



Accesso alle cure odontoiatriche, a gennaio parte il fondo sanitario di Fondazione Andi Salute

A Roma il Workshop di economia in odontoiatria di Andi ha presentato il fondo sanitario integrativo gestito dalla Fondazione Andi Salute (Fas), al quale i cittadini potranno aderire a partire da gennaio 2025. L'obiettivo è contrastare la rinuncia alle cure per motivi economici, promuovendo un modello di spesa

odontoiatrica sostenibile. I capisaldi dell'offerta sono costo contenuto della quota, premialità per la prevenzione, tutele crescenti, libera scelta del dentista e assistenza domiciliare in urgenza per i pazienti fragili. «Un modello che piace agli italiani» ha verificato il sondaggista Renato Mannheimer.

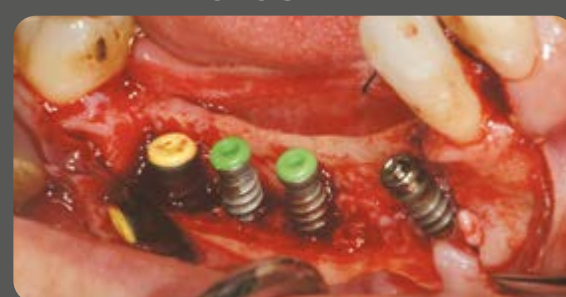
Apnee ostruttive nel sonno, epidemiologia in crescita



TOP NEWS Digital Dentistry Society, il congresso di Firenze



Casi clinici SPECIALE IMPLANTOLOGIA



DentalAcademy.it



AUTORE Aldo Crespi
Estrazione di un ottavo in vestibolo inversione



AUTORE Aldo Crespi
Implantologia in paziente anziano

ULTIMI POST

SIVP DENTAL
LA MIGLIORE
SOLUZIONE

DIGITALE
E ANALOGICA

OFFERTA SPECIALE
STAMPA MODELLO CAD-CAM
SUPERIORE E INFERIORE 10€



CORONA
ZIRCONIO
INTEGRALE
MULTISTRATO
59 €

LABORATORIO DI PROTESI DENTALI

06 997 808 35

sivpdental.it



Per maggiori info
scansiona questo codice



SISTEMA PROFESSIONALE
PER LO SBIANCAMENTO DEI DENTI

BRILLIANT Lumina

Natural
Bright Smile



BRILLIANT Lumina

Una soluzione innovativa per lo sbiancamento dentale in studio

H_2O_2
in passato!

PAP

Il futuro
dello sbiancamento
dentale professionale

- ▶ Formula senza perossido di idrogeno e perossido di carbammide.
- ▶ Principio attivo PAP (acido ftalimidoperossicaproico). La sua formulazione unica permette di mantenere la concentrazione di PAP abbastanza alta da ottenere un sorriso naturalmente più bianco.
- ▶ Pazienti soddisfatti: nessuna sensibilità dei denti durante o dopo il trattamento.
- ▶ Delicato sui tessuti duri dentali - gli esami delle superfici dentali dimostrano che BRILLIANT Lumina non erode la struttura dentale.
- ▶ Protocollo di trattamento semplice.

Lumina Basic Kit

Cod. 65002864

4 × Vasetti di Gel da 2ml

1 × Flaconcino di liquido attivatore da 5ml

1 × Brochure Informativa paziente



www.coltene.com

 **COLTENE**

Andi Fas, il fondo integrativo che premia la prevenzione

Il fondo sanitario gestito dalla Fondazione Andi Salute (Fas) promette di supportare la spesa odontoiatrica dei cittadini in modo nuovo: libera scelta del dentista, premialità per la prevenzione, assistenza domiciliare per i pazienti fragili

Le cure odontoiatriche rappresentano ancora il “dente scoperto” del nostro servizio sanitario nazionale, essendo rimaste sempre un po’ ai margini nella struttura di tutela della salute.

Attualmente in Italia sono milioni i cittadini che rinunciano ogni anno ad andare dal dentista e lo fanno principalmente per motivi economici, ma anche per un vuoto di conoscenza circa le ripercussioni della salute dentale sulla salute generale della persona. È necessario dunque agire su più fronti e l’Associazione nazionale dentisti italiani (Andi) propone l’attività del proprio fondo integrativo gestito dalla Fondazione Andi Salute (Fas), presentato al IX workshop di economia in odontoiatria organizzato da Andi a Roma con il titolo “Sostenibilità in odontoiatria: un patto fra pazienti e odontoiatri”.

Le caratteristiche del fondo integrativo

La libera scelta dell’odontoiatra da parte del paziente rappresenta una delle caratteristiche distintive del fondo, che non a caso ha chiamato il piano sanitario con il nome “Liberi di scegliere”, puntando a mantenere e sostenere il rapporto fiduciario tra paziente e dentista.

«Il rimborso avverrà solamente per terapie che sono svolte da soggetti iscritti all’ordine nazionale dei medici chirurghi e odontoiatri titolari di partita iva o da soggetti giuridici annotati all’Ordine provinciale, quindi le sole Società tra professionisti (Stp) – ha spiegato Carlo

Ghirlanda, presidente Andi –. Non saranno pertanto rimborsate prestazioni che si svolgono presso altre strutture odontoiatriche, seppur autorizzate».

La natura educativa e premiale del fondo prevede la copertura di un numero sempre maggiore di prestazioni a patto che il paziente effettui, a proprie spese, almeno la seduta di igiene dentale annuale. Esclusa, invece, la copertura di interventi causati da mancata prevenzione, «perché se si arriva a quella situazione significa che si è trascurata la prevenzione», ha aggiunto Ghirlanda.

Il fondo dovrebbe essere operativo già a partire da gennaio 2025 e ha come obiettivo finale la riduzione dell’esposizione al rischio delle patologie orodentali motivando la prevenzione e sostenendo la possibilità di accesso alle cure. Il Fas – ha fatto sapere Andi – è un’iniziativa senza scopo di lucro, e le risorse saranno tutte destinate ai rimborsi delle cure odontoiatriche comprese nel piano sanitario.

Il modello è di tipo generativo, poiché quanto non viene speso nell’anno corrente potrà essere riutilizzato nell’anno successivo: si tratta quindi di un vero e proprio conto di accumulo di risorse economiche per la salute odontoiatrica, che potrà essere esteso ai familiari.

Il costo associativo annuale sarà contenuto e non supererà 50 euro per il piano base. Con l’anzianità di adesione, le tutele andranno ad aumentare, rimanendo tuttavia identico il costo di iscrizione.

IL FONDO INTEGRATIVO DI FONDAZIONE ANDI SALUTE IN SINTESI

- Fondo integrativo con quota di iscrizione entro 50 euro/anno per il piano base
- Garantisce un contributo economico a sostegno dei costi per una prestazione definita il primo anno (ad esempio un impianto dentale)
- Assicura negli anni successivi, allo stesso costo di adesione, un maggiore contributo economico per sostenere altre prestazioni odontoiatriche
- Richiede una documentata prestazione di igiene orale una volta l’anno a carico dell’assicurato
- Iter di rimborso semplice e immediato
- Consente la libera scelta del dentista su tutto il territorio nazionale

Il piano prevede anche un servizio di assistenza a domicilio per le persone fragili, destinate nei prossimi anni a crescere in maniera esponenziale a causa dell’invecchiamento demografico.

«Un modello che piace agli italiani» ha commentato **Renato Mannheimer**, sondagista e sociologo, attraverso i dati emersi dall’indagine condotta su un campione rappresentativo della popolazione adulta italiana, il cui gradimento in una scala da 1 a 10 ha ricevuto un voto medio pari a 7.

Un modello a sostegno della professione

Al workshop di economia in odontoiatria di Andi è stato ricordato che l’erosione progressiva e costante della capacità di spesa del cittadino italiano ha inciso per l’85,2% sulla rinuncia alle cure odon-

toiatriche. Un divario tra chi è più abbiente e chi lo è meno che si quantifica in otto denti in più in salute.

Per i relatori del workshop, la risposta dei pazienti di fronte a questa difficoltà ha determinato alcuni fenomeni preoccupanti per la professione odontoiatrica. Il primo è quello della concorrenza scorretta dei dentisti abusivi, che senza laurea mettono a rischio la salute del paziente. Il secondo riguarda il ricorso alle cure low cost in altri Paesi europei, che pure espone il paziente a cure poco sicure e senza controlli successivi agli interventi effettuati. Infine, il terzo fenomeno crescente è quello delle catene odontoiatriche che, seppure siano in grado di offrire prestazioni professionali, perseguono primariamente la logica del profitto, talvolta a discapito dell’attenzione verso il benessere del paziente.

«In questo contesto, la soluzione del sistema virtuoso proposta da Andi vuole essere un vero e proprio sostegno alla professione dell’odontoiatra in Italia, puntando al modello dell’impegno sociale con caratteristiche non assicurative, che lo rendono unico e innovativo nel panorama dell’assistenza odontoiatrica dei fondi sanitari di categoria» ha commentato **Luca Barzagli**, presidente della Fondazione Andi Salute.

