorbimento osseo e migliorando il mantenimento dei tessuti perimplantari.



Shelta



Shelta SL  
(Spira Larga)

### La scelta della spira

L'impianto Shelta è disponibile in due versioni:

- standard, con corpo e filettatura che presentano morfologia conica
- "SL" (spira larga), con corpo conico e profilo esterno delle spire cilindrico, costante lungo tutta la lunghezza dell'impianto.



### Ampia gamma protesica

La comune geometria di connessione degli impianti Shelta semplifica notevolmente la gestione della protesi, consentendo al medico un'ottimizzazione sia nell'acquisto delle componenti protesiche che nella scelta del diametro implantare più idoneo alle sue esigenze.



### 3 diametri implantari, 1 unica connessione

Gli impianti Shelta presentano un'unica geometria di connessione ad esagono interno, con collarino esterno uguale per tutti i diametri implantari disponibili.

# 14

## Posizionamento implantare e ricostruzione dei tessuti duri e molli: un protocollo semplificato

**Dott. Giuseppe Corrente, Dott. Roberto Abundo, Dott. Marco Greppi,  
Dott. Michele Perelli, Odt. Andrea Villa**



*Dott. Giuseppe Corrente  
Adjunct Professor – Department of Periodontics, University of Pennsylvania-Philadelphia,U.S.A.  
Libero Professionista- SICOR – Torino*



*Dott. Marco Greppi  
Libero Professionista- SICOR – Torino*



*Odt. Andrea Villa  
Laboratorio Odontotecnico CMV – Torino*



*Dott. Roberto Abundo  
Adjunct Professor – Department of Periodontics, University of Pennsylvania-Philadelphia,U.S.A.  
Libero Professionista- SICOR – Torino*



*Dott. Michele Perelli  
Libero Professionista- SICOR – Torino*

### Abstract

Patologie infettive di natura endodontica o parodontale e fratture radicolari spesso determinano gravi difetti ossei, in special modo a carico della parete vestibolare.

I volumi ossei residui post estrattivi risultano pertanto spesso alterati, tanto nelle loro dimensioni apico coronali quanto in quelle vestibolo-palatine, con evidenti deficit e asimmetrie anche a carico dei tessuti mucogengivali.

Oggetto del presente case-report è presentare un protocollo semplificato per il ripristino morfologico dei tessuti duri e molli contestualmente all'inserimento di un impianto in zona estetica.

### Introduzione

Il successo clinico della riabilitazione implanto-supportata prevede accanto all'osteointegrazione della fixture, il ripristino anatomico della morfologia dei tessuti circostanti con una valida integrazione nel contesto anatomico in cui l'impianto stesso viene inserito.

Negli ultimi anni sono state sviluppate diverse tecniche chirurgiche mini-invasive, che mediante l'utilizzo di biomateriali e di sostituti dei tessuti permettono di raggiungere con una sola fase chirurgica l'obiettivo prefissato con una buona prognosi a lungo termine e ridotto discomfort per il paziente rispetto all'impiego di materiale autologo.



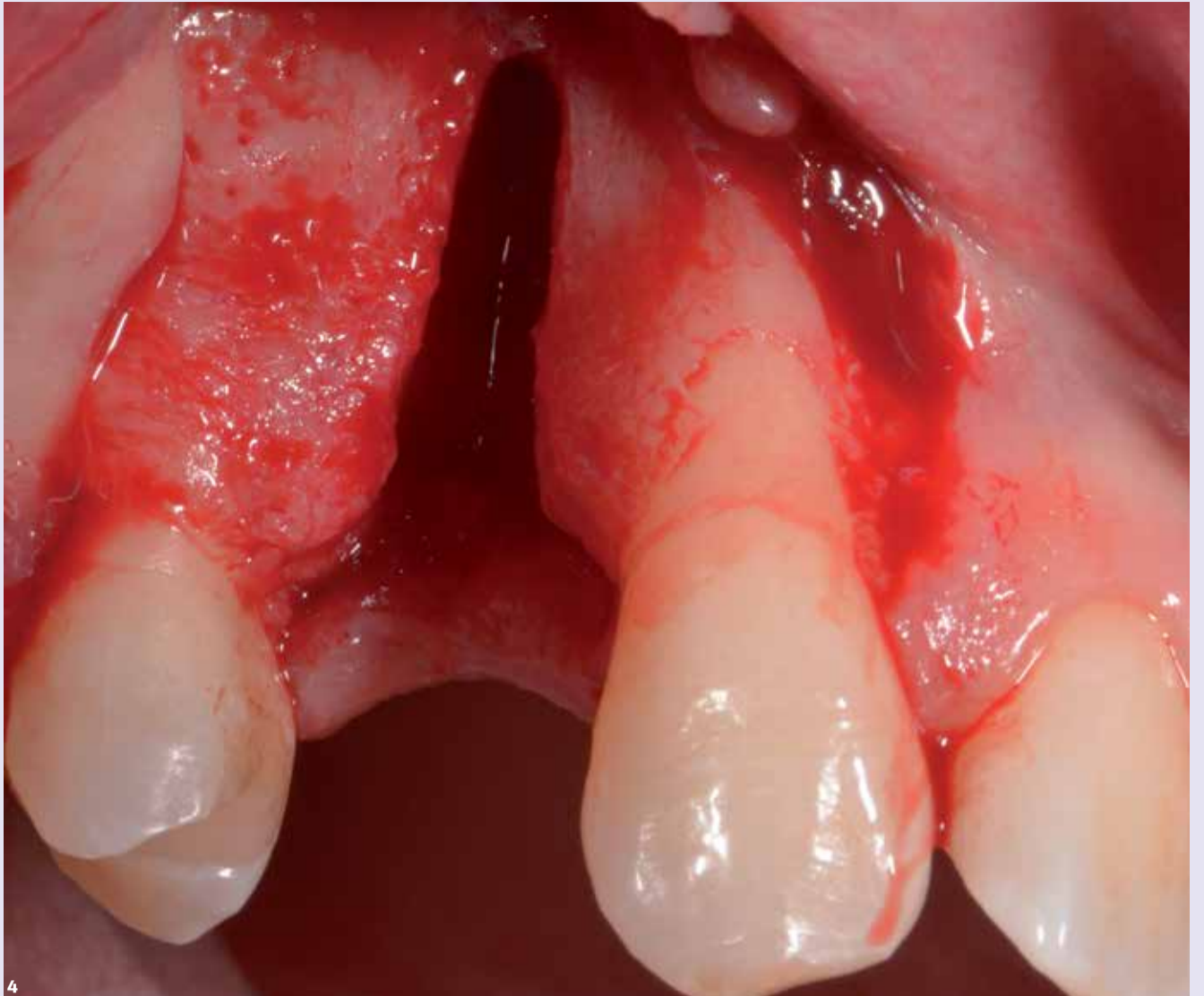
**1**  
Sito edentulo in sede 1.4: si osservi il deficit di spessore di tessuti sul versante vestibolare.



**2**  
Visione oclusale del sito in figura 1: si osservi anche qui la profonda depressione vestibolare.



3 Radiografia endorale preoperatoria.



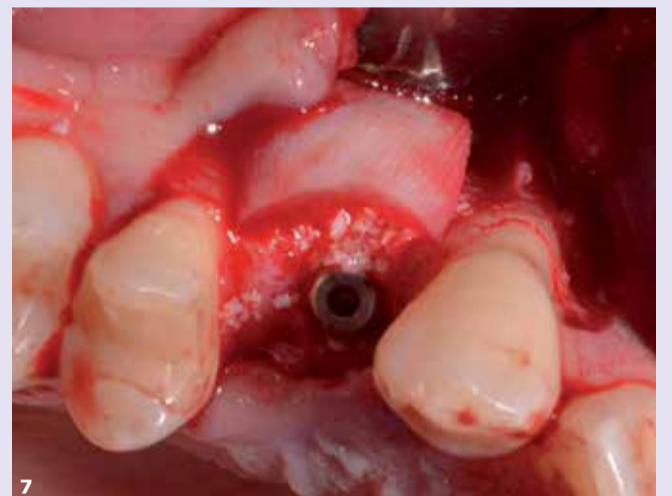
4 Visione intraoperatoria del difetto osseo.



5 Impianto Shelta inserito: si osservi la deiscenza ossea residua.



6 Osso bovino deproteinizzato miscelato con colla di fibrina a chiusura del difetto osseo perimplantare.



7 Matrice di collagene sostitutiva del tessuto connettivo utilizzata al di sopra dell'osso particolato per ispessire i tessuti molli vestibolari.



8 Sutura del lembo: visione vestibolare.



9 Sutura del lembo: visione occlusale.



10 Radiografia endorale post-operatoria.



11  
Visione clinica vestibolare dopo rimozione delle suture a 7 giorni.



12  
Visione clinica occlusale dopo rimozione delle suture a 7 giorni.



13  
Visione clinica vestibolare della guarigione a 4 mesi.



14  
Visione clinica occlusale della guarigione a 4 mesi.

### Materiali e metodi

Un paziente di 38 anni, di sesso maschile, si presenta all'osservazione con un sito 1.4 edentulo, riferendo perdita del dente in questione per frattura avvenuta 6 mesi prima. In seguito all'estrazione residuava una grave perdita volumetrica orizzontale dei tessuti.

Si procede dunque con l'intervento di chirurgia implantare, con finalità di ricostruire i tessuti di supporto e correggere il deficit estetico.

Viene effettuato un lembo a spessore misto (spessore totale coronalmente, spessore parziale alla base dello stesso) con incisione verticale di rilascio mesiale a 1.3 e creazione di recessione a carico dell'elemento 1.5 al fine di far avanzare coronalmente il lembo dopo la procedura rigenerativa e ricoprire l'aumento di volume dei tessuti ottenuto con la procedura chirurgica.

Il sito si presenta con assenza della parete ossea vestibolare.

Viene inserito un impianto (Sweden & Martina) Shelta di diametro 4.25 mm e di lunghezza 15 con torque di inserimento di 65 NCm.

La conicità dell'impianto consente di ottenere tale importante stabilità primaria anche in assenza pressoché completa della parete vestibolare.

La deiscenza ossea residua viene colmata con osso bovino deproteinizzato (Bio-Oss, Geistlich) particolato miscelato con colla di fibrina (Tisseel, Baxter).

A copertura dell'area viene applicata una matrice di collagene sostitutiva del tessuto connettivo (Mucograft, Geistlich) per aumentare lo spessore dei tessuti molli.

Il lembo viene suturato con punti staccati in nylon 6.0 (Polinyl, Sweden & Martina) e nell'impianto viene montata una vite transmucosa di 2 mm di altezza, lasciando guarire in situazione semi-sommersa.

La rimozione della sutura viene effettuata dopo 7 giorni ed in tale data è già apprezzabile una buona correzione del deficit osseo e mucoso iniziale.

Dopo un periodo di guarigione di 4 mesi, previa plastica del tessuto molle vestibolare con laser a diodi, si rileva l'impronta con silicone con tecnica a strappo e vengono posizionati un perno moncone in titanio fresato con sistema CAD (Sweden & Martina) e una corona provvisoria in resina al fine di condizionare i tessuti molli.

Dopo 4 mesi con carico viene posizionata la corona definitiva (cappetta in zirconia e relativa ceramizzazione) sempre ottenuta con fresaggio industriale secondo la tecnica CAD CAM.

### Discussioni e conclusioni

Il caso qui sopra esposto mostra come sia oggi possibile ottenere risultati di eccellenza nella ricostruzione dei tessuti duri e molli anche senza l'utilizzo di prelievi autologhi.

L'approccio semplificato non strettamente operatore dipendente e mini-invasivo illustrato, mediante l'utilizzo di biomateriali sostitutivi del tessuto osseo e del tessuto connettivo, risulta avere una predicibile applicazione nella risoluzione di deficit osteo-mucosi, con bassa percentuale di possibili complicanze associate.

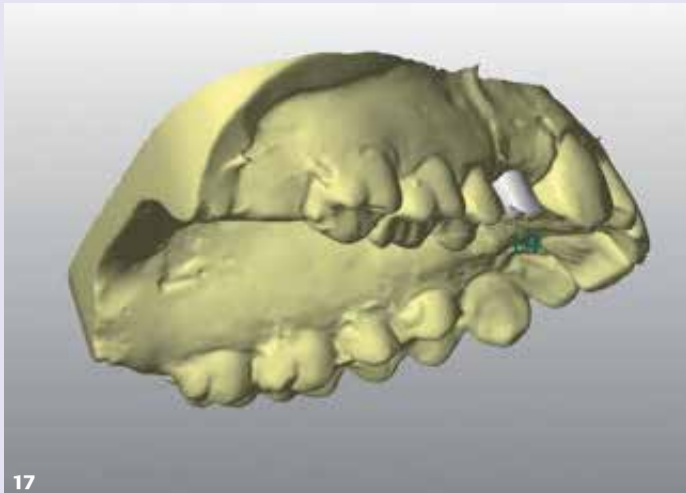


15  
Immagine radiografica Cone Beam a 4 mesi : si osservi lo spessore della parete ossea vestibolare nella sede oggetto di trattamento rigenerativo.



