

# IMPLANT TRIBUNE

The World's Newspaper of Implantology · Italian Edition

Marzo 2021 - anno XI n. 1 - Supplemento n. 2 di Dental Tribune Italian Edition - Marzo 2022 - anno XVIII n. 3

www.dental-tribune.com

AD

**3i T3 IMPLANT™** **BIOMET 3i**

### IL PRIMO IBRIDO TRIFUNZIONALE

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

**T<sup>1</sup> Tecnologia Bone**

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

**T<sup>2</sup> Tecnologia Safe**

**LA PRIMA CONNESSIONE CON 3 LIVELLI DI INGAGGIO**  
per una tenuta a prova di test  
**T<sup>3</sup> Tecnologia Connection**

**BIOMAX**  
avere cura  
www.biomax.it

**L'INTERVISTA**  
Nasce SIPRO: il futuro della protesi 2

**NEWS & COMMENTI**  
Le malattie perimplantari: prevenire è meglio di curare 3

**MEETING & CONGRESSI**  
IAO a Cortina: un'esperienza suggestiva per igienisti e odontoiatri tra neve e aggiornamento scientifico 4

**L'INTERVISTA**  
Il frenulo nei pazienti pediatrici: una controversia da non temere più 5

**SPECIALE REGENERATION**  
Aumento della cresta alveolare con tecnica "Bone into Bone": analisi istomorfometrica 8

**PRATICA & CLINICA**  
Il grande rialzo del seno mascellare: tecniche a confronto e come limitare le complicanze 10

AD

**TRECCHI HUMAN ACADEMY** **bti** Biotechnology Institute

## CORSO DI TECNICHE CHIRURGICHE IMPLANTARI SU PREPARATI ANATOMICI UMANI

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

**CADAVER LAB** **23,4 Crediti ECM**

Iscrizione: [info@trecchihuman.com](mailto:info@trecchihuman.com) · [www.trecchihuman.com](http://www.trecchihuman.com)

## Superfici implantari evolute: un case report

Manuel Francesconi

### Introduzione

La terapia impianto protesica oggi rappresenta la prima scelta nella sostituzione di uno o più elementi dentari irrimediabilmente compromessi. Le crescenti richieste estetiche, di contrazione dei tempi e di risultati stabili nel tempo, hanno portato

le aziende e la ricerca al continuo sviluppo di superfici e geometrie sempre più performanti al punto che negli ultimi anni il dibattito su quelle che siano le più corrette da utilizzare è diventato sempre più acceso.

> pagina 12

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

Fabrizio Dell'Innocenti, Massimiliano Pisa

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



> pagina 6

**IS+**

**+ SEMPLICE**  
**+ STABILE**  
**+ VERSATILE**

**btk** **Implanting Trust, Smile Again!**

Scopri lo su **btk.dental** **Guarda subito**

AD

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

Fabrizio Dell'Innocenti\*, Massimiliano Pisa\*\*

\*Odontoiatra, libero professionista a Ponsacco (PI)

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

< pagina 1

## Materiali e metodi

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

## Pianificazione

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

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

## Chirurgia

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

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



Fig. 1 - Caso iniziale.



Fig. 3 - Montaggio diagnostico.



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

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

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

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

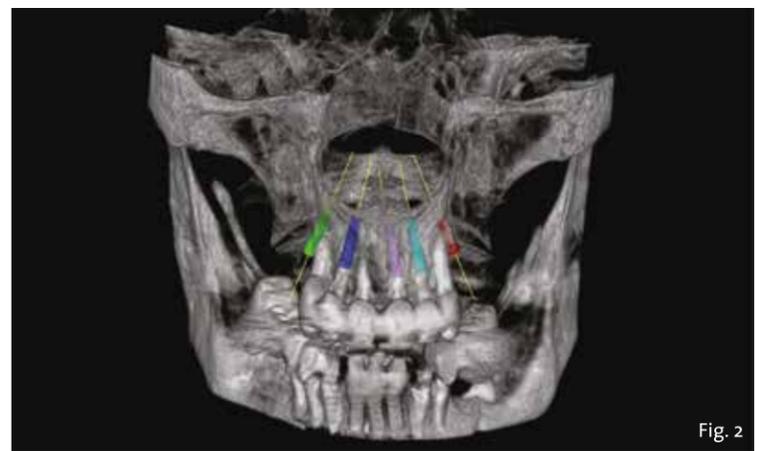


Fig. 2 - Progettazione 3D.



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



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

## Protesi provvisoria tipo Toronto a carico immediato

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

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

> pagina 7

< pagina 6

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

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

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

**Protesi definitiva tipo Toronto**

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

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

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

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

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



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



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



Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11

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

Fig. 10 - Realizzazione della protesi definitiva.

Fig. 11 - Protesi definitiva pronta per la consegna.



Fig. 12

Fig. 12 - Dettaglio del lavoro inviato allo studio.



Fig. 13

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



Fig. 14

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



Fig. 15

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