Lucia Oggianu

EDITORIALE

Aldo Crespi
Odontoiatra



CODICE ROSSO: DENTISTA SENTINELLA DI VIOLENZE E MALTRATTAMENTI

Dalla sua nascita ad oggi, ci sono opinioni contrastanti in merito alla validità della legge numero 69 del 19 luglio 2019, il così detto “codice rosso” recentemente rivisitato dalla Corte Costituzionale nell’articolo 577 del codice penale, che inasprisce le pene sulla violenza domestica e di genere.

Gli odontoiatri, così come potrebbero essere i primi ad accorgersi delle precancerose al labbro e/o ai tessuti circostanti, data la frequenza delle visite e del rapporto confidenziale e fiduciario con i pazienti, potrebbero essere nelle condizioni di riconoscere i primi segni di malessere psichico o fisico relativo a una violenza domestica. Tanto che, sia gli ordini che le associazioni di categoria, hanno tempo fa sensibilizzato in questa direzione. Come è facilmente immaginabile, si tratta di una condizione altamente delicata, per non definirla quasi ingestibile dagli odontoiatri, per quanto collaborativi possano essere. Gli episodi di violenza in ambito domestico, infatti, molto spesso non vengono denunciati né dai diretti interessati, né dai parenti più stretti, che capita siano spettatori impotenti delle violenze.

In linea teorica e soprattutto da un punto di vista etico, la richiesta della nostra attenzione sull’argomento è senz’altro legittima e sicuramente utile ai fini della prevenzione; tuttavia non è così facile da applicare, specie per l’odontoiatria privata. Per quanto il rapporto con i pazienti sia amichevole, il soggetto subente, che sia un bimbo, una donna o un uomo, difficilmente si rivolgerà al proprio dentista per denunciare una violenza subita, come del resto ha le stesse difficoltà nei confronti delle istituzioni preposte allo scopo.

Qui potrebbe inserirsi la delicatezza e l’empatia dell’operatore che, una volta accortosi di segni di violenza, cosa di per sé tutt’altro che facile, si proponga come confessore per estrapolare la difficile realtà oggettiva di avvenuta violenza. Ammesso tutto questo possa avvenire, si pone poi il dubbio del professionista ad esporsi personalmente con la segnalazione alle forze dell’ordine, con tutte le implicazioni che la denuncia può comportare, compresa la rinuncia emotiva da parte del soggetto interessato per velate intimidazioni.

La carenza di organico delle forze dell’ordine, infatti, impedisce alle vittime di essere prontamente isolate dall’ambiente ostile sicché, in molti casi, restano in balia del loro persecutore che, esercitando una sudditanza psicologica, le convince, fortunatamente non sempre, nel desistere alla denuncia del fatto, facendo millantate promesse di non reiterare mai più gli episodi violenti o, peggio, giustificando il loro comportamento quale causa della vittima stessa. Pertanto, se da un punto di vista sociale tale sensibilizzazione alla prevenzione delle violenze domestiche appare certamente come una nobilissima iniziativa preventiva, come molte altre pieghe complesse della giustizia, non è di facile applicazione, sia per gli organi deputati allo scopo che tantomeno per i colleghi. Qualcosa però vale la pena di provare a fare, soprattutto nei casi in cui la nostra sensibilità ci dà la quasi certezza di essere di fronte a un paziente vittima di violenze o maltrattamenti.



Ecm, crediti anche da libri e pubblicazioni scientifiche

Fino a 30 crediti Ecm nel triennio possono essere ottenuti attraverso l'autoformazione, che include l'aggiornamento attraverso la lettura di libri e riviste scientifiche:

1 credito per ogni ora. Ecco la procedura per l'accreditamento (in autocertificazione)

Nell'ambito dell'Educazione continua in medicina (Ecm), l'autoformazione è un approccio attraverso il quale i professionisti della sanità assumono la responsabilità di gestire parte del proprio apprendimento e sviluppo professionale in modo autonomo. Contrariamente alla formazione tradizionale, che può essere strutturata e guidata da istituzioni accade-

miche o provider accreditati, l'autoformazione permette ai professionisti di individuare i propri bisogni formativi, selezionare le risorse e i materiali didattici più appropriati e pianificare il proprio percorso di apprendimento. L'autoformazione non è supportata da un provider accreditato e non consiste nella partecipazione a eventi Ecm. Piuttosto, si

tratta di attività individuali e spontanee dei singoli professionisti, alle quali è stata comunque attribuita una certa validità in termini di aggiornamento. La quota massima di crediti Ecm ottenibili in questo modo ha un limite massimo, che dal 2019 è passato dal 10% al 20% dell'obbligo triennale formativo. Anche in questo, si distingue dalla Formazio-

ne a distanza (Fad), che non presenta restrizioni e può soddisfare fino al 100% delle necessità formative triennali (a meno di eventuali limitazioni specificate dai singoli ordini, collegi o albi professionali).

Per il triennio 2023-2025 il fabbisogno formativo complessivo Ecm è stato confermato a 150 crediti formativi, fatte salve le decisioni in ma-

teria di esoneri ed esenzioni: ne risulta quindi che 30 di questi possono essere ottenuti attraverso l'autoformazione.

Il Manuale Agenas

Lo scorso marzo, la Commissione nazionale per la formazione continua dell'Agenas ha approvato un aggiornamento del Manuale sulla formazione continua dei professionisti del settore sanitario. Tra le novità introdotte, si evidenzia un maggiore focus sull'educazione interprofessionale, sull'implementazione delle nuove tecnologie nell'ambito didattico e, soprattutto, sull'autoformazione, che può avvenire attraverso diverse modalità.

Secondo il Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario emesso dall'Agenas, l'attività di autoformazione può consistere:

- nella lettura di riviste scientifiche, di libri o capitoli di libri e di monografie, manuali tecnici per

attrezzature di alto livello tecnologico;

- nell'attività di studio finalizzata alla docenza in master universitari, corsi di alta formazione e di perfezionamento e le scuole di specializzazione.

Il numero dei crediti da attribuire viene valutato sulla base dell'impegno orario autocertificato dal professionista e viene riconosciuto 1 credito per ogni ora di autoformazione. Rimane ferma la facoltà di Federazioni e Ordini di prevedere ulteriori tipologie di autoformazione sulla base delle esigenze delle specifiche professioni.

La procedura di autocertificazione

Le attività svolte come autoformazione vengono autocertificate dagli stessi professionisti, che li caricano direttamente sul portale di Cogeaps, il consorzio che gestisce l'anagrafica dei crediti Ecm dei professionisti sanitari italiani. Effettuato l'accesso tramite Spid o Carta d'identità elettronica, il professionista, oltre a poter verificare la propria posizione Ecm, i crediti maturati e il proprio debito formativo complessivo, può anche caricare le attività di autoformazione.

Entrando nell'area riguardante i crediti individuali si seleziona la tipologia di credito tra cui rientra anche l'autoformazione. Dovranno essere inserite la data di inizio e la data di fine; il numero di ore di autoformazione, ossia il numero di ore dedicate ad esempio alla lettura di un articolo scientifico; si indica poi il tipo di autoformazione (in questo caso "letture scientifiche"); va specificato il titolo dell'articolo scientifico o del libro che è stato letto e infine deve essere selezionato l'obiettivo dell'autoformazione, selezionandolo tra quelli proposti. Con un clic sul tasto "invia richiesta", i crediti vengono caricati automaticamente.

Renato Torlaschi



SKP

STUDY CLUB sidp2024

• **Alessandria**
(Casale Monferrato)
• **Ascoli Piceno**
(San Benedetto del Tronto)
• **Bari**
• **Benevento**
• **Bergamo**
(Rogno)
• **Bologna**
• **Brescia**
(Flero)
• **Cagliari**
• **Campobasso**
• **Caserta**
• **Cosenza**
• **Firenze**
• **Frosinone**
(Veroli)
• **Genova**
• **Lecce**
• **Messina**
• **Milano**
• **Milano**
(Settimo Milanese)
• **Monza**
• **Napoli**
(Sant'Antimo)
• **Padova**
• **Roma**
• **Sassari**
• **Savona**
• **Torino**
• **Trento**
• **Udine**
• **Verona**

• **Bari**
• **Benevento**
• **Bergamo**
(Rogno)
• **Bologna**
• **Caserta**
• **Firenze**
• **Frosinone**
(Veroli)
• **Latina**
• **Milano**
(Settimo Milanese)
• **Monza**
• **Napoli**
• **Napoli**
(Sant'Antimo)
• **Padova**
• **Roma**
• **Torino**
• **Varese**
(Saronno)
• **Verona**

Riservati agli
Odontoiatri

Riservati agli
Igienisti Dentali

www.sidp.it



Apnee notturne, epidemiologia in crescita e correlata al sovrappeso

La patologia, sottostimata e sottodiagnosticata, è spesso conseguenza del sovrappeso. L'approccio è multidisciplinare e la terapia dipende dall'eziopatogenesi: bite notturno, terapia ventilatoria, neurostimolatore, fino alla faringoplastica

I disturbi respiratori nel sonno e le apnee notturne sono finiti sotto i riflettori del 110° congresso nazionale della Società italiana di otorinolaringoiatria e chirurgia cervico facciale che si è tenuto a fine maggio a Bergamo. Sono stati presentati i dati aggiornati e i nuovi dispositivi tecnologici per la diagnosi e cura di queste condizioni, tra prevenzione, neurostimolatori e chirurgia.