16  
Plastica gengivale vestibolare con laser a diodi per accedere alla vite di guarigione sull'impianto.





17  
Progettazione digitale del manufatto protesico.



18  
Abutment in titanio fresato con sistema CAD, posizionato sul modello in gesso.



19  
Struttura in zirconia fresata con sistema CAD, posizionata sul modello in gesso.



20  
Visione clinica dell' abutment avvitato sull' impianto.



21  
Corona provvisoria in resina appena cementata sull' abutment.



22  
Corona definitiva in ceramica su zirconia: visione vestibolare.



23  
Corona definitiva in ceramica su zirconia: visione occlusale. Si osservi l'ottimo profilo orizzontale ottenuto con la ricostruzione dei tessuti duri e molli.



24  
Radiografia endorale di controllo dopo la protesizzazione definitiva.

**Bibliografia**

1. Corrente G., Abundo R., Cardaropoli G., Martuscelli G., Trisi P.; *Supracrestal bone regeneration around dental implants using a calcium carbonate and a fibrin-fibronectin sealing system: clinical and histologic evidence.* Int J Periodontics Restorative Dent. 1997; 17: 170-181.
2. Corrente G., Abundo R., Cardaropoli D., Cardaropoli G., Martuscelli G.; *Long-term evaluation of osseointegrated implants in regenerated and nonregenerated bone.* Int J Periodontics Restorative Dent. 2000; 20: 390-397
3. Prasad R., Al-Kheraif A.A.; *Three-dimensional accuracy of CAD/CAM titanium and ceramic superstructures for implant abutments using spiral scan microtomography.* Int J Prosthodont. 2013; 26: 451-457
3. Sanz M., Lorenzo R., Aranda J.J., Martin C., Orsini M.; *Clinical evaluation of a new collagen matrix (Mucograft prototype) to enhance the width of keratinized tissue in patients with fixed prosthetic restorations: a randomized prospective clinical trial.* J Clin Periodontol. 2009; 36: 868-876
4. Simion M., Rocchietta I., Fontana F., Dellavia C.; *Evaluation of a resorbable collagen matrix infused with rhPDGF-BB in peri-implant soft tissue augmentation: a preliminary report with 3.5 years of observation.* Int J Periodontics Restorative Dent. 2012; 32: 273-282.
5. Takeichi T., Katsoulis J., Blatz M.B.; *Clinical outcome of single porcelain-fused-to-zirconium dioxide crowns: A systematic review.* J Prosthet Dent. 2013 Oct; 26. doi:p11: S0022-3913(13)00216-3. 10.1016/j.prosdent.2013.09.015. [Epub ahead of print]

# Direct Prosthetic Framework (D.P.F.)

**Team Poliambulatorio Le Vele, Torino:**

**Dott. Walter Avellino, Dott. Andrea De Maria, Dott. Ugo Milan, Dott. Lorenzo Tamagnone, Odt Daniele Delle Rose**



*Dott. Walter Avellino*

*Laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università degli Studi di Torino nel 2001.  
Libero professionista in Torino, con attività dedicata in particolare alla conservativa estetica e alla protesi estetica.  
Collabora presso diversi studi occupandosi prevalentemente di riabilitazioni implanto -protesiche.*



*Dott. Ugo Milan*

*Laureato in Odontoiatria e Protesi dentaria presso l'Università degli Studi di Torino nel 1987.  
Libero professionista in Torino, con attività dedicata in particolare alla chirurgia orale, collabora con il Poliambulatorio Le Vele in qualità di responsabile del reparto odontoiatrico nell'ambito di un'équipe multidisciplinare articolata in varie specializzazioni.*



*Odt Daniele Delle Rose*

*Diplomato presso l'I.P.S.I.A. "G. Plana di Torino nel 1996.  
Svolge la propria attività presso il Laboratorio Creazioni Dentali dal 1999 occupandosi prevalentemente di Protesi Fissa e Mobile su Impianti.*

*Dott. Andrea De Maria  
Laureato in Odontoiatria nel 2011 presso l'Università di Torino,  
Summa cum Laude.  
Pratica la libera professione dal 2012 presso il Poliambulatorio Le Vele di Torino.  
Membro dell'AIOP.*



*Dott. Lorenzo Tamagnone  
Laureato con lode nel 2006 presso l'Università degli Studi di Torino.  
Libero professionista a Torino dal 2007.  
Si occupa prevalentemente di endodonzia, protesi su denti naturali e impianti.  
Coautore di pubblicazioni su riviste internazionali e nazionali.*



## Abstract

La realizzazione di una riabilitazione implantare a carico immediato rappresenta una sfida per il team dello studio odontoiatrico ed il successo è legato alla sinergia tra fasi chirurgiche e protesiche.

Attraverso l'esecuzione di un case report viene descritta una tecnica semplice per fabbricare un provvisorio full arch a carico immediato.

L'uso di nuovi elementi appositamente progettati per realizzare il framework di resina calcinabile e la cementazione intraorale della travata metallica permettono di diminuire i tempi di inserzione del provvisorio ad 8 ore dal termine della chirurgia ed ottenere i requisiti di resistenza e passività importanti durante la prima fase del carico implantare.

## Introduzione

Nel corso degli ultimi anni sono state proposte numerose tecniche in campo implanto-protesico per realizzare protesi full-arch a carico immediato, provvisorie o definitive. Le soluzioni prevedono l'inserimento di un numero variabile di pilastri implantari (da 4 a 6 impianti) con tempi di consegna del manufatto protesico variabili tra le 6 e le 72 ore<sup>1-3</sup>.

Grande attenzione è stata rivolta ai fattori determinanti l'insuccesso e le complicanze di tali riabilitazioni.

In particolare, la frattura del provvisori realizzati in resina acrilica senza nessun tipo di rinforzo è una complicanza che suggerisce la necessità di rinforzare la protesi già nella fase precoce di funzionalizzazione.

Tra le possibili alternative, l'utilizzo di un framework metallico fuso sembra essere una scelta sicura per garantire il rinforzo e la passività raccomandati<sup>4-5</sup>.

Questa procedura prevede l'esecuzione di passaggi clinici delicati e dipendenti dall'abilità dell'operatore, talvolta causa di imprecisione ed allungamento dei tempi di consegna del manufatto stesso.

Attraverso l'esecuzione di un case-report viene descritta la tecnica di costruzione di un provvisorio full-arch a funzione immediata dotato di un rinforzo metallico.

Il protocollo prevede l'uso di componentistica dedicata all'assemblaggio intraorale di un framework in resina calcinabile. Tale struttura potrà essere direttamente fusa in laboratorio e cementata all'interno del cavo orale per ottenere la massima passività<sup>6</sup>.

## Tecnica

1. Determinare e correggere, se necessario, l'occlusione delle protesi esistenti del paziente per ottenere un'occlusione stabile, con il maggior numero di contatti sincroni possibili. Sviluppare i modelli di studio e montarli in articolatore a valori semi-individuali utilizzando un record di centrica e l'arco facciale.
2. Programmare la chirurgia seguendo un protocollo di carico immediato: l'inserimento di 5-6 impianti, con un torque d'inserimento di almeno 70 Ncm, è sufficiente (Fig 1).
3. Posizionare gli elementi transmucosi (P.A.D.) in modo tale che tutti i profili siano extragengivali. Serrarli a 25 Ncm seguendo le indicazioni del produttore (Fig. 2).



1  
Ortopantomografia iniziale.



2  
Posizionate le fixtures (Outlink², Ø 4,10 mm, Sweden & Martina, Padova, Italy), inserimento dei pilastri transmucosi che prolungano la testa dell'impianto in posizione extragengivale.

4. Suturare il lembo con punti interrotti.
5. Posizionare gli o-ring nella scanalatura dedicata sulle cannule.
6. Posizionare le cannule sui P.A.D. e serrarle con un cacciavite manuale (Fig.3).
7. Posizionare le cappe calcinabili preformate sulle cannule. L'o-ring precedentemente inserito avrà funzione di stop (Fig.4).
8. Unire le cappe calcinabili con resina fotopolimerizzabile e barre preformate di pmma per limitare la contrazione (Fig.5).
9. Rinforzare il framework con resina autopolimerizzabile.
10. Svitare le cannule e rimuovere il framework in resina. Inviarlo al laboratorio (Fig.6).



3  
Posizionamento della canula. È possibile osservare l'o-ring inserito nella apposita scanalatura.



4  
Posizionamento della resina calcinabile passivata.



5  
Splintaggio delle resine calcinabili con barrette in resina preformata e resina fotopolimerizzabile.



6  
Rimozione del framework in resina rinforzato con resina autopolimerizzante per l'invio al laboratorio.



7  
Cementazione intraorale. È possibile osservare il posizionamento degli ausili alla cementazione e del gel di clorexidina.



8  
Impronta in alginato. Il portaimpronte modificato permette di controllare il corretto raggiungimento della centrica iniziale.

11. In laboratorio il tecnico rinforza la travata con resina e cera, e la fonde. Controlla la passività del framework metallico e rifinisce la travata.
12. Testare la passività e il fitting intraorale.
13. Posizionare le cannule nel framework.
14. Posizionare le viti nelle cannule e proteggere il foro d'accesso con gel di clorexidina.
15. Posizionare gli ausili di cementazione.
16. Posizionare il cemento resinoso tra il framework e le cannule, inserire il tutto sopra i transmucosi, stringere manualmente le viti. È necessario mantenere il framework a fondo per almeno 8 minuti fino a completo indurimento del cemento (Fig.7).
17. Rimuovere la travata cementata, ripulire gli eccessi di cemento e abbassare le cannule in modo che non interferiscano durante la presa dell'impronta.
18. Prendere un'impronta in alginato con un portaimpronte individuale modificato indentato sull'antagonista. Verificare durante la presa dell'impronta il raggiungimento dell'occlusione progettata (Fig.8).
19. Il portaimpronte individuale è dotato di un foro in concomitanza dell'emergenza di una cannula attraverso il quale è possibile svitare la vite e rimuovere l'impronta ed il framework metallico dal cavo orale.
20. Mandare l'impronta al laboratorio che provvede ad inserire gli analoghi, sviluppare l'impronta e, tramite il portaimpronte individuale modificato, rimontare i modelli in articolatore. Il tecnico monta i denti del commercio e finalizza il provvisorio attraverso mascherine guida (Fig.9).
21. Valutare la protesi provvisoria intraoralmente e effettuare gli aggiustamenti necessari (Fig.10).
22. Avvitare manualmente il provvisorio e chiudere i fori di accesso con Teflon e cemento provvisorio (Fig.11).



Colatura del modello e relazione con l'antagonista.



Controllo intraorale dell'occlusione e degli spazi igienici.



Consegna.



Componentistica: ausilio alla cementazione, canula, resina calcinabile passivata, o-ring, vite.

## Discussione

Questa tecnica permette di realizzare in 8 ore una protesi provvisoria full-arch per protocolli implantari di carico immediato, ottemperando ai requisiti di resistenza e passività richiesti.

L'uso di componenti dedicati alla metodica (Fig. 12) permette di modellare facilmente una travata in resina calcinabile, diminuire i costi di realizzazione e accorciare i tempi d'esecuzione. Il flusso di lavoro risulta quindi semplice e lineare.

La cementazione intraorale elimina i problemi di misfit del framework metallico, che richiederebbero il taglio e la saldatura della travata, e garantisce un'ottima passività.

Le radiografie mostrano un perfetto matching tra i diversi componenti e l'assenza di misfits (Fig. 13).

Il provvisorio così realizzato può essere inoltre utilizzato come dima di posizione per la realizzazione della protesi definitiva.



13  
Ortopantomografia finale.

## Bibliografia

1. Brånemark P.I., Engstrand P., Öhrnell L.O., Gröndahl K., Nilsson P., Hagberg K., Darle C., Lekholm U.; *Brånemark Novum: a new treatment concept for rehabilitation of the edentulous mandible. Preliminary results from a prospective clinical follow-up study.* Clin Implant Dent Relat Res. 1999; 1(1): 2-16.
2. De Bruyn H., Van de Velde T., Collaert B.; *Immediate functional loading of TiOblast dental implants in full-arch edentulous mandibles: a 3-year prospective study.* Clin Oral Implants Res 2008;19:717-23.
3. Agliardi E., Panigatti S., Clericò M., Villa C., Malò P.; *Immediate rehabilitation of the edentulous jaws with full fixed prostheses supported by four implants: interim results of a single cohort prospective study.* Clin Oral Implants Res 2010;21:459-65.
4. Rodrigues A.H., Morgano S.M., Guimaraes M.M., Ankly R.; *Laboratory-processed acrylic resin provisional restoration with cast metal substructure for immediately loaded implants.* J Prosthet Dent 2003;90:600-4.
5. Collaert B., De Bruyn H.; *Immediate functional loading of TiOblast dental implants in full-arch edentulous maxillae: a 3-year prospective study.* Clin Oral Implants Res. 2008;19:1254-60.
6. Karl M., Rosch S., Graef F., et al.; *Static implant loading caused by as-cast metal and ceramic-veneered superstructures.* J Prosthet Dent 2005;93:324-330

# Riabilitazione con impianto post-estrattivo immediato in zona estetica: Case Report

**Dott. Michele M. Figliuzzi, Dott.ssa Rossella De Fazio, Dott.ssa Rosamaria Tiano,  
Dott. Francesco Scordamaglia, Dott. Leonzio Fortunato**



*Dott. Michele Figliuzzi*

*Laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria con 110 e lode presso la II° Università di Roma Tor Vergata.*

*Specializzato in Chirurgia Orale presso l'Università La Sapienza di Roma.*

*Master di Parodontologia con il Prof. Odrich della New York University (USA).*

*Master di II livello in Parodontologia, Università "La Sapienza" di Roma.*

*Diploma in Clinical Periodontology nei corsi tenuti in Italia dalla scuola di Goteborg (Prof. J.Linde).*

*Master Avanzato di Implantologia orale presso l'Università la Sapienza di Roma diretto dal Prof. Palattella.*

*Master in Parodontologia, presso l'Università la Sapienza di Roma diretto dal Prof. A. Pilloni*

*Dottore di Ricerca in Malattie Odontostomatologiche presso l'Università degli studi "Magna Graecia" di Catanzaro, facoltà di*

*Medicina e Chirurgia, Professore a contratto di Parodontologia al corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria, presso*

*l'Università degli studi "Magna Graecia" di Catanzaro, facoltà di Medicina e Chirurgia, Malattie odontostomatologiche.*

*Docente presso il Master in implantologia Orale, università la Sapienza di Roma, diretto dal Prof. M. Quaranta.*

*Relatore in numerosi congressi e autore di pubblicazioni su diverse riviste nazionali e internazionali.*

*Dott.ssa Rossella De Fazio*

*Laurea nel 2012 in Odontoiatria e Protesi Dentaria con votazione 110/110 lode e menzione di merito e tesi sperimentale:*

*"Relazione tra emodinamica macrovascolare e microvascolare valutata attraverso spettrofotometria nelle parodontopatie"*

*in collaborazione con il CNR Canadese e il prof. Kan-Zhi Liu. Dal 2009 frequentatore volontario del Reparto di Malattie*

*Odontostomatologiche dell'Università degli studi Magna Grecia di Catanzaro diretto dal*

*prof. Leonzio Fortunato. Dal 2012 in libera professione occupandosi di conservativa, endodonzia e pedodonzia. Collabora con*

*il prof. M. Figliuzzi nella didattica di Parodontologia II presso la Facoltà di Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università*

*degli studi Magna Grecia di Catanzaro.*

*Frequenta corsi post laurea in Italia ed è relatrice in diversi convegni nazionali.*

*È co-autrice di diverse pubblicazioni. Membro dell'AIOP.*



*Dott.ssa Rosamaria Tiano*

*Laurea nel 2007 in Odontoiatria e Protesi Dentaria con votazione 110/110 e Tesi sperimentale, con frequenza di due anni*

*presso il reparto di Chirurgia Maxillo Facciale del Policlinico universitario di Germaneto, riguardante l'aumento di creste*

*alveolari atrofiche mediante tecnica split crest con il prof. M. Figliuzzi.*

*Dal 2005 svolge l'attività di frequentatore volontario del Reparto di Malattie Odontostomatologiche dell'Università degli*

*studi Magna Grecia di Catanzaro diretto dal prof. Leonzio Fortunato. Dal 2007 svolge la libera professione occupandosi*

*di odontoiatria generale e in modo specialistico di parodontologia e chirurgia orale. Dal 2008 è cultore della materia di*

*Parodontologia II presso la Facoltà di Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università degli studi Magna Grecia di*

*Catanzaro. Frequenta corsi post laurea in Italia ed è relatrice in diversi convegni nazionali. È co-autrice di diverse pubblicazioni.*

## Caso clinico

Una donna di 44 anni, non fumatrice, si presenta alla nostra attenzione con una frattura radicolare del 1.2; tale frattura è comunque evidenziata da un RX OPT (fig. 1) ed RX endorale con tecnica parallela per valutare inoltre la possibilità di eseguire un impianto post-estrattivo immediato.

Dall'anamnesi medica non risultano malattie cardiovascolari, diabete, immunodeficienze, diatesi emorragiche e disordini del metabolismo osseo che possano inficiare l'osteointegrazione o essere una controindicazione all'inserimento di un impianto; dall'anamnesi odontoiatrica si evidenzia una storia di processi cariosi. L'esame obiettivo del cavo orale oltre che confermare i sospetti anamnestici ci ha permesso di osservare un livello soddisfacente di banda di gengiva aderente. Alla visita clinica sono stati eseguiti dei sondaggi parodontali, che davano esito negativo.

Viene così effettuata l'estrazione della radice dell'elemento 1.2.

L'anestesia locale era eseguita con infiltrazione plessica di articaina con adrenalina 1:100.000 (Ubistesin, 3M Espe, U.S.A.).

L'estrazione dell'elemento dentario è stata effettuata nel modo più conservativo possibile, facendo particolare attenzione a non ledere le pareti ossee alveolari, in particolare, la corticale vestibolare.

A questo fine si è utilizzato il bisturi Beaver n. 64, come un sindesmotomo, per lussare la radice con l'ausilio di un martelletto chirurgico (fig.2-3). Questo ha garantito l'integrità dell'osso alveolare e le sue capacità riparative.



# 22

Nella stessa seduta è stato inserito un impianto Premium 4.25 x 11.5, di dimensioni congrue a quelle dell'alveolo post-estrattivo (*fig.4*), con superficie di tipo HRPS (High Roughness Plasma Spray, trattamento apicale degli impianti DES) Sweden & Martina (Italia) non sommerso e con una vite di guarigione lunga (*fig.5*).

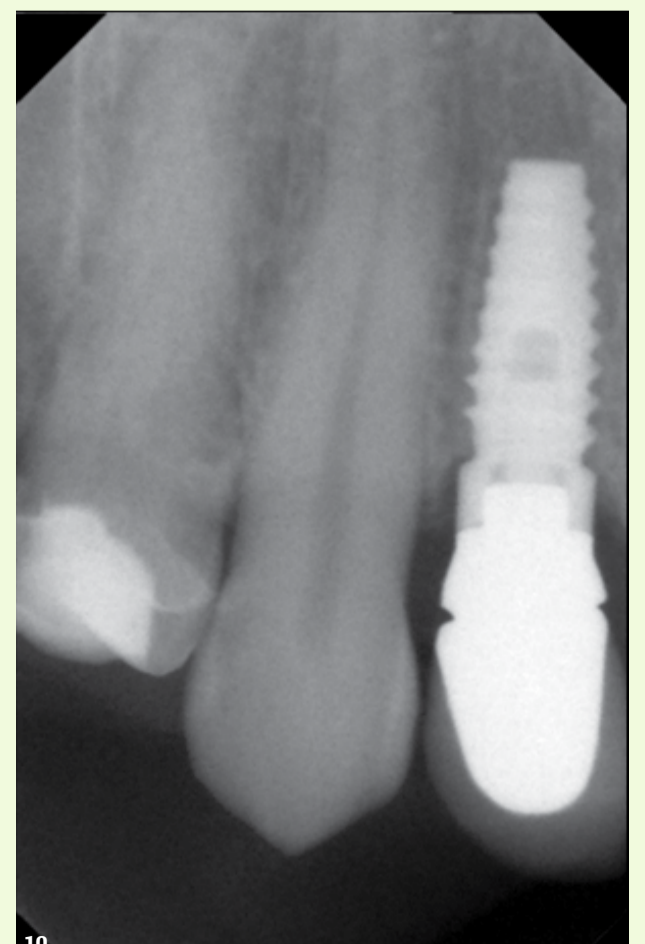
L'impianto, grazie alla sua capacità autofilettante, viene inserito nell'alveolo senza effettuare alcun fresaggio e, naturalmente, non viene sommerso. La parte rugosa è stata posizionata infraossea lasciando la parte liscia del colletto fuori, nel rispetto dell'ampiezza biologica, per dare attacco alle fibre connettivali.



Inserito l'impianto, residuava un gap di circa 1,8 mm che veniva colmato con del collagene di tipo Gingistat (Italia). La sutura è stata effettuata mediante punti staccati ad ancoraggio sottoperiosteale (*fig.6*).

L'impianto è stato caricato protesicamente in modo precoce ed il follow-up è avvenuto mediante controlli clinici e radiografici a 15, 30, 90 giorni ed 1 e 2 anni.

Il controllo clinico a 30 gg evidenzia una buona guarigione dei tessuti, con la formazione di un ottimo profilo di emergenza (*fig.7-8*). Il caso viene temporizzato a 30 gg con un provvisorio. Visione clinica ad 1 anno (*fig.9a-b*) e controllo Rx a 2 anni che mostra l'ottimo mantenimento del livello osseo crestale (*fig.10*).



# La Fondazione Prof. Luigi Castagnola alla soglia dei 30 anni



## Dott. Nicola Perrini

*Medico Chirurgo, Specialista in Odontoiatria e Stomatologia, libero professionista a Pistoia.*

*Membro fondatore e Past President della Società Italiana di Endodonzia (SIE),  
Membro fondatore e Past President dell'Accademia Italiana di Endodonzia (AIE),  
Past President della Società Italiana di Storia dell'Odontostomatologia (SISOS),  
Presidente della Fondazione Prof. Luigi Castagnola,  
Presidente dell'Associazione Amici di Brugg,  
Direttore scientifico della Rivista di Odontoiatria degli Amici di Brugg.*

## Dott. Perrini, ci vuole raccontare gli antefatti della Fondazione Prof. Luigi Castagnola?

Costituita, per mia iniziativa, il 20 marzo 1985 a Pistoia, la Fondazione ha preso forma in seguito al regalo fattomi dal Professor Castagnola del suo materiale scientifico e didattico comprensivo anche di larga parte di quello dei suoi Maestri Hess, Gysi, Walkhoff ed altri ancora. Avevo conosciuto il Professore nel giugno del 1969, da poco laureato in medicina, a Saint Vincent in occasione del 12° Congresso degli Amici di Brugg ed ero stato colpito dalla sua cultura scientifica; negli anni successivi si era venuto lentamente a stabilire tra noi un bel rapporto maestro-allievo.

Giunto alla soglia dei 70 anni e meditando di chiudere lo studio di Sihlporteplatz a Zurigo, era molto preoccupato per non sapere dove collocare tutto il materiale scientifico che aveva accumulato sia in studio che a casa e tra l'altro si era reso conto del precario stato di conservazione sia dei preparati istologici che delle lastre in vetro per le proiezioni che necessitavano di radicali interventi di restauro.

Lascio a uno scritto del Professore quello che avvenne: *"Un aiuto inaspettato mi venne dall'amico Garberoglio che, conoscendo il problema, mi comunicò che il Dr. Perrini Nicola, un giovane collega di Pistoia, in varie conferenze aveva proiettato preparati istologici, da lui fatti.*

*Non lo conoscevo bene, ma tornando dal Convegno di Punta Ala, Garberoglio mi accompagnò a Pistoia dove vidi con piacere e con sorpresa che il Dr. Perrini aveva un laboratorio istologico ben attrezzato e funzionante ove passava molte ore del suo tempo.*

*Proiettò dei preparati che dimostravano una ottima impostazione. Gli diedi qualche consiglio in particolare riguardo alla intensità delle colorazioni e ritornai a Lugano".*

In quella occasione il Professore mi mise al corrente di tutto il materiale scientifico che custodiva e che rappresentava gran parte della cultura odontoiatrica mitteleuropea. Era l'ottobre del 1979.

Riprende il racconto del Professore: *"Perrini mi telefonò, mi scrisse e venne anche a Zurigo dove poté vedere una piccola parte del materiale che avevo. Avemmo una lunga conversazione in serata, ritornò entusiasta il mattino dopo e ripartì per Pistoia con qualche libro del passato che gli avevo regalato".*

A questo primo viaggio a Zurigo ne seguirono molti altri fino al 1984 e gradualmente subentrò un rapporto di grande amicizia oltre che di stima e di rispetto.

Nelle lunghe ore trascorse insieme, talvolta fino a notte inoltrata, mi resi conto di avere di fronte un uomo di grandissima cultura scientifica, maestro nella ricerca applicata e profondo conoscitore dell'odontoiatria per aver vissuto in prima persona ed attivamente il momento della trasformazione della nostra professione da mestiere artigianale in vera e propria attività scientifica.

I suoi contatti con i più importanti ricercatori svizzeri e tedeschi avevano arricchito la sua capacità di critica e di sintesi e mi rendevo perfettamente conto di come cercasse in ogni modo di trasmettermi questo grande patrimonio culturale con quell'estrema onestà scientifica che era stata il filo conduttore di tutta la sua vita.

Di nuovo il Professore: *"Pensai in quel periodo alla possibilità di donargli tutto il materiale in mio possesso, ma le idee non erano ancora chiare.*

*I colloqui con Perrini furono molti e maturò in lui l'impegno di raccogliere, ordinare e classificare il tutto e, quando mi segnalò di avere a disposizione degli ampi locali, la cosa cominciò a prendere forma concreta. Ordinai con l'aiuto di mia moglie Cécile tutti i libri in mio possesso e tutto l'altro materiale che Perrini venne, in varie riprese, a ritirare a Zurigo".*

## Da qui nacque quindi l'idea di costituire una Fondazione che promuovesse gli insegnamenti del Professor Castagnola?

Nel 1984, quando buona parte del materiale era già a Pistoia, restaurato e catalogato, cominciai ad elaborare nella mia mente l'ambizioso progetto di costituire una istituzione che mettesse in pratica quei principi, trasmessi dal Professore, di insegnamento libero da ogni vincolo di interesse ed opportunismo politico, imparziale, scientificamente onesto e diretto soprattutto ai giovani colleghi.

Così nel 1985, dopo averne lungamente discusso con il Professore ed aver avuto la sua approvazione, costituì a Pistoia, con atto notarile, la "Fondazione Prof. Luigi Castagnola".

Poco dopo questo atto di costituzione, nel 1990, il Professore pubblicò un articolo che rappresenta per me, ancora oggi, il suo testamento spirituale.