«Il tema delle apnee notturne e, quindi, della cosiddetta Osas – malattia ostruttiva delle vie respiratorie nel sonno – è diventato negli ultimi anni di grande attualità perché si sono finalmente approfonditi i tantissimi problemi e patologie correlate che influiscono in maniera sostanziale sulla qualità di vita del paziente. Ed è giusto che questo argomento trovi il suo canale di sensibilizzazione verso i pazienti affinché non si sottovaluti il problema, che ha un impatto sociale sia in termini assistenziali che terapeutici non indifferenti» ha detto il professor **Giovanni Danesi**, presidente del congresso.

Epidemiologia in crescita

«È una patologia che interessa ben 30 milioni di italiani, uomini e donne. La maggior parte dei casi è in forma lieve e si manifesta di solito con un russamento semplice – spiega il dottor **Andrea De Vito**, direttore di Otorinolaringoiatria negli ospedali di Forlì e Faenza, con un dottorato in medicina del sonno –. Ci sono, però, ben 4 milioni di italiani a rischio di gravi conseguenze perché, nei loro casi, l'interruzione del respiro notturno avviene per 15 o più volte l'ora. Ciò significa che per 15 volte, tutti gli organi del corpo soffrono di un'ischemia temporanea» ha proseguito De Vito. L'apnea è un'occlusione delle vie respiratorie a livello faringeo. Avviene di notte perché dormendo perdiamo tono muscolare e, conseguentemente, è più facile che le strutture anatomiche della bocca e della gola collassino. Negli adulti la principale causa di apnee notturne è l'obesità e più in generale l'essere in condizioni di sovrappeso: il

deposito di grasso sia sul collo che sull'addome determina l'occlusione delle vie respiratorie a livello faringeo mentre si dorme, causando l'apnea respiratoria. A questo si possono poi aggiungere fattori genetici e fattori anatomici come le malformazioni connesse a sindromi rare o più semplicemente l'aumento di volume di alcune strutture della gola, per esempio le tonsille. In tutto il mondo, perciò, le apnee notturne crescono all'aumentare del sovrappeso nella popolazione.

Anche nei bambini le apnee sono frequenti (tra l'1 e il 5% della popolazione italiana) e si manifestano principalmente tra i 4 e i 6 anni (ma possono iniziare anche a 2 anni). La causa principale è l'ipertrofia adeno-tonsillare. «È importante la vigilanza dei genitori nel cogliere le irregolarità nel respiro notturno – riprende De Vito – perché chi soffre di apnee da bambino, se non viene trattato, ne soffrirà sicuramente anche da adulto». Oggi, 8 bambini su 10 che si sottopongono all'asportazione chirurgica delle tonsille, lo fanno in seguito a diagnosi di apnea.

Ma è negli adulti che le conseguenze delle apnee notturne sono più gravi. «Quando gli episodi superano i 15 all'ora – prosegue il dottor De Vito – l'apnea diventa un fattore di rischio indipendente per le patologie cardiovascolari e favorisce l'insorgenza del diabete, del reflusso gastroesofageo e dell'ipertensione, a loro volta causa di malattie dell'apparato cardiocircolatorio. Le apnee notturne, inoltre, creano forte sonnolenza diurna, diventando una causa di incidenti stradali e colpi di sonno alla guida».

Anche nello studio dentistico, un test preliminare e di facile somministrazione al paziente è la scala di Epworth, che attraverso otto semplici domande offre una misura della sonnolenza diurna. Se positivo, è utile riferire il paziente a un centro di medicina del sonno per valutare l'esecuzione di una polisonnografia, che rivela la frequenza e tipologia delle apnee e indirizza verso la te-

rapia più appropriata. L'approccio in questi centri è sempre più multidisciplinare e quasi sempre ne fa parte anche un odontoiatra.

I trattamenti

«La perdita di peso rappresenta la principale forma di prevenzione e cura delle apnee notturne. A fianco, ci sono gli ultimi ritrovati scientifici – ha spiegato il dottor De Vito –.

Oltre alla terapia ventilatoria, che rimane sempre la prima scelta, tra le cure d'avanguardia discusse al 110° congresso della Società italiana di otorinolaringoiatria e chirurgia cervico-facciale si contano le cosiddette “oral appliances”, ovvero un bite notturno da mettere in bocca simile a quelli impiegati dai dentisti e utile ad aumentare lo spazio contenuto all'interno della bocca e

di conseguenza aprire il palato, mantenendo aperte le vie aeree. Un'altra opzione è quella di un neurostimolatore che, inserito chirurgicamente nella zona del mento, ha la funzione di stimolare mentre si dorme, grazie alla prossimità al nervo ipoglosso, i muscoli della lingua e facilitare la respirazione notturna. Si tratta di un'applicazione medica non ancora diffusa in Italia ma utilizzata

su larga scala negli Stati Uniti e in alcuni Paesi europei». In entrambi i casi l'efficacia della terapia dipende, in parte, dalla stabile riduzione del peso corporeo. Ad oggi però anche la chirurgia ricostruttiva del faringe (faringoplastica) rappresenta, in casi selezionati, una valida terapia per le apnee nel sonno».

Andrea Peren



09-2018
WE LOVE WHAT WE DO.

MAXI SMART: LA NOSTRA PIÙ ALTA ASPIRAZIONE.

COSTI D'ESERCIZIO RIDOTTI,
RISPARMIO DI ENERGIA E DI
MATERIALE, SVILUPPO SOSTENIBILE.

Maxi Smart è una centrale di aspirazione chirurgica consigliata **fino a 15 riuniti in funzione contemporanea** ed è il primo grande impianto che oltre alla prevalenza controlla anche la portata. Maxi Smart è di facile installazione infatti è completamente premontato, è senza vaso separatore e possono essere collegate fino a 4 unità in parallelo senza accessori.

Siamo soddisfatti di Maxi Smart, abbiamo migliorato il lavoro dei professionisti e contribuito ad una crescita sostenibile.

Scopri i dettagli su www.cattani.it

COSTIAMO MENO DEGLI ULTIMI E SIAMO TRA I PRIMI DEL MONDO! ECCO PERCHÉ:

Facciamo ricerca: questo ci permette di avere a nostra disposizione tecnologie di ultima generazione.

Aumentiamo le prestazioni: le tecnologie informatiche ed elettroniche aumentano le prestazioni e la sicurezza delle nostre macchine.

Riduciamo i costi: meno costi di manutenzione e meno spese di energia: nel rapporto costi benefici siamo sempre i più convenienti.

Riduciamo l'impatto ambientale: risparmiamo il 50% di materie prime, facciamo risparmiare a voi dal 30% al 50% di energia elettrica.

HOW IS IT WE LEAD IN OUR FIELD, WHEN WE COST LESS THAN THE ALTERNATIVES? THIS IS HOW:

Constant research: this enables us to apply the latest technology to all of our products and solutions.

We enhance performance: electronic and information technology enable us to enhance the performance and reliability of our products.

We reduce costs: less maintenance and lower energy costs mean that we are always the most economical on a cost-benefit analysis.

We reduce environmental impact: we save 50% on raw materials, and allow you to save between 30% and 50% on electrical consumption.

CATTANI
AIR TECHNOLOGY

Decontaminatore dell'acqua

Stop alla Legionella

METASYS WEK Light



GERMI PERICOLOSI

La soluzione al tuo problema!

I decontaminatori dell'acqua, METASYS WEK e WEK Light, sono sistemi che consentono la decontaminazione dell'acqua e delle condotte idriche con l'aiuto del disinfettante GREEN&CLEAN WK. Il GREEN&CLEAN WK oltre a ciò per via dei suoi componenti inibenti anti calcare protegge il riunito da incrostazioni di calcare. I decontaminatori WEK/WEK Light si usano per fornire acqua decontaminata agli strumenti (per es. bicchiere, turbine ...)

METASYS WEK Light:

- >> Effetto decontaminante efficace, continuo e non tossico
- >> Monitoraggio automatico del dosaggio di disinfezione
- >> Alta manutenibilità grazie al design modulare
- >> Azione anti-calcare

I quattro step dell'approccio mininvasivo alla lesione cariosa

Il restauro è solo la fase conclusiva e operativa di un processo molto più complesso e articolato, in almeno quattro fasi cliniche, che chiama l'odontoiatra e l'igienista dentale a uno sforzo diagnostico, preventivo e comunicazionale



Stefano Daniele

L'approccio minimamente invasivo alla lesione cariosa non riguarda esclusivamente il trattamento della stessa, cercando di conservare il maggior quantitativo possibile di tessuto dentale sano. Il nostro sforzo deve andare oltre, creando le condizioni intra-orali in grado di prevenire il fallimento dei restauri eseguiti e lo sviluppo di ulteriori lesioni cariose.