*"È chiaro che il Dottor Nicola Perrini avrà tutto il mio appoggio, col mio più fervente augurio che egli possa continuare a presiedere e a dirigere la nuova istituzione e tutte le attività ad esse attinenti.*

*Nella mia mente e nel mio cuore arde l'intenzione che la Fondazione Castagnola, con tutto il suo patrimonio di opere di grandi Autori del recente passato e mie, viva e prosperi con l'impegno di insegnare a quanti verranno qui per imparare, non trascurando di tessere un filo di amicizia e di umanità che saldamente unisca e duri, al di sopra di ogni caduco e misero sentimento di interesse e vanagloria, al di là del tempo che limita senza eccezioni l'apporto personale di ognuno di noi all'opera umana in questa vita transitoria.*

*Con questo spirito ci auguriamo che in futuro altri colleghi coltivino l'iniziativa che oggi è nata dalla nostra passione per una scienza a cui abbiamo dedicato la vita, non dimentichi di chi ci ha preceduti e spinti da amore, generosità e fiducia per chi coglierà da noi il frutto di tanto lavoro per continuarlo con onore".*

## Ci racconta il percorso della Fondazione, ormai alle soglie dei 30 anni di attività?

Nel febbraio 1986 prendeva ufficialmente vita l'attività della Fondazione con il primo corso gratuito al Park Hotel di Montecatini Terme con la sponsorizzazione della giovane Dental Trey di Forlì.

Un percorso durato 27 anni fino ad oggi, caratterizzato dal generale consenso degli Odontoiatri italiani verso questa istituzione, consenso espresso da numeri importanti, basti pensare che nei 57 corsi fin qui effettuati il numero dei partecipanti è stato di oltre sessantamila. Fra le altre attività della Fondazione mi piace ricordare la ristampa di opere famose di W. Hess, di A. Gysi, di G. Preiswerk ed altre ed il potenziamento della biblioteca con opere scientifiche di indiscusso valore.

Nel corso degli anni si sono alternati nelle manifestazioni i più bei nomi dell'Odontoiatria italiana dando sempre il massimo con disinteressata amicizia.

Con il 57° corso, venendo a cessare il rapporto di sponsorizzazione della Dental Trey verso la Fondazione, mi sento in dovere di ringraziare i Sig.ri Coli per l'impegno profuso in tutti questi anni sia a Montecatini che a Rimini e di augurare per la loro azienda un futuro di successi.

## Il futuro della Fondazione?

Con il 58° Corso la Fondazione continuerà la propria attività con la collaborazione della Sweden & Martina di Due Carrare (PD), nuovo Major Sponsor.

Il 58° Corso del 7-8 Marzo 2014 "La gestione dei tessuti molli in implantologia" unitamente al 34° Memorial Biaggi e il 59° Corso del 10-11 Ottobre 2014 "Novità in tema di preparazione ed otturazione del sistema dei canali radicolari" con il 35° Memorial Biaggi si svolgeranno al Palazzo dei Congressi di Riccione, con la certezza di continuare con successo il percorso che ci ha condotti fino ad oggi. Un particolare ringraziamento va ai Dott.ri Sandro ed Alberto Martina che, in un momento estremamente delicato per l'odontoiatria italiana, hanno voluto dare un forte segnale positivo di fiducia appoggiando una istituzione meritoria dell'Odontoiatria Italiana quale è la "Fondazione Prof. Luigi Castagnola".

Un ringraziamento va anche ai responsabili dei vari settori dell'azienda che hanno dato ampia collaborazione per l'attuazione di questo nuovo progetto.

La Fondazione continuerà il suo percorso senza stravolgere le regole che a suo tempo furono suggerite dal Professore e delle quali sono stato e sarò sempre rigido garante.

## Dove andrà l'ortodonzia?

**Prof. Dott. Ranieri Locatelli**



*Laureato nel 1981 in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Firenze, esercita la libera professione a Portogruaro (Ve). Si è sempre dedicato prevalentemente all'Ortodonzia: seguace della filosofia e della tecnica bidimensionale del prof. A.A. Gianelly, dal 1985 ne è diventato divulgatore in Italia.*

*Ideatore della tecnica di distalizzazione rapida chiamata Locasystem.*

*All'attività clinica affianca quella didattica, tenendo Corsi sia teorici che pratico-clinici.*

*Ha tenuto innumerevoli conferenze ed è stato relatore in Congressi nazionali ed internazionali.*

*Ha condotto Seminari di Ortodonzia secondo la propria tecnica nelle Università di Modena, Ferrara, Trieste e Messina.*

*Ha pubblicato vari articoli scientifici.*

*È socio ordinario della SIDO. Ha fatto parte per 6 anni del Consiglio direttivo della SiTeBi (Società italiana di tecnica bidimensionale).*

*Attualmente è prof. a contratto di Ortognatodonzia 1 e Ortognatodonzia 2 presso la Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia dell'Università di Trieste.*

Un tempo si diceva che l'Ortodonzia fosse la branca nobile dell'Odontoiatria, quella praticata dai "signorini" cui disturbava il color rosso, quella del sangue, ed era per questo che gli Ortodontisti erano pochissimi, così come si conviene ad una nobile casta, ma molto ristretta, cui appartenevano, socializzando stretto tra di loro, cultori della materia (pochissimi), acculturati alla bell'e meglio (pochi), ignoranti nella stessa materia (tantissimi), quasi tutti però con la fila di bambini e genitori fuori dello studio che, con rispettoso contegno, attendevano di essere toccati dall'Esimio,... Naturalmente senza guanti, con la sigaretta in bocca spargente cenere in ogni dove, e con a fianco una simil-perpetua che aveva il compito di far entrare, gratis, il silenziato paziente e, altresì, di non farlo uscire se non dopo aver depositato la "mensil glabella". 5, 7, 9 anni di trattamento che, oltre a procurar nuovi appartamenti all'Esimio, davano origine ad una malocclusione senz'altro diversa da quella iniziale: "Visto come sono diversi i tuoi denti rispetto a prima?"... e la risposta non poteva che esser "Sì, è proprio vero!", appagante e gratificante per entrambi. In questi anni fortunatamente le cose sono cambiate, radicalmente, in tutto: atteggiamento del professionista, pretese del paziente, mezzi adottati, risultati ottenuti, tempi più ristretti.

Forse c'è un esatto momento di inizio di questo cambiamento: il 1972, quando Andrews pubblicò un articolo ("Le sei chiavi di un'occlusione ottimale") che mise dei punti fermi in questa materia fino ad allora empirica e fantasiosa, e ne disegnò i confini, ma soprattutto ne definì i compiti: egli indicò i parametri di una buona occlusione, introducendo però un principio sconvolgente per la casta di cui sopra: "Questa è una buona occlusione!... tutto ciò che sia diverso da questo è una malocclusione!... all'occhio tu che impunemente maneggi in bocche altrui!!".

Non sono convinto ch'egli sapesse di aver rivoluzionato il mondo dell'Ortodonzia, presente, allora, e futura, di aver messo in gramaglie i "signorini", che alla lettura di quell'articolo venivano colpiti da nausea furiose e lipotimie improvvise, né più né meno che come gente normale. Se Andrews si fosse reso conto di ciò che stava combinando, forse, in calce al "maledetto" articolo, colto da una scossa di pietà, avrebbe aggiunto un P.S.: "Fate in modo che mai i pazienti leggano queste pagine!"

Dopo 40 anni vorrei dirgli: "Caro Andrews, non ce l'hai detto, ma lo abbiamo capito da noi!... i pazienti non sanno ancora niente!"

Fu per lui che nacquero le pre-informazioni applicate agli slot dei bracket, qualcosa di pazzesco, che rendeva l'Ortodonzia molto più facile, più sicura, più veloce; quell'Ortodonzia che non obbligava più al confezionamento di cervellotiche anse e pieghe sui fili, accompagnate da riti propiziatori volti a far sì che non si tradessero in realtà le maledizioni dei pazienti, in preda ai dolori, che, con la bocca in mano, sussurravano fioretti del tipo: "Gesù, se fai andare fuori strada il mio ortodontista, giuro che non fumo più, che studierò e forse vengo anche in seminario!"; quell'Ortodonzia che ha conquistato la maggior parte di noi; quell'Ortodonzia che ha tolto ai grandi Soloni la possibilità di fregiarsi del titolo di "depositario di una verità quasi divina", che, bontà loro, avevano la grazia di dispensare agli ortodontisti plebei e assetati, quasi sempre in pillole, quasi mai complete, assolutamente mai gratuite!

In questi 40 anni si sono potute affinare le tecniche esistenti e sono nate nuove tecniche che danno, giustamente, per scontate quelle che furono sofferte conquiste. Abbiamo assistito ad una evoluzione in tutti i settori di questa branca, che molto spesso ci fa sentire un po' più medici. Le esigenze dei pazienti sono cambiate: adesso chiedono soprattutto una terapia veloce, più estetica possibile, che possa garantire il mantenimento della vita sociale cui sono abituati. Una volta l'apparecchio fisso, quello con cui si fa una vera Ortodonzia, rispettosa dei dettami di Andrews, si chiamava "multibande", perché ogni dente veniva abbracciato da una banda metallica, il cui inestetismo era uno scotto da pagare per avere i denti allineati; poi ci fu l'avvento dei primi "attacchi diretti", da canino a canino; questo fu possibile in diretta conseguenza della nascita della "tecnica adesiva", prestata all'Ortodonzia dalla accondiscendente Conservativa; la superficie metallica che ricopriva i denti diminuì drasticamente, almeno sui frontali, quelli che la gente guarda. In se-





guito gli attacchi diretti soppiantarono le bande anche sui premolari, invogliando il paziente a sorridere di più, e soprattutto senza dover coprirsi la bocca con la mano "salva vergogna". Le bande resistono ancora sui sestri per poter ospitare negli appositi tubi attrezzature che devono esercitare forze importanti, che non sarebbero sopportate da un attacco diretto, che ha pur sempre una base di adesione molto inferiore a quella di una banda.

Le attrezzature cui mi riferisco sono principalmente le Trazioni Extra Orali (TEO), il cosiddetto "baffo" che il bambino era costretto a portare perché troppo piccolo per poter essere ascoltato... Quanti complessi adolescenziali, quanto odio "ad categoriam" abbiamo fatto nascere! Oggi ci diciamo tutti pronti ad andare a Roma a manifestare con i forconi davanti al Parlamento perché nessuno ne può più... lo immagino che, parimenti, ad ogni congresso di Ortodonzia avremmo potuto essere accerchiati da un'orda di ragazzi armati di TEO, da usare come fionda contro di noi... non è successo solo perché i bambini non avevano i mezzi per raggiungere città a volte molto lontane.

Oggi per fortuna è stato abbattuto il muro, l'Occidente si mescola con l'Oriente, gli orizzonti si sono aperti e le TEO non si usano più (...quasi più!). Non occorrono forze enormi per spostare i molari: 100/150 gr. sono più che sufficienti e non v'è attacco che non sopporti 150/200 gr. di forza, quindi anche per i sestri è giunta l'ora di rinunciare a quella fascetta metallica, mezza fuori e mezza dentro alla gengiva: "Cari molari è stata dura, ma ce la state facendo anche voi!". Le bande saranno ancora usate quando si dovranno confezionare apparecchi particolari, come gli espansori palatini o gli archi saldati mantentori di spazio e, allora, saranno i laboratori a fornirle; in tempi brevi non ci sarà più bisogno di avere negli studi intere scatole di bande per ogni molare, il cui costo medio è pari a 8 giorni alle Maldive, per due persone, serviti e riveriti.

I miei 12 anni sono stati caratterizzati da grandi battaglie a soldatini, quelli di piombo (nordisti contro sudisti... ma avevo anche molti indiani!); giocavamo sempre tra noi maschi perché le femmine volevano giocare "alla mamma" e a noi bambolotti e tegamini non piacevano. Oggi a 12 anni bambine e bambini si raccontano via facebook i loro "vecchi tempi", quando hanno dato il primo bacio!... ti pare che accolgano con gioia l'idea di una bella TEO con un bel cuscinetto nucale azzurro? Quasi non ci permettono più nemmeno l'applicazione di attacchi metallici: adesso vogliono sempre di più ("...sennò non lo metto!!!") gli attacchi in zaffiro sintetico, gli attacchi in ceramica monocristallina, praticamente trasparenti; la Sweden & Martina ha presentato i GLICE: bellissimi, tra i più belli visti fino ad ora sul mercato, oltre che affidabilissimi e a costi senz'altro più "umani" della concorrenza. Con questo tipo di attacchi riusciamo spesso a convincere i ragazzini (e gli adulti) ad intraprendere un percorso ortodontico vero, quello che può continuare, pur sposando le legittime ragioni estetiche, a garantire il risultato indicato da Andrews, risultato che non può essere sempre raggiunto invece con l'Ortodonzia invisibile, fatta di mascherine progressive, che senz'altro obbediscono alle richieste estetiche, ma non a quelle funzionali.

L'evoluzione futura dell'Ortodonzia sarà caratterizzata anche dalla ricerca sempre più metodica di sistemi la cui efficacia possa prescindere dalla collaborazione del paziente: neanche lui dovrà accorgersi che gli stiamo spostando i denti (consenso informato a parte). Già si stanno ottenendo notevoli risultati, soprattutto da quando una pseudo-implantologia ha fatto capolino nel mondo ortodontico. L'utilizzo di mini impianti (o mini viti che dir



si voglia) non osteointegrati, quindi facilmente rimovibili quando non servano più, ha facilitato in molti casi l'applicazione di "ancoraggi" non dipendenti dalla collaborazione del paziente. È un piccolo mondo nuovo che si sta aprendo, dove parecchio è stato fatto, ma dove moltissimo è ancora da fare; è certo che Sweden & Martina avrà importanti frecce al proprio arco anche in questo campo. Sono molto contento di aver potuto collaborare con la Sweden & Martina alla realizzazione del nuovo catalogo di Ortodonzia, che ha voluto dire per l'azienda l'ingresso in un mondo fino ad oggi non praticato e per me un meraviglioso stimolo nuovo per costruire un "progetto ortodontico", che non sarà solo commerciale, ma che dovrà portare invece ad un coinvolgimento soprattutto dei giovani ortodontisti, che vorremmo raggiungere con argomenti nuovi, con il messaggio che l'Ortodonzia andrà avanti con loro, alla conquista di nuovi obiettivi, improntati alla semplificazione delle tecniche, alla ricerca di un sempre minor disagio per il paziente, all'ottenimento di una estetica che voglia dire maggior soddisfazione dello stesso paziente, ma soprattutto ad un più sicuro raggiungimento di quella ottimale occlusione preconizzata e impostaci in modo perentorio da Andrews. Cercheremo, per quel che ci sarà possibile, di suggerire soprattutto ai giovani, attraverso i Corsi che organizzeremo, tecniche semplici, notizie sempre nuove e, perché no?, trucchi e piccole furbizie per dar loro la possibilità di offrire una migliore Ortodonzia ai propri pazienti, in modo che ognuno possa essere un domani orgoglioso del proprio passato.

P.S.: non fate leggere questo articolo ai vostri pazienti!!!



# 26

## Caso clinico con M.F. Extrusion

**Dott. Mauro Fadda**



Laureato in Odontoiatria presso l'Università degli Studi di Bologna.  
Specializzato in Ortognatodonzia presso l'Università degli Studi di Cagliari con lode e menzione speciale con tesi "Lo sviluppo ortodontico del sito implantare".  
Certificate of advanced training in implant dentistry "three months fellowship program in dental implantology and bone grafting" 2000. University of Miami.  
Prof. a c. presso la Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia dell'Università degli Studi di Cagliari. Autore e co-autore di diverse pubblicazioni in campo ortodonticoprotesico-implantare.  
Socio attivo della IAED (Italian Academy of Esthetic Dentistry).  
Libero professionista a Fiesso Umbertiano (RO) dove si occupa prevalentemente di ortodonzia, ortodonzia preprotetica e preimplantare e protesi estetica.



1  
Visione extraorale di una lesione traumatica di una paziente di 29 anni.



2a  
Foto intraorali della paziente che evidenziano la frattura a carico degli incisivi 1.1 e 2.1. La frattura a becco di flauto a carico dell' 1.1, che palatalmente si estende per alcuni millimetri all'interno della cresta ossea come evidenziato dalla radiografia endorale, non permette una ricostruzione diretta dell'elemento dentario.



3  
Visione vestibolare dell'estrusore per l'elemento 1.1, ottenuto con M.F. Extrusion kit.



4  
Visione palatale dell'estrusore per l'elemento 1.1, ottenuto con M.F. Extrusion kit.



5  
Visione vestibolare dell'elemento 1.1 a 3 settimane dall'applicazione dell'estrusore.



6  
Visione palatale dell'estrusore per l'elemento 1.1, a 3 settimane.



7  
Visione vestibolare dell'elemento 1.1 al termine dell'estrusione ortodontica (4 settimane), prima della stabilizzazione.



8  
Visione dell'elemento 1.1 durante la fase di stabilizzazione.



9  
Elemento 1.1, al momento della preparazione protesica per il posizionamento dell'elemento provvisorio per il condizionamento dei tessuti. Si noti come è stato possibile, attraverso l'estrusione, ricreare un effetto ferula adeguato.



10  
Finalizzazione estetica con corona integrale in disilicato di litio dell'elemento dentario 1.1 e faccetta in disilicato di litio del 2.1.

# M.F. EXTRUSION: il kit per l'estrusione ortodontica

Attraverso l'ortodonzia è possibile influenzare, in maniera positiva, tutti quei fattori che determinano il successo in protesi e spesso ridurre il numero e l'entità degli interventi chirurgici necessari per la finalizzazione del caso. Fra tutti i tipi di movimenti ortodontici l'estrusione è probabilmente quello più impiegato in ambito preprotetico e preimplantare poiché è in grado di coadiuvare il protesista, l'endodontista e l'implantologo in molte delle loro scelte terapeutiche rendendone più agevole il lavoro e riducendo la necessità di interventi chirurgici parodontali, specie quelli di rigenerativa preimplantare. Se utilizzata in modo corretto, questa tecnica consente di ottenere risultati eclatanti, in modo molto semplice e predicibile sia in implantologia che in protesi.

## Applicazioni:

- per il ripristino dell'ampiezza biologica;
- per garantire l'effetto ferula nelle preparazioni protesiche;
- per il livellamento delle paraboliche gengivali;
- per la correzione delle recessioni gengivali di I classe di Miller;
- per lo sviluppo ortodontico del sito implantare;
- per aumentare la qualità di osso apicale e migliorare la stabilità primaria degli impianti;
- per l'intrusione preprotetica;
- per correggere difetti parodontali.

Tutte le componenti del kit M.F. Extrusion sono disponibili anche come ricambi: il codice per il riordino è indicato nel contenitore di ciascun pezzo e nella legenda presente nel retro del coperchio del cofanetto.

Periotomo per la resezione delle fibre sopracrestali. Se alla fibrotomia sopracrestale si associa un'estrusione rapida, i tessuti molli e duri non seguono il movimento del dente stesso, ma si otterrà una estrusione pura della radice.



## Bibliografia

1. Fadda M., Villani G., Cortesi R., Fortini A.; *Ortodonzia: una alternativa al grande rialzo del seno mascellare*. Implantologia 2012; 1:77-83
2. Fadda M., Cortesi R., Lucchi P., Piras V.; *Movimenti estrusivi preprotetici: indicazione clinica-Parte 1*. Ortodonzia clinica 2010; 1:47-52
3. Fadda M., Cortesi R., Lucchi P., Piras V.; *Movimenti estrusivi preprotetici: indicazione clinica-Parte 2*. Ortodonzia clinica 2010, 4:11-20

La tecnica nelle varie applicazioni è illustrata in un vasto programma di corsi tenuti dal Dott. Mauro Fadda, ideatore del kit.



Per iscriverci ai corsi  
<http://www.sweden-martina.com>

Novità di mercato

27

# Effetti dentofacciali della terapia ortodontica in dentizione mista per la correzione delle II Classi

**Dott. Filippo Cardarelli**



*Maturità Classica. Laureato con Lode in Odontoiatria e Protesi Dentaria.  
Specializzato con Lode in Ortognatodonzia presso l'Università degli Studi di Milano.  
Cultore della materia in Odontoiatria Pediatrica presso l'Università degli Studi di Milano.  
Ha frequentato numerosi corsi di perfezionamento in Italia ed all'estero.  
Master annuale di Protesi fissa a Pesaro con il dott. Mauro Fradeani e di Ortognatodonzia a Firenze.  
Ha frequentato il corso di Digital Smile Design a Firenze con il dott. Christian Coachman ed il dott. Andrea Ricci.  
Autore di pubblicazioni su riviste nazionali ed internazionali.  
Libero professionista in Isernia, si occupa esclusivamente di Ortognatodonzia ed Odontoiatria estetica,  
collabora con specialisti in altre discipline alla risoluzione di casi particolarmente complessi.*

## Abstract

Lo scopo del seguente lavoro è quello di valutare l'importanza dei cambiamenti scheletrici e dentali indotti dalla terapia ortodontica funzionale intrapresa in età precoce, durante gli stadi più attivi della crescita scheletrica e dentale. La terapia presa in considerazione è iniziata quando la paziente è stata vista per la prima volta ossia all'età di nove anni e mezzo, quando tutti gli incisivi permanenti ed i primi molari sono completamente erotti. I primi effetti della terapia si sono visti in pochi mesi, fino ad ottenere cambiamenti occlusali e scheletrici significativi.

Le radiografie cefalometriche pre e post trattamento sono state controllate ed è stata comparata la morfologia craniofacciale prima e dopo la terapia.

Il trattamento ortodontico in dentizione mista mediante Occlus-o-Guide® è efficace per normalizzare l'occlusione e ridurre l'impiego di ulteriori presidi ortodontici.

## Key Words

Ortodonzia preventiva ed intercettiva, trattamento ortodontico necessario, dentizione mista, cefalometria, strumenti di controllo dell'eruzione, Occlus-o-Guide®.

## Introduzione

La terapia ortopedico-ortodontica riveste un ruolo di primaria importanza nel contesto della odierna odontoiatria.

L'ortodonzia preventiva ed intercettiva fa riferimento a trattamenti intrapresi in età precoce ed ha come scopo la rimozione dei fattori ritenuti responsabili delle malocclusioni dentarie ed il ripristino della normale crescita dento-scheletrica, rendendo così possibile un allineamento dentale corretto e funzionale.

L'utilizzo del posizionatore preformato ha quindi lo scopo di creare un avanzamento ed un'apertura mandibolare fino quasi ad ottenere un rapporto anteriore testa a testa, creando così un'occlusione di iper Classe I tale da impedire recidive di overjet ed overbite.

I posizionatori ortodontici possono essere di due tipi: Nite-Guide®, un dispositivo preformato disponibile in 11 misure in successione, da indossare solo durante la notte, che è utile come guida per l'eruzione degli incisivi centrali inferiori permanenti.

Il dispositivo Occlus-o-Guide® della serie G è invece disponibile in 13 misure in successione, e può essere utilizzato in due modi diversi.

Il primo ne prevede l'uso con la tecnica Nite-Guide® tra i 5 e i 7 anni di età, per guidare in modo passivo gli incisivi inferiori permanenti e quelli centrali e laterali superiori fino ad ottenere un'occlusione ideale.

Il secondo è disegnato per intrudere gli elementi dentali anteriori e contemporaneamente per estrudere i posteriori, in modo da creare un overbite anteriore minimo.

Inoltre l'Occlus-o-Guide® agisce anche come attivatore, creando

una crescita mandibolare ed inibendo quella del mascellare, modificando l'overjet; è quindi un regolatore miofunzionale che tende a riequilibrare correttamente le forze muscolari: riabilita la postura della lingua, rieduca la deglutizione atipica e stimola una corretta respirazione.

Dopo l'eruzione dei secondi molari si sostituisce la serie G con la serie N; può essere inoltre utilizzato in combinazione con apparecchi fissi.

Questi dispositivi ortodontici funzionali sono molto efficaci, riducono i tempi di cura (6- 12 mesi) ed in alcuni casi evitano l'utilizzo di altri dispositivi mobili o fissi.

Sono preformati, in materiale plastico morbido, costruiti rispettando rigorosamente le chiavi fondamentali di un'occlusione funzionale e adatti a svolgere un'azione scheletrica e dentale; agiscono contemporaneamente su entrambe le arcate e tale simultaneità rende più breve la durata del trattamento e più stabile la correzione. Nite-Guide® ed Occlus-o-Guide® non sostituiscono gli apparecchi ortodontici fissi, tuttavia risolvono problematiche in modo rapido e funzionale in un'alta percentuale di casi con una minima collaborazione del paziente (2-4 ore giornaliere di esercizio attivo più utilizzo passivo la notte).

Un fattore molto importante da considerare è il Timing, infatti i migliori risultati si ottengono proprio nel momento dell'eruzione degli incisivi centrali inferiori permanenti.

Tutto questo sembrerebbe legato alla mancanza di fibre collagene adulte presenti negli incisivi permanenti in fase di eruzione; infatti gli incisivi già completamente erotti, in cui si è già verificato uno sviluppo significativo delle fibre, necessitano dell'applicazione di una forza maggiore per vedere realizzato il loro spostamento.