La carie è una malattia cronica di natura batterica caratterizzata da un'elevata concentrazione intra-salivare di batteri cariogeni (*S. mutans* e *Lactobacilli*) in grado, da un lato, di metabolizzare gli zuccheri fermentabili per aderire alla superficie dentale mediante la formazione del biofilm della placca (*S. mutans*) e dall'altro di produrre acido lattico (*Lactobacilli*), che demineralizza i tessuti duri del dente. La condizione sopra descritta è, in breve sintesi, la malattia carie, che si manifesta con la comparsa della lesione cariosa nei diversi stadi, dalla semplice demineralizzazione dello smalto fino a una cavitazione dentinale particolarmente profonda.

La gestione clinica della lesione cariosa mediante approccio minimamente invasivo non può limitarsi alla semplice rimozione del tessuto cariato ed al successivo restauro ma deve seguire una filosofia razionale, parlando di cariologia. Nello specifico è possibile distinguere, in sequenza, le seguenti fasi cliniche.

Identificazione

Con questo termine si intende dapprima l'intercettazione della lesione cariosa in situ (superficiali aree di smalto demineralizzato oppure lesioni cariose già cavitate) e lo studio della storia di carie del paziente, vale a dire il numero di restauri presenti nel suo cavo orale.

La presenza di lesioni cariose è un indice inequivocabile che trattasi di un paziente a rischio carie e, come per tutte le malattie croniche, occorre indagare quali sono i fattori di rischio della malattia al quale

il soggetto è esposto e mettere in opera, per contro, dei fattori protettivi della malattia.

Si parte dal presupposto che è molto difficile eradicare la malattia carie, acquisita in età infantile, ma principalmente si cerca di evitare la comparsa dei segni della malattia, vale a dire la lesione cariosa e dunque il danno ai tessuti dentali. L'accumulo di placca batterica, specialmente se matura, è il principale fattore di rischio da correggere (istruzioni e motivazione all'igiene orale domiciliare e richiami professionali periodici), così come un'eccessiva assunzione di zuccheri aggiunti presenti, principalmente, negli snack e nelle bevande/succhi edulcorati.

Accanto alle abitudini alimentari è possibile ritrovare situazioni sistemiche favorevoli allo sviluppo della lesione cariosa, come l'assunzione di farmaci (antidepressivi in particolare), malattie alle ghiandole salivari oppure interventi chirurgici di resezione/radioterapia delle ghiandole salivari maggiori. Tutte condizioni che riducono il flusso salivare, facilitando la permanenza sulle superfici dentali degli acidi organici prodotti dalla placca batterica invece che facilitarne la loro diluizione.

Il livello socio-economico del paziente ha la sua importanza, nel senso che pazienti con status socio-economico più bassi tendono ad avere, tendenzialmente, meno cura alla propria salute orale.

Un'attenzione particolare deve essere riservata ai bambini ai quali è stato diagnosticato un rischio carie. L'abitudine più scorretta e favorente lo sviluppo della lesione cariosa è quella di consumare cibi o bevande con zuccheri aggiunti prima di andare a letto. Gli zuccheri possono, in tal modo, rimanere più facilmente nella cavità orale del piccolo e favorire in maniera importante la produzione di acidi organici da parte dei batteri cariogeni.

Per l'identificazione delle lesioni cariose e per inquadrare il paziente come soggetto a rischio carie, diverse sono le strategie e gli ausili diagno-

stici. Sicuramente il primo passaggio è rappresentato dall'ispezione visiva (international caries detection and assessment system o Icdas), meglio se eseguita con un sistema ingrandente e con una valida fonte di luce del campo da esaminare, e in un secondo momento le radiografie bitewing su supporto digitale. La tecnologia, negli ultimi anni, ha permesso l'introduzione di altre sistematiche estremamente utili e valide per l'intercettazione della lesione cariosa come, ad esempio, i sistemi diagnostici basati sulla fluorescenza dei tessuti dentali sani rispetto a quelli affetti dalla lesione cariosa.

Cercare di intercettare le lesioni cariose su un campo operatorio ben deterso è fondamentale e dunque, prima dell'ispezione visiva o dell'indagine strumentale, è buona regola applicare un rivelatore di placca e detergere la superficie da indagare con un getto di polvere delicata (eritritolo e glicina).

Prevenzione

In maniera analoga all'identificazione dei fattori di rischio per la malattia carie, occorre mettere in atto una serie di misure definite protettive allo sviluppo della lesione cariosa. Dapprima è necessario, come già citato, correggere le abitudini alimentari scorrette e ridurre, se non eliminare, il consumo degli zuccheri aggiunti dalla dieta.

Fondamentale è una decisa motivazione all'igiene orale domiciliare (due volte al giorno) impiegando un dentifricio, almeno per gli adulti, a base di fluoruro di sodio e con una concentrazione di fluoro pari a 1.450 ppm.

Utile è l'impiego di chewing-gum a base di xilitolo, che è uno zucchero non fermentabile in grado di bloccare il sistema enzimatico di *S. mutans* che porta alla formazione del biofilm della placca a partire dagli zuccheri fermentabili.

Per le lesioni cariose iniziali dello smalto (aree demineralizzate) utili sono i dentifrici a base di vetri bioattivi e le



Fig. 1: sospetta lesione cariosa in fase attiva sulla superficie occlusale di un molare inferiore

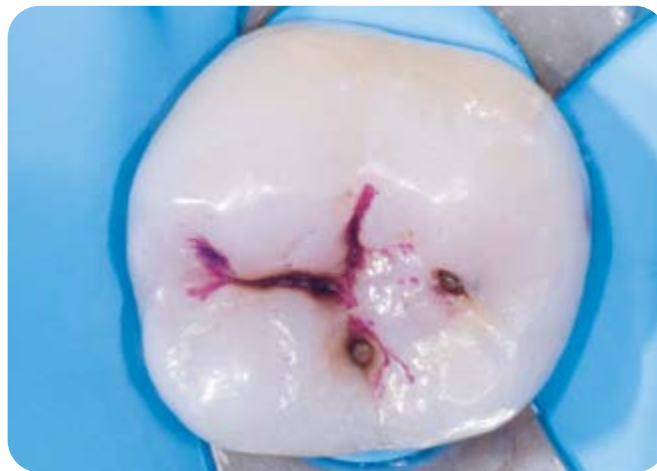


Fig. 2: prima delle procedure diagnostiche della lesione cariosa (ispezione visiva, fluorescenza e altre sistematiche), la superficie deve essere detersa dagli accumuli del biofilm della placca (plaque disclosing in situ)

mousse a base di fosfopeptidi di caseina in matrice amorfa di calcio e fosfato.

Trattamento

Il trattamento della lesione cariosa deve essere condotto secondo i principi del minimo intervento e dunque cercando di sacrificare meno tessuto dentale sano rimanente oppure, semplicemente, arrestando la progressione della lesione cariosa in fase iniziale.

Il restauro della cavità potrà essere un restauro adesivo convenzionale oppure che prevede l'impiego di materiali bioattivi, in grado di rilasciare ioni calcio, fosfato e fluoro perifericamente al restauro, riducendo così il rischio di comparsa di una lesione cariosa secondaria, soprattutto nei soggetti ad elevato rischio carie.

La tecnica atraumatic restorative treatment (Art) è messa in pratica soprattutto per le

lesioni cariose degli elementi dentali dei bambini e, oltre che prevedere l'impiego di escavatori a mano invece che strumenti rotanti e l'impiego di cementi vetro-ionomerici da restauro, sfrutta i principi della rimozione selettiva del tessuto cariato.

La rimozione selettiva del tessuto cariato, peraltro indicato anche per gli elementi dentali degli adulti, prevede di lasciare sul fondo della cavità conservativa prodotta uno strato di dentina affetta da carie (leathery dentine) in grado di remineralizzare spontaneamente ed evitare l'insorgere di complicanze pulpari come, ad esempio, l'esposizione dei tessuti della polpa dentale durante le procedure operative.

L'infiltrazione resinosa delle lesioni cariose prossimali contenute nello spessore dello smalto è una procedura in grado di arrestare la progressione della lesione cariosa e, oramai, i dati presenti in

letteratura comprovano che si tratta di una procedura efficace.

Le soluzioni a base di argento diammina fluoro permettono di bloccare la progressione della lesione cariosa già cavitata senza dover intervenire con un approccio invasivo legato alla realizzazione di una cavità conservativa.