## Materiali e Metodi

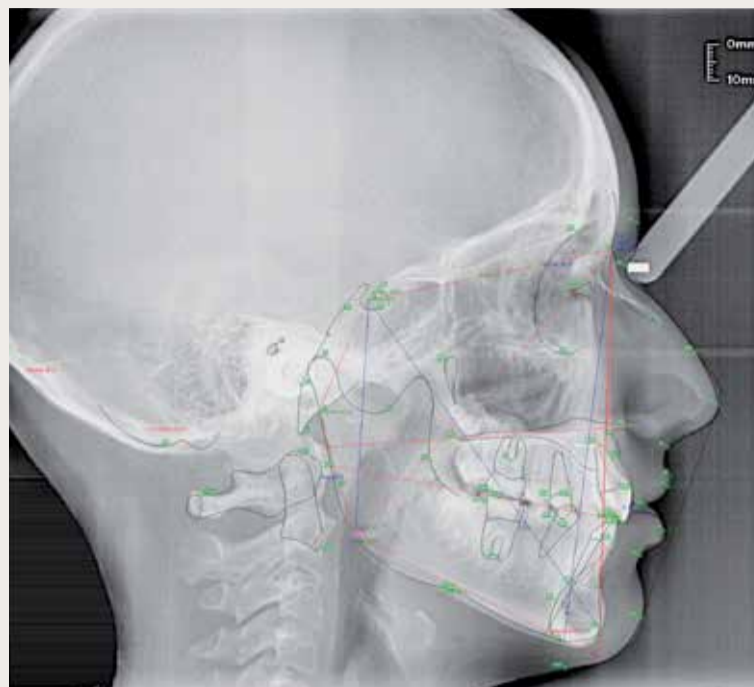
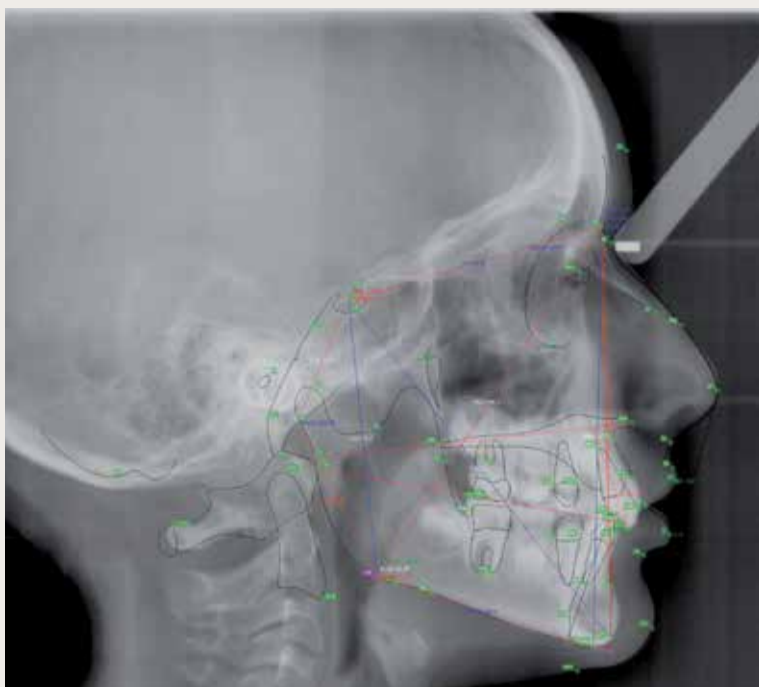
E.D.I., di sesso femminile, anni 9 e mezzo, presenta una malocclusione di II Classe scheletrica deep bite con overjet di 5 mm, overbite di 6 mm, II classe molare a destra e I Classe molare a sinistra; le arcate dentali mostrano disarmonia dento-mascellare in eccesso e conseguente affollamento degli elementi dentali.

Si nota la presenza di un danno parodontale su 41 per l'eccessivo overbite.

Il piano di trattamento prevede l'utilizzo di un apparecchio Occlus-o-Guide® della misura 5 G, da portare per 2 ore diurne per l'esercizio attivo e tutte le notti in modo passivo, al fine di ripristinare una relazione molare bilaterale di I Classe e il recupero di spazio nelle due arcate per permettere l'allineamento dentale. In un secondo momento la rifinitura delle arcate avverrà mediante l'utilizzo di apparecchiature fisse.

Una volta ottenuta la correzione del rapporto molare, l'Occlus-o-Guide® è stato portato dalla paziente solo durante la notte per stabilizzare il risultato ottenuto e guidare l'eruzione degli ultimi elementi dentali.

## Discussione



Valori cefalometrici ad inizio trattamento:

ANB	ANB 5.91
Posizione del Mascellare	SNA 82.46
Posizione della Mandibola	SNB 76.54
Angolo Articolare	SArGo 137,88
Angolo Goniaco	ArGoMe 128,81
Angolo incisivo inf. Corpo mandibolare	liMand 90,12
Angolo incisivo Sup. Base Cranica Ant.	IsCran 93,15
Angolo Interincisivo	II 142,26

Valori cefalometrici a fine trattamento:

ANB	ANB 2.26
Posizione del Mascellare	SNA 78,72
Posizione della Mandibola	SNB 76.46
Angolo Articolare	SArGo 142,76
Angolo Goniaco	ArGoMe 127,73
Angolo incisivo inf. Corpo mandibolare	liMand 94,00
Angolo incisivo Sup. Base Cranica Ant.	IsCran 96,36
Angolo Interincisivo	II 131,55

L'analisi cefalometrica e l'esame clinico post trattamento dimostrano come l'utilizzo dell'Occlus-o-Guide® abbia portato alla risoluzione della II Classe scheletrica e dell'overjet e overbite con il ripristino di una corretta dimensione trasversale, per quanto concerne il mascellare superiore, e di una posizione mandibolare funzionalmente valida.

Alla fine della terapia si riscontra un miglioramento della situazione scheletrica e dentale e un miglioramento di molti valori cefalometrici con risoluzione della II Classe.

Il ripristino della normocclusione ha portato inoltre alla risoluzione del problema parodontale sul 41.

Il risultato ottenuto conferma a pieno i dati della letteratura e cioè che le terapie precoci sono in assoluto le più sicure per garantire la stabilità nel corso degli anni.

## Conclusioni

Lo scopo di questo lavoro è quello di dimostrare l'importanza che ha un trattamento ortodontico precoce in modo da semplificare la terapia delle malocclusioni e ridurre le eventuali recidive; queste metodiche permettono di eliminare le necessità di ricorrere ad estrazioni, in armonia con il rigido controllo dell'ancoraggio e con le metodiche maggiormente conservative.

L'ortodonzia preventiva tramite Occlus-o-Guide® rappresenta quindi un importante passo avanti nell'ambito dell'ortodonzia in età evolutiva dal momento che è in grado di risolvere la maggior parte dei problemi ortodontici trasformando molti di questi casi in occlusioni ideali sotto il profilo estetico e funzionale; in alcuni casi alla fine di questa terapia è necessaria l'applicazione di brackets (limitatamente ad 1/3 dei denti, per un breve periodo) per ritocchi minori, come la rotazione dei posteriori, il raddrizzamento dei canini superiori, chiusura degli spazi, il livellamento o il torque degli incisivi e l'espansione dell'arcata mascellare.

## Risultati

Il dispositivo Occlus-o-Guide® può essere utilizzato con efficacia per problemi di natura scheletrica, con alterazione di overbite e di overjet, purchè vi sia una sufficiente crescita facciale nella stessa direzione. Può inoltre essere utilizzato per migliorare un rapporto molare antero-posteriore di Classe II.

Il periodo ottimale per iniziare la terapia è quindi prima dell'eruzione dei canini e dei premolari permanenti; è quindi importante mantenere la ritenzione fino a quando la crescita facciale posteriore ed anteriore non avrà compensato completamente l'apertura dell'angolo del piano mandibolare e l'aumento in altezza della parte antero-inferiore del viso.



Foto intraorale delle arcate dentarie prima della terapia ortodontica, visione frontale.

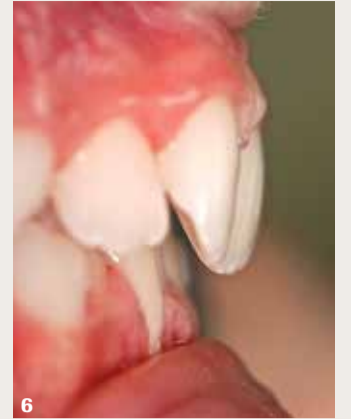
# 30



4 Foto Extraorale, sorriso.



5 Overbite e overjet iniziali sx.



6 Overbite e overjet iniziali dx.



7 Foto intraorale occlusale superiore ed inferiore ad inizio trattamento.



Occlus-o-Guide® intraorale ad inizio terapia; mediante un materiale speciale chiamato Cooperation-Detector (rivelatore di collaborazione), l'ortodontista può rendersi conto se il paziente sta utilizzando il dispositivo in modo adeguato o no.

Se il paziente utilizza il dispositivo 2 ore di giorno e tutte le notti il dispositivo assume un colore biancastro; nel caso di un utilizzo inferiore, il dispositivo si appanna leggermente.

Più a destra, Occlus-o-Guide® misura 5 G



11 Controllo ad 1 anno.



15 Visione frontale delle arcate dentarie a fine terapia.



16



17



18



19



20

Visione laterale destro-sinistro delle arcate a fine terapia.



21



22

Foto oclusale superiore ed inferiore a fine trattamento.



23



24

Foto finale del sorriso.

#### Bibliografia

- Bergersen E.O.; *The Performed Retainer: Principles and Clinical Applications*. Am Assoc. Orthod. Audio-Visual Library, St Luis, 1970.
- Keski-Nisula K., Keski-Nisula L., Salo H., Volpio K., Varrela J.; *Dentofacial Changes after Orthodontic Intervention with Eruption guidance Appliance in The Early Mixed Dentition*. Angle Orthodontist, Vol 78, No 2, 2008
- Janson G.R.P., Catao Alves da Silvia C., Bergersen E.O., Castanha Henriques J.F., Pinzan A.; *Eruption guidance appliance effects in the treatment of Class II, Division 1 malocclusions*. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, Vol 117, Number 2, 2000
- Keski-Nisula K., Hernesniemi R., Heiskanen M., Keski-Nisula L. and Varrela J.; *Orthodontic intervention in the early mixed dentition: A prospective, controlled study on the effects of the eruption guidance appliance*. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, Volume 133, Number 2, 2008
- Janson G., Nakamura A., Chiqueto K., Castro R., de Freitas M.R., Castanha Henriques J.F.; *Treatment stability with the eruption guidance appliance*; American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, Volume 131, Number 6, 2007
- McNamara J.A. Jr., Howe R.P., Dischinger T.G.; *A Comparison of the Herbst and Frankel appliances in the treatment of Class II malocclusions*. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 1990; 98 : 134-144
- Posen A.L.; *The Effect of premature loss of deciduous molars on premolar eruption*. Angle Orthod 35: 249-252, 1965.
- Bergersen E.O.; *Preventive eruption guidance in the 5 to 7 year old*. J. Clin. Orthod. 29: 382-395, 1995
- Baccetti T., Franchi L., Toth L.R., Mc Namara J.A. Jr.; *Treatment timing for Twin-block therapy*. Am J Orthod. 2003; 73:221-230.
- Mc Namara J.A.; *Maxillary transverse deficiency*. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2000; 117:567-570.
- Wheeler T.T., McGorray S.P., Dolce C., Taylor M.G., King G.J.; *Effectiveness of early treatment of Class II Malocclusion*. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2002; 121: 9-17.
- Sinclair P.M., Little R.M.; *Dentofacial maturation of untreated normals*. Am J Orthod 1985; 146-56
- Andrews L.F.; *The Straight wire appliance. Syllabus of philosophy and techniques*. San Diego: Larry F. Andrews F. Foundation of Orthodontic Education and Research; 1975

# 32

## Scienza e commozione: standing ovation al XII Premium Day

Padova, 6-8 Giugno 2013

Un evento epocale: non solo perché la Sweden & Martina ha scelto di festeggiare in grande stile il suo quarantesimo compleanno, in un contesto d'eccezione – che includeva la straordinaria, immensa sala pensile affrescata del Palazzo della Ragione di Padova nonché lo storico Caffè Pedrocchi –, ma anche e soprattutto per la caratura degli interventi scientifici, che hanno suscitato l'ammirazione del pubblico e talvolta la commozione dei relatori stessi. Scienza e commozione: questa una sintesi efficace del congresso.

Posti esauriti già due settimane prima dell'evento: e se è vero che la quantità di pubblico svolge la funzione di termometro della situazione, si può a ragione affermare che questo congresso sia stato un successo oltre ogni aspettativa.



In una cornice fuori dall'ordinario si sono avvicendati professionisti di grande spessore scientifico e clinico, che hanno contribuito a rappresentare tutte le scuole di pensiero dell'odontoiatria moderna. Il corso pregressuale a cura del Prof. **Niklaus P. Lang** e del Dott. **Ignazio Loi**, un successo annunciato da oltre 600 iscritti, ha condotto i presenti in un viaggio tra passato, presente e futuro che ha tenuto la sala piena fino a fine lavori e si è concluso con una memorabile standing ovation.

Straordinarie anche le lectiones magistrales ancora del Prof. Niklaus P. Lang e del Prof. **Mariano Sanz**, che hanno dato il via al congresso definendo lo stato del consensus, e gli approfondimenti sulla semplificazione dei protocolli proposti dal dott. **Gaetano Calesini** e dal dott. Ignazio Loi.

Molto apprezzati inoltre gli aggiornamenti più attuali delle nuove tecnologie legate alla presa d'impronta e all'implanto-protesi, per i quali si è avuto l'apporto di importanti rappresentanze universitarie italiane ed estere.

Per la significatività del congresso venerdì 7 giugno si è riunita una larga rappresentanza della stampa di settore, in occasione di una **conferenza stampa** alla presenza dei professori **Enrico Gherlone, Ugo Covani, Daniele Botticelli**: preso atto che tutta la comunità scientifica italiana si è riunita attorno alla Sweden & Martina (al congresso erano straordinariamente presenti i Direttivi di tutte le principali associazioni culturali italiane di chirurgia orale, implantologia e parodontologia: AIOP, SIdP, SICOI, AIO, Fondazione Castagnola, Amici di Brugg), in segno di larga approvazione del cammino che l'azienda ha intrapreso e sta percorrendo, è stato dato un segnale di forte positività in generale verso l'odontoiatria italiana. In questo contesto positivo il ruolo di aziende brillanti e dinamiche è proprio quello di alimentare con la ricerca la creazione di soluzioni di eccellenza, con rigorosi controlli di qualità che tutelino il paziente, a prezzi sostenibili. Questa a detta del Prof. Enrico Gherlone la vera chiave di lettura del successo di Sweden & Martina.

La calorosa accoglienza riservata alla folla (con oltre 1.200 presenze è lecito parlare di folla) ha trovato il culmine durante la festa di gala, quando si sono svolte le premiazioni dei migliori **poster** che hanno concorso al 2° premio Roberto Cornolini e dove è stato consegnato al Presidente della Sweden & Martina, Sandro Martina, un libro sulla storia dei primi 40 anni dell'azienda che egli stesso ha fondato: un viaggio nei ricordi dei suoi più stretti collaboratori per celebrare il cammino percorso insieme. Divertendosi.







## Fabio Gorni. Dente o impianto: l'eterno dilemma

**Due Carrare (Pd), 21 settembre 2013**

Il 21 Settembre u.s. si è svolto presso il centro corsi Sweden & Martina un incontro tenuto dal dott. Fabio Gorni su un tema particolarmente dibattuto e di grande attualità quale quello dell'alternativa implantare al dente naturale. Da anni i clinici si incontrano e si scontrano su questo argomento senza trovare linee guida comuni in grado di fornire un'indicazione agli odontoiatri che ogni giorno devono decidere quali sono i reali margini di recupero di denti compromessi dal punto di vista endodontico e restaurativo e quali invece i problemi collegati all'inserimento di una fixture, soprattutto in quelle aree estetiche particolarmente sensibili al giudizio finale del paziente.

La giornata si è svolta quindi concentrando l'attenzione su quanto emerge dalle revisioni della letteratura e su quanto invece è evidente dal punto di vista clinico, sia in ambito endodontico che in ambito implantare.

Al contrario di quanto si dice esistono delle linee di comportamento decisionali per aiutare l'odontoiatra a scegliere in funzione di indicazioni reali e non dettate da abitudini prive di presupposti scientifici e apprezzabili dal punto di vista clinico; bisogna in ogni caso tenere ben presente che togliere un dente naturale che può essere conservato o non togliere un dente con prognosi infausta sono entrambi errori gravi ed equiparabili, che avranno conseguenze spiacevoli nella gestione della quotidianità del lavoro del clinico.

## XXIII Congresso Internazionale della SICOI

**Milano, 25-26 ottobre 2013**



*Il dott. Jason Motta Jones (Presidente eletto Sicoi) e il dott. Di Marco (socio attivo e moderatore di sessione SICOI) allo Stand Sweden & Martina.*



Lo scorso 25 e 26 Ottobre si è svolto a Milano il XXIII congresso internazionale della SICOI in cui grandi esponenti della chirurgia orale hanno trattato il tema della "Ricostruzione dei tessuti peri-implantari". L'evento ha registrato "il tutto esaurito" e l'entusiasmo tra i congressisti. Grande partecipazione si è registrata anche nella seconda giornata di congresso in cui si sono svolte cinque sessioni parallele di approfondimento estremamente focalizzate.

## Colloquium Dental - Colloquium Expo

**Brescia, 24-26 ottobre 2013**

Nel panorama nazionale, certamente il Colloquium Dental tenutosi a Brescia di recente ha segnato il primo passo di un percorso unico nel suo genere, perché la fusione di cultura internazionale con un'esposizione di oltre 160 aziende di settore, abbinata alla risposta massiccia di congressisti (in aggiunta ai numerosissimi visitatori) ha elaborato un cocktail speciale. Visitatori e congressisti provenienti da 55 Paesi hanno affollato il padiglione fieristico di Brescia Expo; un gigantesco schermo di 16 metri per 9 e proiettori da 40 000 ANSI Lumen, hanno esaltato l'eccellente iconografia presentata dai 20 relatori di fama internazionale.



## SIDP

Il trattamento implantare del paziente esigente: come ottimizzare estetica e funzione, come prevenire e trattare le complicanze e gli insuccessi

**Bologna, 18-19 ottobre 2013**



## XXV Congresso Internazionale SIDO

**Roma, 7-9 Novembre 2013**

Durante il XXV Congresso Internazionale della SIDO a Roma Sweden & Martina ha ufficialmente presentato il nuovo programma di Ortodonzia ai professionisti del settore.

Notevole l'interesse suscitato in molti di essi: nella foto Damaso Caprioglio, Professore Ordinario di Ortognatodonzia e Gnatologia e direttore dei Corsi di Perfezionamento in Ortodonzia Intercettiva e Ortodonzia pre- e post-chirurgica presso l'Università degli Studi di Parma, visita lo stand Sweden & Martina per approfondire la nuova proposta.



## 33° Congresso Nazionale SIE

**Torino, 7-9 novembre 2013**





**Madrid, 7-9 novembre 2013**

## 2° Premium Day

**Si replica a Madrid il trionfo del Premium Day**

Con le congratulazioni dell'ambasciatore italiano in Spagna, Pietro Sebastiani, si è conclusa a Madrid la seconda straordinaria edizione del congresso di impianto-protesi integrata Premium Day, che la multinazionale Italiana ha gestito in modo esemplare: una serie di corsi pre-congressuali estremamente attraenti, che hanno visto la partecipazione di 250 odontoiatri; un parterre di relatori italiani, spagnoli e portoghesi in grado di affrontare con sicurezza i temi più all'avanguardia dell'impianto-protesi; una location da favola per la serata di gala e in generale una organizzazione impeccabile sintetizzano l'evento della Sweden & Martina a Madrid, al quale hanno partecipato 600 odontoiatri e oltre 100 tra igienisti e odontotecnici per seguire un programma scientifico affidato a professionisti di eccellenza ed estremamente variegato: tecniche chirurgiche, tecniche sul rialzo del seno, protocolli di carico immediato, gestione dei tessuti molli, nuove tecnologie, approfondimenti sperimentali.

Emozione non nascosta già il giovedì sera per la cerimonia di consegna di una serigrafia di un noto pittore contemporaneo spagnolo al Presidente Sandro Martina, da parte del **COEM**, lì rappresentato dalle più alte cariche odontoiatriche in Spagna: **Ramón Soto-Yarritu Quintana**, Presidente del Colegio de Odontólogos de la Primera Región;

**Marisol Ucha Domingo**, Vice Presidente del Colegio de Odontólogos de la Primera Región; **Guillermo Pradies**, Coordinador de Investigación y Actividades de la Fundación del Colegio de Odontólogos de la Primera Región con l'Industria.

La cena di Gala, affidata alla maestria dello chef Paco Roncero, si è svolta nell'elegante Casino de Madrid, 3 stelle Michelin, che ha riportato i 450 ospiti indietro nel tempo fino a tarda notte, allietati da una piacevole musica e dall'open bar.



La consegna della serigrafia al dott. Sandro Martina. Da sinistra, dott. Ramón Soto-Yarritu, dott. Sandro Martina, dott. Gianfranco Parente, dott.ssa Marisol Ucha Domingo, Prof. Guillermo Pradies



**Dublino, 17-19 ottobre 2013**

## E.A.O. 22<sup>nd</sup> Annual Meeting

**Preparing for the future of Implant Dentistry**

Anche quest'anno Sweden & Martina è stata presente come Silver Sponsor all'EAO Annual Meeting, tenutosi a Dublino. Accanto al consueto parterre di illustri nomi della ricerca sperimentale e clinica, ha stupito quest'anno la massiccia adesione alla sezione dei poster scientifici e ai contest per la Basic Research Competition e la Clinical Research Competition, che hanno raggiunto i 180 contributi scientifici. Il presidente Pascal Valentini ha dato appuntamento a tutti i partecipanti a Roma, prossima tappa del meeting annuale.

**Shanghai, 23-26 ottobre 2013**

## DenTech, The 17<sup>th</sup> China Intl. Exhibition & Symposium



**Osaka, 28-29 ottobre 2013**

## Premium sales force training



Studiare per evolvere, formare per crescere: con questo spirito sono organizzati con regolarità approfonditi e intensi seminari di formazione alle aziende che rappresentano Sweden & Martina nel mondo: qui a Osaka con il team di Daishin Trading Co. e a Seoul, con I&C Ltd., per i recenti seminari di ottobre. Una Continuing Dental Education.

## IMPLANTOLOGIA

27 novembre 2013 - 1 dicembre 2013 <b>Corso di chirurgia implantare</b>	<b>Nando Barbieri, Marcello Provvionato</b> BUCAREST CA983	-
29-30 novembre 2013 <b>Corso teorico pratico sulla realizzazione di faccette in ceramica integrale</b>	<b>Michele D'Amelio, Paolo Rossi</b> DUE CARRARE (PD) CA1049	ECM
30 novembre 2013 <b>La tecnica M.I.S.E. Minimal Invasive Sinus Lift: il sinus lift sicuro, semplice e rapido nel trattamento implantare</b>	<b>Giorgio Carusi</b> VIMERCATE (MB) CA987	-
30 novembre 2013 <b>La saldatrice endorale fra passato e futuro: vecchie idee e nuove opportunità</b>	<b>Loris Gaspari</b> DUE CARRARE (PD) CA1082	ECM
6 dicembre 2013 <b>Magnetic Mallet rivoluzionaria tecnica chirurgica per espansioni ossee, split crest e mini-rialzi corso pratico su tessuti animali</b>	<b>Marco Csonka</b> NAPOLI CA1073	-
7 dicembre 2013 <b>Le sfide quotidiane in implantologia</b>	<b>Roberto Abundo, Giuseppe Corrente</b> DUE CARRARE (PD) CA1071G	-
10 dicembre 2013 <b>Impianti conici e cilindrici nella pratica quotidiana</b>	<b>Michele Perelli, Carlo Saccone</b> PESARO CA1076G	-
10 dicembre 2013 <b>Magnetic Mallet. Evoluzioni tecnologiche in chirurgia orale</b>	<b>Ugo Covani</b> FIRENZE CA1095G	-
13-14 dicembre 2013 <b>Ricostruzione tridimensionale delle creste atrofiche: GBR con mesh in titanio vs innesti a blocco</b>	<b>Marco Csonka</b> DUE CARRARE (PD) CA961	ECM
17-18/01/2014, 7-8/02/2014, 14-15/03/2014, 4-5/04/2014, 16-17/05/2014, 20-21/06/2014, 18-19/07/2014, 26-27/09/2014 <b>Corso pratico di implantologia e protesi fissa</b>	<b>Ezio Bruna</b> AREZZO CA1060	ECM
23-25 gennaio 2014, 20-22 febbraio 2014, 13-15 marzo 2014, 3-5 aprile 2014 <b>Corso pratico di protesi fissa</b>	<b>Gianluca Paniz</b> DUE CARRARE (PD) CA1048	ECM
10-11 gennaio 2014, 7-8 febbraio 2014, 7-8 marzo 2014, 11-12 aprile 2014 <b>Corso di implantologia chirurgica e protesica</b>	<b>Marco Csonka</b> CATANIA CA1080	ECM
24-25 gennaio 2014, 21-22 febbraio 2014, 21-22 marzo 2014, 9-10 maggio 2014 <b>Master di perfezionamento in chirurgia guidata</b>	<b>Marco Csonka</b> FIRENZE CA1081	ECM
24-25/01/2014, 21-22/02/2014, 21-22/03/2014, 9-10/05/14, 7/06/14 <b>La parodontologia nella pratica quotidiana: dalla gestione del paziente parodontale, al recupero di elementi compromessi dall'estetica rosa all'implantologia</b>	<b>Maria Gabriella Grusovin, Sandro Tondat, Loris Zamuner</b> GORIZIA CA1090	ECM
24 gennaio 2013 <b>Corso teorico-pratico sulla realizzazione di faccette in ceramica integrale</b>	<b>Michele D'Amelio</b> TRIESTE CA1064	ECM
24 gennaio 2014 <b>Le sfide quotidiane in implantologia</b>	<b>Roberto Abundo, Giuseppe Corrente</b> MILANO CA1083G	-
31 gennaio 2014 - 01 febbraio 2014 <b>Anatomia clinica e chirurgica del cavo orale e dei piani superficiali con video live di dissezione</b>	<b>Salvatore Gabriele</b> PARIGI CA1088	-
24-25 gennaio 2014 <b>Chirurgia muco-gengivale e ottimizzazione del risultato estetico in implantologia</b>	<b>Marco Csonka</b> FIRENZE CA1081MUCOGEN	ECM
21-22 febbraio 2014 <b>Trattamento chirurgico delle creste sottili: moderata espansione con osteotomi e split crest</b>	<b>Marco Csonka</b> FIRENZE CA1081SOTTILI	ECM
28 febbraio - 01 marzo 2014, 14-15 marzo 2014 <b>Rigenerazione ossea: quando, come e perchè</b>	<b>Marco Csonka</b> VITERBO CA1099	ECM
7-8 febbraio 2014, 14-15 febbraio 2014, 9-10 maggio 2014 <b>Corso teorico pratico di chirurgia implanto-protesica</b>	<b>Salvatore Di Martino</b> TERAMO CA1046	ECM

## ENDODONZIA

30 novembre 2013 <b>Impianto o dente naturale: dal recupero endodontico al posizionamento della fixture. Linee guida</b>	<b>Fabio Gorni</b> MILANO CF644	ECM
14-15 febbraio 2014, 11-12 aprile 2014, 30-31 maggio 2014, 18-19 luglio 2014 <b>Corso teorico-pratico di endodonzia</b>	<b>Piero Alessandro Marcoli</b> DUE CARRARE (PD) CF652	ECM