L'impiego dell'argento diammina fluoro trova particolari indicazioni nel trattamento di quei pazienti con scarsa collaborazione alle manovre operative e dunque nei bambini, negli anziani e nei soggetti disabili.

Richiami

I pazienti a rischio carie devono essere richiamati periodicamente ai controlli odontoiatrici per valutare se stanno seguendo le indicazioni fornite riguardo l'igiene orale domiciliare, per sottoporsi a delle sedute di igiene orale professionale, per l'applicazione topica di presidi a base di fluoro o argento diammina fluoro e, non per ultimo, per valutare che non siano comparse nuove lesioni cariose primarie o secondarie intorno ai restauri. Questo ultimo aspetto appare molto importante, perché rappresenta una misura indiretta che l'odontoiatra è riuscito ad abbassare il rischio di carie individuale del paziente.

Non esiste un periodo standard per quanto riguarda i richiami in ambulatorio dei pazienti a rischio carie ma dipende dall'entità del rischio e da quale è il livello di alleanza terapeutica che il paziente ha stabilito con l'odontoiatra per curare la sua malattia carie. In linea generale, tuttavia, un richiamo ogni sei mesi è preso come punto di riferimento temporale ma, come detto sopra, può essere accorciato o allungato sulla base delle esigenze individuali.

Stefano Daniele
Odontoiatra

Lin Y, McColl E, Duncan HF. Top tips for minimally invasive dentistry in primary care. Br Dent J. 2023 Jul;235(2):84-86.

Herpes, farmaci antivirali e sorveglianza odontoiatrica

Fondamentale il ruolo dell'odontoiatra nella sorveglianza e cura farmacologica dell'herpes oro-labiale con aciclovir o valaciclovir. I due antivirali sono indicati anche in gravidanza, previo consulto con il ginecologo

Herpes simplex, comunemente abbreviato in herpes, identifica tutte le condizioni patologiche che riconoscono un virus herpes simplex quale agente causale. Le infezioni più comuni sono due: herpes labiale ed herpes genitale.

Dopo la regressione della prima infezione, i virus dell'herpes simplex hanno la peculiare caratteristica di andare a rifugiarsi, attraverso i nervi della cute, nei gangli neuronali più vicini al sito di infezione. In questa sede, il virus entra in latenza, cioè non solo sopravvive al sistema immunitario, ma non viene neppure eliminato attraverso l'impiego dei farmaci. Così, anche a distanza di molto tempo, l'herpes simplex può ripresentarsi. Il virus approfitta degli stati di "debolezza" dell'organismo (cali delle difese immunitarie, periodi di stress, affaticamenti generali, ecc.), quindi si riattiva e provoca le classiche lesioni (comparsa di vesciche che provocano fastidio, dolore o prurito).

Nessun farmaco attualmente disponibile è in grado di eradicare l'infezione in modo definitivo, che dopo il contagio rimarrà all'interno del corpo per tutta la vita. Nessun medicinale, infatti, è in grado di eliminare il virus dalle cellule nervose in cui rimane latente. Tuttavia, gli antivirali possono alleviare i sintomi, abbreviare i tempi di risoluzione e ridurre le conseguenze gravi della malattia.

Il trattamento in acuto

Il trattamento dell'herpes simplex dev'essere sempre tempestivo, preferibilmente ai primi sintomi o all'apparire delle prime lesioni nel caso di infezioni recidivanti, per evitare il peggioramento dei prodromi.

I farmaci raccomandati per il trattamento dell'infezione erpetica sono a base di aciclovir, valaciclovir e famciclovir (quest'ultimo trova indicazione in Italia solo per la manifestazione genitale). Questi principi attivi ostacolano la moltiplicazione del virus,

quindi riducono la durata e rendono meno gravi gli episodi della malattia. Tuttavia, i farmaci antivirali non modificano l'intensità e la frequenza delle recidive, dopo la conclusione del ciclo terapeutico.

Aciclovir

L'aciclovir esercita la sua azione antivirale interferendo con la sintesi di nuovo Dna virale. Più nel dettaglio, l'aciclovir riesce ad entrare nelle cellule che sono state infettate dal virus e qui subisce delle fosforilazioni (cioè vengono aggiunti dei gruppi fosfati) fino a trasformarsi in aciclovir trifosfato. Una minima parte viene convertita in metaboliti inattivi grazie ad alcuni enzimi: aldeide ossidasi, alcol deidrogenasi e aldeide deidrogenasi. L'aciclovir trifosfato ha una struttura chimica molto simile a quella della guanosina trifosfato (uno dei nucleosidi che andranno poi a formare il nuovo filamento di Dna). Grazie a questa sua caratteristica, l'aciclovir viene incorporato nel filamento di Dna virale che si sta formando al posto della guanosina, provocando così un "errore" nel filamento di Dna in crescita. Questo errore porta a un arresto dell'elongazione e della sintesi della nuova catena di Dna. L'attività antivirale può essere limitata dall'instaurarsi di meccanismi di resistenza tali da ridurre l'efficacia mediante l'assenza dell'enzima iniziatore timidina chinasi virale, la riduzione dell'affinità di legame tra aciclovir con la Dna polimerasi virale e/o la timidina chinasi virale.

Disponibile in compresse, sospensione o granulato, la somministrazione orale trova indicazione nel trattamento delle infezioni della pelle provocate da herpes simplex, incluso l'herpes genitalis primario e recidivante, prevenzione delle infezioni e soppressione delle recidive da herpes simplex in pazienti immunocompetenti, trattamento della varicella e dell'herpes zoster.

La dose di aciclovir per via orale abitualmente somministrata negli adulti varia dai

200 mg agli 800 mg di farmaco: 200 mg quattro volte/die a intervalli di 6 ore (per un periodo variabile dai 7 ai 10 giorni quando l'herpes si manifesta per la prima volta); nei pazienti con un diminuito assorbimento intestinale il dosaggio può essere raddoppiato a 400 mg. La soppressione delle recidive può essere trattata con successo con somministrazioni di 400 mg o 200 mg due volte al giorno. La somministrazione endovenosa, disponibile in polvere da 250 mg per soluzione per infusione, trova indicazione per il trattamento delle infezioni da herpes simplex e da herpes genitalis primario in pazienti immunocompromessi, per l'encefalite da herpes simplex (ai soli ospedali e alle case di cura), per il trattamento delle infezioni da herpes simplex nei neonati. La quantità da assumere, la frequenza delle somministrazioni e la durata della terapia vengono stabilite in funzione del tipo di infezione da trattare, delle condizioni del sistema immunitario dei pazienti e del loro stato di salute generale (ad esempio ridotta nei pazienti affetti da grave compromissione renale).

Valaciclovir

Valaciclovir è una molecola costituita da L-valina e aciclovir, pertanto considerabile profarmaco dell'aciclovir, caratterizzato da proprietà farmacocinetiche decisamente più favorevoli tra le quali per l'appunto la sua biodisponibilità di gran lunga superiore e non influenzata dall'assunzione di cibo, che permette di ottenere concentrazioni plasmatiche più elevate e quindi una somministrazione meno frequente rispetto ad aciclovir. Assunto per os viene assorbito e successivamente convertito al livello intestinale ed epatico in aciclovir e L-valina per essere successivamente distribuito tra i vari tessuti per poter esplicare la propria azione terapeutica. Una volta permeate le membrane plasmatiche delle cellule, viene monofosfori-

lato grazie all'azione dell'enzima timidina chinasi, il quale è codificato solamente dai virus erpetici e non dall'organismo; per questo il farmaco agisce prevalentemente sulle cellule infettate e non su quelle sane. Successivamente, l'aciclovir monofosfato viene fosforilato nella forma bifosfato e, infine, trifosfato dalle chinasi della cellula ospite. Il neoformato aciclovir trifosfato, grazie all'analoga con nucleosidi purinici, si interpone alla catena del Dna nascente bloccando l'attività dell'enzima Dna polimerasi virale e inibendo così i potenziali meccanismi di replicazione virale.

Valaciclovir trova indicazione nel trattamento delle infezioni sostenute da herpes simplex di tipo 1 e 2. Disponibile in compresse da 500 e 1.000 mg, la posologia di somministrazione deve tener conto della gravità del quadro clinico, dell'obiettivo terapeutico, del livello di compromissione del sistema immunitario ospite e delle condizioni generali di salute del paziente. Di solito per il trattamento delle infezioni da herpes simplex di pelle e mucose il dosaggio è di 500 mg/die. Nel trattamento dell'herpes labiale viene raccomandato un solo giorno di somministrazione di 1.000 mg due volte/die; per la soppressione delle infezioni erpetiche ricorrenti il dosaggio è di 500 mg/die che può essere portato a due volte/die nei soggetti con funzione del sistema immunitario compromessa.