## CONSERVATIVA

13 dicembre 2013 <b>Update in odontoiatria restaurativa</b>	<b>Lorenzo Breschi</b> FIRENZE CC128	ECM
28 febbraio-1 marzo 2014, 21-22/03/2014, 23-24/05/2014, 27-28/06/2014 <b>Corso pratico di conservativa "full-immersion"</b>	<b>Paolo Ferrari</b> DUE CARRARE (PD) CC131	ECM
29 marzo 2014 <b>Concetti e tecniche di odontoiatria conservativa adesiva estetica</b>	<b>Francesco M. Mangani</b> ROMA CC128	ECM

## LASER

6 dicembre 2013 <b>Corso sul corretto utilizzo del laser a Erbium in odontoiatria</b>	<b>Piero Odorisio</b> SPOLTRE (PE) CD669	
--	---	--

## ESTETICA

7 dicembre 2013 <b>I filler: tecniche di impianto negli inestetismi del viso</b>	<b>Filippo Brighetti</b> BARI CI252	
---	--	--

## ORTODONZIA

28-30/11/13, 16-18/01/14, 27/02/14-01/03/14, 10-12/04/14, 22-24/05/14, 3-5/07/14, 25-27/09/14, 6-7/11/14 <b>La tecnica Locatelli. moderna evoluzione della tecnica bidimensionale orale</b>	<b>Ranieri Locatelli</b> VENEZIA CE313	
29 novembre 2013 <b>Come raggiungere l'eccellenza in protesi e implantologia attraverso l'ortodonzia. Un approccio minimamente invasivo. Corso introduttivo</b>	<b>Mauro Fadda</b> GROSSETO CE324	ECM
13 dicembre 2013 <b>Come raggiungere l'eccellenza in protesi e implantologia attraverso l'ortodonzia. Un approccio minimamente invasivo. Corso introduttivo</b>	<b>Mauro Fadda</b> BARI CE318	ECM
14 dicembre 2013 <b>Corso di ortodonzia preventiva ed intercettiva. Occlus-o-Guide®, Nite Guide® e Habit Corrector®</b>	<b>Gianni Manes Gravina</b> VIMERCATE (MI) CE307	
14 dicembre 2013 <b>Come raggiungere l'eccellenza in protesi e implantologia attraverso l'ortodonzia. Un approccio minimamente invasivo. Corso introduttivo</b>	<b>Mauro Fadda</b> NAPOLI CE319	ECM
7 febbraio 2014 <b>Come raggiungere l'eccellenza in protesi e implantologia attraverso l'ortodonzia. Un approccio minimamente invasivo. Corso introduttivo</b>	<b>Mauro Fadda</b> TORINO CE320	ECM
21 febbraio 2014 <b>Come raggiungere l'eccellenza in protesi e implantologia attraverso l'ortodonzia. Un approccio minimamente invasivo. Corso introduttivo</b>	<b>Mauro Fadda</b> CINISELLO B.MO (MI) CE321	ECM
22 febbraio 2014 <b>Come raggiungere l'eccellenza in protesi e implantologia attraverso l'ortodonzia. Un approccio minimamente invasivo. Corso introduttivo</b>	<b>Mauro Fadda</b> MODENA CE322	ECM

Per maggiori informazioni:  
visitate il sito  
**www.sweden-martina.com**  
sezione corsi ed eventi



  
**sweden & martina**  
ContinuingDentalEducation

Calendario Corsi

35

# Lo stato dell'Arte in Odontoiatria

## Dott. Giuseppe De Caroli



**Alto livello clinico e scientifico a servizio delle esigenze quotidiane del dentista al Congresso Nazionale dell'Accademia Italiana di Endodonzia - AIE**

Scrivo queste considerazioni sull'eccellenza in odontoiatria quasi in diretta dal XXI Congresso Nazionale AIE di Montecatini, il cui tema era "Il ritrattamento endodontico: protocolli operativi", evento dedicato alla memoria di Francesco Riitano - già Socio Onorario dell'Accademia - che dell'eccellenza in odontoiatria è stato un grande esponente.

In questa sede abbiamo assistito a relazioni di alto profilo scientifico che hanno dimostrato quanto si sia evoluta l'Endodonzia in questi ultimi anni, sia nell'aspetto diagnostico che tecnico confermando che il livello dell'Endodonzia italiana è riconosciuto in tutto il mondo.

Questo Congresso ha riscosso un grande successo tra il pubblico, prevalentemente giovane, perché ha affrontato un tema spinoso, il re-intervento endodontico, seguendo un'impostazione tale da fornire concrete indicazioni cliniche durante le varie fasi di sviluppo della tematica e da consentire a tutta la platea l'intervento diretto con domande al termine delle tre sessioni, sapientemente guidate dai Coordinatori, Dott.ssa Elisabetta Cotti, Dott. Paolo Ferrari e Dott. Aniello Mollo. L'elevato livello clinico e scientifico delle relazioni è stato utilizzato per aiutare la componente giovanile del pubblico a consolidare la formazione universitaria, mentre gli odontoiatri più esperti hanno avuto modo di confrontare e anche modificare la loro impostazione clinica. Questo modo di fare insegnamento che ormai AIE porta avanti da tre anni è il frutto di un lungo processo che ha portato il Consiglio AIE a mettere al centro di ogni attenzione le necessità del suo pubblico, attraverso dei questionari di gradimento.

L'eccellenza quindi, quando inopportuno raccontata, rischia di provocare una barriera tra relatore -eccellente e orgoglioso di esibirsi- e uditore -bisognoso di comprendere come correggere o migliorare alcuni comportamenti clinici-. Il risultato può essere che il pubblico colga sì la bravura del relatore, ma percepisca che quell'insegnamento sia appannaggio di "pochi eletti".

Continueremo questo percorso comunicativo, risultato vincente e testimoniato dal numero sempre crescente dei presenti alle nostre iniziative culturali, anche nel prossimo Corso di Aggiornamento sull'Endodonzia chirurgica -come da grande richiesta dei nostri Soci- che si terrà a Bologna sabato 8 febbraio 2014. Il Corso vedrà due "eccellenti" relatori, il dott. Piero Alessandro Marcoli e il dott. Francesco Maggiore.

AIE è e resta al servizio delle aspettative e dell'interesse per la disciplina endodontica del suo pubblico perché ancora una volta dica... in AIE una giornata ben spesa!

## Dott. Mario Allegri



**Ricominciamo. Dalla Conservativa.**

La conservativa è spesso sottovalutata, in quanto considerata la branca più umile dell'odontoiatria, il punto di ingresso quasi obbligato nella nostra professione per i più giovani e meno esperti. Eppure, la conservativa è la disciplina odontoiatrica che, tra tutte, ha dimostrato, negli ultimi due decenni, di possedere lo spirito più vivace ed innovatore, con un impatto sulla nostra clinica quotidiana paragonabile unicamente a quello dell'avvento e del consolidamento dell'implantologia osseointegrata. La predicibilità delle procedure adesive e il costante contributo della ricerca scientifica, infatti, hanno

consentito al restauro conservativo una notevole versatilità nelle diverse situazioni cliniche, a partire dai trattamenti minimamente invasivi, fino al recupero funzionale ed estetico di elementi dentali con importanti deficit strutturali. Quest'ultima situazione clinica, in particolare, sta riscuotendo un notevole interesse tra clinici e ricercatori. Lo conferma anche il fatto che, da qualche anno, AIC ed AIOP stiano lavorando in maniera sinergica per dar vita a meeting congiunti, che trovano la loro ragion d'essere proprio nella sempre più matura consapevolezza del sottile e labile confine esistente tra i restauri conservativi estesi ed i restauri protesici. La sfida, che si sta profilando all'orizzonte per gli addetti ai lavori, è quella di far nascere un nuovo, unico concetto di restaurativa, frutto della fusione delle conoscenze e delle competenze maturate nei rispettivi ambiti, che abbracci la filosofia del massimo risparmio di tessuto dentale, i principi biologici e operativi dell'adesione e sappia coniugare funzione ed estetica a costi sociali contenuti. Quest'ultimo aspetto è di particolare rilevanza nel periodo storico di incertezze, in molta parte legate alla difficile situazione economica contingente, che stiamo vivendo. L'accessibilità alle cure odontoiatriche è, di fatto, preclusa a molti pazienti e, tra gli operatori del settore, l'entusiasmo è ai minimi storici. Nella crisi che coinvolge la nostra professione, tuttavia, sarebbe ottuso riconoscere solo motivazioni economiche. Vedo invece alcune nostre precise responsabilità: la mancanza di informazioni coerenti, lo scarso impegno profuso nell'istruire e nel motivare i pazienti e, infine, una qualità dei trattamenti non sempre ineccepibile, perché frequentemente sacrificata sugli altari pagani della quantità e della contrazione dei tempi operativi. Mai come in questo momento dobbiamo essere consapevoli del fatto che l'unico modo serio per contenere la spesa odontoiatrica pro-capite è quello di puntare sulla prevenzione e, quando indicato dal quadro clinico, su una clinica di eccellenza, magari ricercando soluzioni alternative, meno invasive e meno impegnative sotto il profilo dei costi rispetto ai trattamenti tradizionali. Personalmente, sono convinto che tra le tante difficoltà, si stia presentando per noi anche una stupenda occasione. Mi riferisco alla possibilità di rallentare, di riflettere e fare una scelta per il futuro nostro e dei nostri pazienti. Sto pensando alla riscoperta del sentiero della conservativa, non solo come disciplina, ma anche come "dottrina". Credo che il cammino lungo questo sentiero possa rivelarsi utile, a quanti ne sentissero il bisogno, per imparare o riscoprire l'amore per il dettaglio, addestrare l'occhio e la mano alla cura del particolare e aprire la mente a prospettive terapeutiche più ampie e innovative. Per questo vi invito a ricominciare. Insieme. Dalla conservativa.

Redazione  
"Numeri UNO" esse & emme news magazine  
periodico trimestrale di informazione, cultura,  
aggiornamento scientifico e anteprime sui  
prodotti per l'odontoiatria e l'odontotecnica di  
Sweden & Martina S.p.A.

Anno 6, numero 17  
novembre 2013/marzo 2014  
Editore  
Sweden & Martina S.p.A.  
Via Veneto, 10  
Due Carrare (PD)  
Tel. +39 049 91.24.300  
Fax +39 049 91.24.290  
www.sweden-martina.com

Coordinamento editoriale  
Marina Mirandola Minuzzi  
mminuzzi@sweden-martina.com

Direttore scientifico  
Glorianna Zangiacomi

Direttore responsabile  
Valentina Visentin

Stampa  
Peruzzo Industrie Grafiche S.p.A.  
Via M. Polo, 10/12  
35035 Mestrino (PD)

Redazione e proprietà  
Sweden & Martina S.p.A.  
Via Veneto, 10  
35020 Due Carrare PD Italia  
Tel. +39 049 91.24.300  
Fax +39 049 91.24.290

Registrazione c/o Tribunale di  
Padova  
n° 2140 del 15/05/2008



Hanno collaborato a questo numero:

Roberto Abundo  
Mario Allegri  
Walter Avellino  
Lorraine Bettin  
Filippo Cardarelli  
Martina Ceranto  
Giuseppe Corrente  
Silvia Cuccarolo  
Isabella D'Angelo  
Giuseppe De Caroli  
Rossella De Fazio  
Andrea De Maria  
Daniele Delle Rose  
Mauro Fadda  
Leonio Fortunato

Michele M. Figliuzzi  
Marco Greppi  
Ranieri Locatelli  
Ugo Milan  
Marina Mirandola Minuzzi  
Ettore Morandini  
Michele Perelli  
Nicola Perrini  
Luigi Paolo Sandri  
Francesco Scordamaglia  
Lorenzo Tamagnone  
Rosamaria Tiano  
Andrea Villa  
Glorianna Zangiacomi

Note legali: I testi degli articoli, anche se curati con scrupolosa attenzione, non possono comportare responsabilità specifiche per eventuali inesattezze o errori, né l'autore garantisce la loro completezza e precisione. Si ricorda inoltre che le informazioni sono fornite a titolo puramente indicativo: esse non sostituiscono una valutazione odontoiatrica del singolo caso. Tutti i contenuti di NumeriUno sono protetti dal diritto di autore. Sweden & Martina declina ogni responsabilità per qualunque tipo di utilizzo fatto da terzi del presente lavoro.

## Form di abbonamento gratuito a "Numeri UNO" esse & emme news magazine

Dopo aver compilato il coupon che trovate qui di seguito, inviatelo in busta chiusa per posta ordinaria a Sweden & Martina S.p.A., via Veneto, 10 - 35020 Due Carrare (PD) o via fax al numero 049 91.24.290

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ex D. Lgs. 196/03 e succ. modif.

È già cliente Sweden & Martina?  SÌ  NO

- Sono interessato a ricevere copia cartacea della rivista
- Sono interessato a ricevere la newsletter alla mia casella di posta elettronica
- Sono interessato a ricevere la visita di uno specialista di prodotto \_\_\_\_\_
- Sono interessato a venire a visitare l'azienda
- Sono interessato a pubblicare un case report su Numeri UNO
- Sono interessato a ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - **Implantologia**
- Sono interessato a ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - **Implantologia Vol. 2**
- Sono interessato a ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - **Implantologia Vol. 3**
- Sono interessato a ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - **Strumenti Canalari Mtwo** Seconda edizione, giugno 2012
- Sono interessato a ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - **Cementazione Adesiva Bisico**