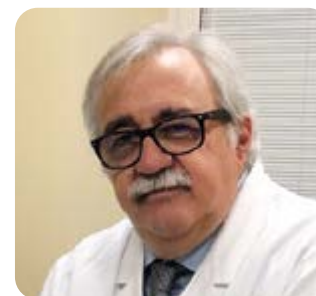
Herpes in gravidanza

La gengivostomatite erpetica acuta o primaria (1, 2) in gravidanza non è un evento frequente, ma una possibile evenienza per il fisiologico abbassamento delle difese immunitarie e, pur avendo generalmente esito completamente positivo, va curata tempestivamente per non far perdere peso alla donna e non correre rischi come ritardo della crescita intrauterina, parto prematuro e anemia fetale (3) o il passaggio transplacentare

Rubrica a cura di Simone Domenico Aspriello



Simone Domenico Aspriello
Odontoiatra parodontologo e implantologo a Pesaro
Dottore di ricerca in patologie infettive, immunometaboliche e degenerative
Master in medicina e oncologia orale



Alessandro Cecchi
Direttore del Centro unico regionale di Diagnosi prenatale di secondo livello
Ospedale di Comunità di Loreto (Ancona)

dell'infezione e morte dell'infante per danni multiorgano (4). È importante che l'odontoiatra sappia riconoscere i segni dell'infezione da herpes simplex 1 e impostare il corretto piano terapeutico. Piccole vescicole che si rompono rapidamente formando ulcere sulla gengiva aderente sono il segno esordiente dell'infezione e distinte rispetto alla stomatite aftosa. Nei casi con storia di infezioni da herpes simplex ricorrenti è ragionevole, dopo consulto con il ginecologo, la somministrazione profilattica di antivirali prima di sottoporsi a trattamento odontoiatrico: ad esempio 2 g di valaciclovir per due volte il giorno dell'intervento e 1 g due volte il giorno seguente.

Casi clinici

Il professor Giuseppe Ficarra descrive il suo primo caso del 1998 di una donna di 33 anni all'ottava settimana di gravidanza con ulcere orali multiple sulla gengiva aderente, sul dorso della lingua e sulla mucosa vestibolare e palatale, oltre a linfadenopatia cervicale e nausea e febbre che perduravano da tre giorni. Trattata con aciclovir orale (400 mg) 5 volte al giorno per 7 giorni, giungendo alla guarigione in 7-8 giorni. Un'altra donna di 26 anni alla 13ma settimana di gravidanza presentava ulcere sulla gengiva aderente, sulla mucosa palatale e sul bordo vermiglio di entrambe le labbra, oltre a febbre, mal di gola e linfonodi cervicali e sottomandibolari ingrossati, con molta fatica a bere e mangiare da quattro giorni. Trattata con aciclovir orale (800 mg) 5 volte al giorno per 7 giorni, la guarigione completa delle ulcere arrivò dopo 6-7 giorni.

In entrambi i casi a distanza di anni il nascituro non ha sofferto di conseguenze deri-

vanti dall'infezione o dal trattamento (4).

Sorveglianza odontoiatrica attiva

La sorveglianza odontoiatrica, oltre che nelle donne in gravidanza, è particolarmente importante nei soggetti affetti da virus dell'immunodeficienza acquisita (Hiv/Aids) per valutare la progressione della malattia, quando iniziare la terapia antiretrovirale e l'eventuale risposta ad essa. Si è visto che nei soggetti in cui la terapia antiretrovirale avviene tardivamente, l'incidenza di herpes labiale e ricorrente è superiore rispetto al gruppo trattato immediatamente (6).

Nonostante la terapia antiretrovirale altamente attiva, o di combinazione, abbia ottenuto un miglioramento del sistema immunitario dei pazienti, il ruolo dell'odontoiatra rimane fondamentale per attuare strategie atte alla promozione della salute orale, prevenzione delle manifestazioni patologiche orali e dell'herpes oro-labiale e cura con approccio farmacologico (7, 8).

Simone Aspriello
Odontoiatra

- 1) Pardo J, et al. Scand J Infect Dis. 2004;36(3):179-81.
- 2) Granat M, et al. Isr J Med Sci. 1986 Jun;22(6):455-9.
- 3) Pichler M, et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015 Jun;29(6):1216-20.
- 4) Mercolini F, et al. Z Geburtshilfe Neonatol. 2014 Dec;218(6):261-4.
- 5) Ficarra G, et al. J Can Dent Assoc. 2009 Sep;75(7):523-6.
- 6) Batavia AS, et al. PLoS One. 2016 Mar 1;11(3):e0150656.
- 7) Patton LL. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2016 Jan;121(1):29-38.
- 8) Flaitz CM, et al. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1996 Apr;81(4):433-41.

Odontoiatri

Igienisti Dentali

ASO

e20
eventi s.r.l.

CON IL PATROCINIO DI



COMUNE DI ALASSIO



New York University
College of Dentistry
CDE Italian Graduate
Association

NYU DENTISTRY
Lifetime Continuing Dental Education Program

Allassio

& L'ARTE DEL SORRISO

11-12 OTTOBRE 2024
PALASPORT DI ALASSIO

11,2 CREDITI ECM ODONTOIATRI E IGIENISTI DENTALI
10 ORE DI FORMAZIONE OBBLIGATORIA PER ASO

Modalità di iscrizione:

www.e20srl.com



WhatsApp
366 6985470



Chiamaci
010 5960362

PROGRAMMA
EVENTO:

GLI ERRORI PIÙ COMUNI NELLA MIA CLINICA QUOTIDIANA



Inquadra il QR code:
iscriviti subito!

Per maggiori informazioni visita: <https://www.e20srl.com/prodotti/alassio-e-larte-del-sorriso/>

**GODITI
L'EVENTO
OLTRE
L'EVENTO**

ISCRIZIONI:
A partire da 90€ + iva

www.e20srl.com

Digital Dentistry Society, il congresso mondiale arriva a Firenze

Venerdì 18 e sabato 19 ottobre la Digital Dentistry Society si riunisce a Firenze per aggiornare lo stato dell'arte dell'odontoiatria digitale. «Esploreremo la massima espressione dell'odontoiatria digitale in occasione del più importante evento scientifico del mondo su questo argomento – ci ha detto **Francesco Guido Mangano**, attuale presidente della società scientifica, che ha portato il congresso in Italia per questa edizione – e lo faremo grazie a un confronto aperto tra i più importanti esperti clinici e ricercatori di tutto il mondo, che presenteranno le ultime innovazioni nelle tecnologie digitali e nelle procedure cliniche consolidate. Parlare di digitale significa costruire il futuro dell'odontoiatria e la Digital Dentistry Society è la migliore piattaforma per farlo».

Per quanto riguarda le tecnologie si farà il punto su scanner intraorali, scanner facciali e paziente virtuale, articolatori virtuali, applicazioni di intelligenza artificiale, stampanti 3D, applicazioni di realtà virtuale ed aumentata, strumenti per micro-odontoiatria. E questa “cassetta degli attrezzi” verrà messa alla prova su faccette digitali, riabilitazioni full-arch, protesi digitali, gestione dei tessuti duri e molli in chirurgia orale, ricostruzione digitale orale e maxillo-facciale, ortodonzia digitale e gnatologia. Il programma è disponibile sul sito web dell'evento, conference.digital-dentistry.org.



Tra le novità più importanti lanciate al congresso, ci saranno la pianificazione automatizzata degli impianti dentali tramite software di intelligenza artificiale e, ancor più eccitante, la “terza via” per la chirurgia implantare, quella olografica. Su paziente. «Una cosa straordinaria e mai vista altrove» ci ha detto Mangano.

Società tra professionisti a un passo dalla neutralità fiscale: «trasformazione senza pagare un euro»



Sta per essere rimosso l'ultimo ostacolo alla costituzione di società tra professionisti in campo odontoiatrico: il Consiglio dei Ministri ha approvato il decreto legislativo per la revisione del regime Irpef e Ires, che contiene una nuova regolamentazione del reddito di lavoro autonomo e la disciplina fiscale delle aggregazioni professionali. Ora il testo passa all'esame delle commissioni parlamentari competenti.

«Lo schema di decreto stabilisce la neutralità fiscale delle operazioni di aggregazione e riorganizzazione degli studi professionali – spiega **Daniilo Savini**, segretario sindacale nazionale Aio –. Dai notai ai commercialisti, dagli avvocati agli ingegneri, dai medici ai dentisti fino agli artisti, se conferiscono la propria attività ad un'impresa (anche in forma di società tra professionisti) di cui sono soci, non pagano imposte perché i loro conferimenti, come capita già per gli imprenditori individuali, non sono più considerati un “evento realizzativo”, cioè tassabile. Gli odontoiatri potranno trasformare sia studi associati sia studi organizzati in forma individuale (con partita Iva) verso società tra professionisti senza pagare un euro (a condizione che vi sia continuità nei valori contabili). In questi casi infatti si presume che i beni passino dal singolo titolare/dallo studio associato ad una società che non fa un lavoro diverso da lui».

«L'articolo 6, comma 1, lettera d) del testo di decreto esaminata dal Consiglio dei Ministri innova completamente la disciplina inserendo nel testo unico delle imposte sui redditi (Tuir) il nuovo articolo 177-bis – rende noto l'Andi –. In estrema sintesi viene previsto che, dall'entrata in vigore del decreto e relativamente allo svolgimento di arti e professioni, il conferimento di attività materiali e immateriali, inclusa la clientela, nonché di passività, in una Stp non costituisce realizzo di plusvalenze o minusvalenze. In via generale, peraltro, viene sancita la “neutralità fiscale” di qualsiasi operazione di riorganizzazione e aggregazione degli studi professionali in qualsiasi forma costituiti (singola, associata, Stp)».

«Da tempo Andi ha lucidamente individuato il meccanismo della neutralità fiscale come elemento indispensabile nel processo di aggregazione fra professionisti, sostenendolo nelle sedi parlamentari e confederali – ha dichiarato il presidente nazionale **Carlo Ghirlanda** –. Ancora una volta l'azione politica di Andi è stata determinante e ringraziamo il Governo per avere approvato questa riforma. Oggi il modello monoprofessionale può evolvere in una nuova dimensione, maggiormente competitiva e senza imposizione fiscale».

«Aio sostiene da sempre formule imprenditoriali dove il capitale non assume un ruolo preponderante e tale da influenzare la gestione dei rapporti tra curante e paziente – commenta Savini –. La società tra professionisti per noi è l'unica forma di azienda certificata dall'iscrizione all'Omceo. È dinamica, si presta far parte di reti di imprese cui può accedere anche il singolo professionista, in un contesto in cui ciascuno mantiene la propria individualità, ma ci si presenta all'esterno come soggetti ben più competitivi. Deve essere assicurata, informare l'utenza sui titoli posseduti dai soci, rilasciare preventivi scritti. Se chiude lasciando per strada i pazienti, non solo finisce in tribunale ma è sanzionabile deontologicamente. Noi crediamo che solo su questa via si tuteli il diritto alla salute. Con un'odontoiatria organizzata, efficace, efficiente, etica e non certo con società di capitale, che oggi ci sono e domani investono in altro».

Per l'entrata in vigore del principio occorrerà attendere l'esame parlamentare del decreto e l'approvazione definitiva da parte del Consiglio dei Ministri: «verosimilmente – scrive Andi –, considerando le tempistiche dei precedenti decreti attuativi della riforma fiscale, prima della prossima pausa estiva».

TOTAL IMPLANT CARE

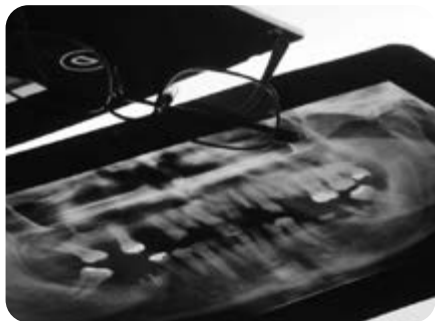
Tutte le soluzioni per il **successo** implantare a lungo termine



Radioprotezione: il collaboratore non deve nominare un esperto, basta quello del titolare

A differenza del titolare di studio odontoiatrico che utilizza un'apparecchiatura radiologica, l'odontoiatra lavoratore autonomo che collabora con lui – o con una struttura – non deve nominare un esperto di radioprotezione “personale”. Deve però chiedere e ottenere la relazione dell'esperto di radioprotezione incaricato della sorveglianza delle apparecchiature radiologiche di quella struttura o dello studio/degli studi ove lavora. Lo afferma un parere reso dalla Fnomceo e dalla Cao al presidente dell'Ordine dei medici di Brescia **Ottavio Di Stefano** e al suo omologo presidente Cao **Gianmario Fusardi** e protocollato lo scorso 15 maggio.

Il parere si rivolge a chi esegue attività radiodiagnostiche complementari in più studi odontoiatrici con i quali collabora esponendosi alle radiazioni prodotte dagli apparecchi e a un rischio da misurare a parte. L'Omceo Brescia chiedeva se questa figura, essendo il suo rischio omogeneo a quello corso dal da-



tore di lavoro proprietario dell'apparecchio, come quest'ultimo fosse tenuta a nominare un esperto di radioprotezione ai sensi del decreto legislativo 101/2020. La risposta a firma di **Raffaele Iandolo** e **Filippo Anelli** è negativa.

Ove serva un esame di imaging richiedente esposizione a raggi, l'odontoiatra titolato dalla legge ad eseguire l'esame come complementare alla sua attività prende la responsabilità per l'esposizione dei pazienti, dei lavoratori e sua. Come? Nominando un esperto di radioprotezione e incaricandolo di produrre

una relazione periodica, frutto delle verifiche condotte annualmente in base al dlgs 101.

«Tra i lavoratori citati, nella struttura, ci sono sia dipendenti sia collaboratori. Questi ultimi sono lavoratori autonomi: a loro modo, imprese. Chi li tutela? L'articolo 2 del dlgs 101 afferma che anche loro sono tenuti ad acquisire la relazione dell'esperto di radioprotezione sulla base delle informazioni che hanno fornito. Tuttavia – spiega **Danilo Savini**, segretario sindacale nazionale Aio – la norma non dice se questi colleghi siano tenuti a nominare un esperto di radioprotezione dello studio o “personale” che produca una relazione ex novo. Per la Fnomceo la risposta è negativa, non si deve nominare un esperto e basta la relazione in possesso del titolare/dei titolari delle macchine che essi utilizzano. Un parere che Aio condivide in quanto semplifica gli adempimenti senza pregiudicare il diritto dei colleghi alla tutela della loro salute».

Recessione gengivale iatrogena: 10 gradi di inclinazione dell'impianto valgono 0,25 millimetri di recessione



Oltre una persona su due presenta un biotipo gengivale molto sottile e questo aumenta il rischio di recessioni a seguito di un intervento di implantologia, se questo non viene ben programmato ed eseguito. Lo segnalano gli esperti della Società italiana di parodontologia e implantologia (Sidp) durante il corso di aggiornamento in Chirurgia plastica parodontale e perimplantare, a Firenze il 10 e 11 maggio, sottolineando che un impianto posizionato male, per esempio, aumenta di 14 volte la probabilità che il margine della gengiva si ritragga, cambiando il sorriso. Il corso ha analizzato le procedure chirurgiche per la ricostruzione dei tessuti parodontali e perimplantari.

«Il sorriso gengivale o “gummy smile” è una condizione di nascita per circa il 10-12% delle persone e si definisce tale quando sorridendo si scoprono oltre 3 millimetri di gengiva – dice **Francesco Cairo**, presidente Sidp e professore di Parodontologia dell'Università di Firenze –. Molti ci convivono senza farsene un cruccio, ma intercettando il problema durante la crescita lo si può efficacemente correggere, per esempio con semplici interventi poco invasivi di gengivectomia per rimuovere e riposizionare il tessuto gengivale in eccesso, se questa è la causa dell'inetetismo. Si può intervenire anche in altri modi, per esempio con l'iniezione di filler o botulino per consentire al labbro superiore di coprire di più la gengiva, ma con effetti di durata limitata che svaniscono dopo sei mesi. Peraltro, con il passare degli anni in alcuni casi il problema si risolve da sé, perché il labbro più cadente torna a nascondere la gengiva. Un sorriso perfetto non scopre oltre 3 millimetri di gengiva a partire dal bordo del labbro superiore, che devono essere sane, rosee e uniformi».

Almeno il 50% delle persone ha infatti gengive costituzionalmente sottili, un tratto anatomico che le rende più a rischio di recessione se si è sottoposti a un impianto dentale non ben progettato. «In queste persone un impianto posizionato male aumenta di 14 volte la probabilità di avere poi un sorriso cavallino, con radici dentali molto scoperte – specifica Cairo –. Un impianto troppo inclinato, in caso di gengive sottili, comporta la recessione delle gengive stesse: per ogni errore di posizionamento di 10 gradi, per esempio, aumenta il rischio che la gengiva si ritragga di 0,25 millimetri».

La soluzione per Sidp è un'accurata progettazione tridimensionale del posizionamento dell'impianto con Rx o Tac 3D, soprattutto nei casi in cui l'impianto deve essere inserito in un'area visibile ed esteticamente rilevante. Infine, nei casi più difficili in cui le gengive sono sottili e l'impianto potrebbe effettivamente comportare modifiche del sorriso nonostante tutte le precauzioni e cautele, si può optare per l'utilizzo di specifici biomateriali e per innesti gengivali, in cui il tessuto mancante viene ricostruito prelevando piccoli lembi di tessuto molle dal palato e innestandoli nelle aree che necessitano di trattamento, dando luogo alla graduale formazione di un nuovo strato di gengiva.

Italian Dental Journal

Mensile di attualità clinica, scientifica e professionale in odontoiatria
Anno XIX - numero 5 - giugno 2024
Numero chiuso in redazione il 12 giugno



Direttore responsabile

Andrea Peren a.peren@griffineditore.it

Redazione

Luca Marelli l.marelli@griffineditore.it
Rachele Villa r.villa@griffineditore.it

Segreteria di redazione e traffico

Maria Camillo customerservice@griffineditore.it

Grafica e impaginazione

Marco Redaelli - www.creativastudio.eu

Hanno collaborato in questo numero: Simone Aspriello, Cosma Capobianco, Aldo Crespi, Stefano Daniele, Giampiero Pilat, Renato Torlaschi

PUBBLICITÀ

Direttore commerciale

Giuseppe Rocucci g.rocucci@griffineditore.it

Direttore vendite

Stefania Bianchi s.bianchi@griffineditore.it

Direttore marketing

Paola Cappelletti p.cappelletti@griffineditore.it



EDITORE: Griffin srl unipersonale
Via Don Luigi Meroni 58 - 22060 Figino Serenza (Como)
Tel. 031.789085
www.griffineditore.it - customerservice@griffineditore.it
www.dentalacademy.it - redazione@dentaljournal.it

Stampa

Caratteri Mobili srl - www.caratterimobili.eu
Tiratura del presente numero: 12.000 copie

Italian Dental Journal, periodico mensile - ISSN 1970-7428
Registrazione del Tribunale di Como N. 13/06 del 24.07.2006
Iscrizione Registro degli operatori di comunicazione N. 14370 del 31.07.2006

La proprietà letteraria degli articoli pubblicati è riservata a Griffin srl e il contenuto del giornale non può essere riprodotto in alcuna forma e su qualsiasi supporto. L'editore non è responsabile dei messaggi ospitati negli spazi a pagamento.

Expodental Meeting 2024: 20mila visitatori in tre giorni, il settore è dinamico e in salute

Expodental Meeting archivia l'edizione 2024 come un successo e si conferma la più importante manifestazione italiana del dentale e tra le più visitate in Europa. Bastava girare per la fiera di Rimini per rendersi conto della grande partecipazione di pubblico e aziende, in un clima molto dinamico e positivo, che fotografa un settore in salute.

I numeri arrivano a certificare le sensazioni: 20mila visitatori, +33% rispetto all'edizione del 2022 (i dati del 2023 sono poco significativi per via dell'alluvione). Gli odontoiatri crescono, sempre paragonati alla stessa edizione, del 49% e gli odontotecnici del 66%. Complice un programma scientifico dedicato per entrambe le categorie, con Tecnodental Forum per gli odontotecnici e tante sessioni per dentisti, comprese quelle sulla medicina estetica. Spazio anche all'aggiornamento per Aso e igienisti dentali.

La parte espositiva ha ospitato, per la prima volta a Expodental Meeting, anche aziende di medicina estetica e rinnovato le presenze di aziende dell'odontotecnica per un totale complessivo di 388 aziende su una superficie di 60.000 mq e ben 8 padiglioni. Tra le tante novità della manifestazione, le nuovissime sale corsi gonfiabili illuminate, mai viste in una fiera italiana.

La prossima edizione di Expodental Meeting è in programma dal 15 al 17 maggio 2025.



DAILY ROUTINE ALITOSI

- ▶ Antibatterico naturale
- ▶ Benessere delle mucose orali
- ▶ Azione quotidiana preventiva



2/4 COMPRESSE
AL GIORNO



3 VOLTE
AL GIORNO

Forhans
Lattoferrina

www.uragmeonline.com



dal 1951



DENTAL EVIDENCE

REVIEW DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE

PATOLOGIA ORALE

Osteonecrosi dei mascellari farmaco-correlata: differenze tra pazienti oncologici e osteoporotici

Il numero di persone con osteoporosi e cancro è in aumento con l'invecchiamento della popolazione e, naturalmente, l'uso di farmaci antiassorbitivi per questi pazienti è anch'esso in aumento. L'osteonecrosi dei mascellari correlata ai farmaci (Mronj, medication-related osteonecrosis of the jaw) è un effetto collaterale grave, in cui l'esposizione dell'osso mascellare per più di otto settimane o la formazione di fistole può portare a infezioni, che possono causare lesioni osteomielitiche. Recentemente, molti ricercatori hanno cercato di analizzare i reperti di imaging per differenziare la Mronj dall'osteomielite convenzionale, poiché la prima è refrattaria alla terapia antibiotica e alle procedure conservative di debridement. Inoltre, queste lesioni sono difficili da trattare e il loro sviluppo in un paziente oncologico può limitare l'uso dei farmaci e ritardare la chemioterapia.

Su *Scientific reports* si possono leggere i risultati di un nuovo studio coreano che ha confrontato le caratteristiche cliniche e radiologiche della Mronj tra pazienti che hanno assunto terapie antiassorbitive per il trattamento dell'osteoporosi o per il trattamento di metastasi ossee.

Gli autori hanno analizzato i dati clinici, radiografici panoramici e di tomografia computerizzata di 159 pazienti con Mronj che hanno sviluppato la condizione dopo l'uso di farmaci antiassorbitivi per la gestione dell'osteoporosi o per neoplasie ossee: 120 facevano parte del "gruppo osteoporotico" e 39 del "gruppo oncologico".



I soggetti del gruppo osteoporotico erano significativamente più anziani rispetto al gruppo oncologico, con una predominanza femminile più marcata. La durata media della terapia con farmaci antiassorbitivi era maggiore nel gruppo osteoporotico rispetto al gruppo oncologico e la durata media dei sintomi era di 4,5 mesi nel gruppo osteoporotico e di 3,2 mesi nel gruppo oncologico. La maggior parte delle lesioni si è verificata nella mandibola, e la regione maggiormente interessata è stata quella dei molari e premolari. Invece, la distribuzione delle lesioni tra mascella e mandibola non differiva significativamente tra i due gruppi.

Nelle caratteristiche dell'osteonecrosi si sono evidenziate

differenze. Nel gruppo oncologico, che aveva ricevuto una terapia antiassorbitiva ad alte dosi, si è osservato un esordio più rapido della malattia, una sintomatologia più di tipo necrotico che purulento e un tasso di guarigione più basso rispetto a quelli del gruppo osteoporotico. Anche se non sono state trovate molte differenze rilevanti nella presenza o nella gravità delle caratteristiche radiologiche patognomoniche della Mronj associata a farmaci tra i due gruppi, le dimensioni delle sequestrectomie e l'indice di corticalizzazione mandibolare (Mci, Mandibular cortical index, misura utilizzata in radiologia dentale e maxillo-facciale per valutare la densità e lo spessore della corticale della mandibola) differivano significativamente tra il gruppo osteoporotico e quello oncologico. «Questi risultati – concludono i ricercatori coreani – potrebbero aiutare nella diagnosi, nella pianificazione del trattamento e nella prognosi dell'osteonecrosi dei mascellari associata a farmaci in pazienti con osteoporosi e condizioni oncologiche».

Renato Torlaschi

Shin JW, Kim JE, Huh KH, et al. Radiological manifestations and clinical findings of patients with oncologic and osteoporotic medication-related osteonecrosis of the jaw. *Sci Rep.* 2024 Apr 16;14(1):8744.

THE BEST OF EVIDENCE BASED DENTISTRY



a cura di
Stefano Daniele
odontoiatra

PAZIENTI CON MIH SONO AD ALTO RISCHIO CARIE SU TUTTI GLI ELEMENTI DENTALI, DECIDUI E PERMANENTI

Condizione clinica

La molar incisor hypomineralization (Mih) è una condizione che si manifesta nei primi anni di vita (a partire dai 6 anni di età) e che consiste in un difetto pre eruttivo di mineralizzazione dello smalto dei primi molari permanenti e, a volte, anche degli incisivi permanenti. Alcune volte però alla comparsa delle aree di ipomineralizzazione dei molari permanenti non corrisponde lo stesso fenomeno a carico degli incisivi permanenti e, in questo caso, appare più corretto parlare

di molar hypomineralization (Mh).

La letteratura descrive una prevalenza della malattia pari al 13,1%, che colpisce circa 878 milioni di bambini in tutto il mondo, con 17,5 milioni di nuovi casi ogni anno (Schwendicke et al. 2018).

I quadri più severi evidenziano, principalmente a carico dei molari permanenti, la disgregazione dello smalto ipomineralizzato affetto da Mih e la conseguente esposizione della dentina sottostante. Questo evento è responsabile della comparsa di fenomeni di ipersensibilità dentinale agli stimoli evocativi (freddo, dolce) e una maggiore suscettibilità a sviluppare processi cariosi in situ. Infatti le aree di smalto disgregato appaiono di morfologia irregolare, porose e con del tessuto dentinale esposto, tutte condizioni che predispongono all'accumulo del biofilm della placca batterica.

Nei bambini affetti da Mih si osserva, in generale, una più alta prevalenza di carie. Lo conferma una recente revisione sistematica e metanalisi.

Dati di evidenza scientifica

L'età media della totalità dei bambini inclusi nella revisione sistematica e metanalisi (17.717 soggetti) era di 8,6 anni. Il parametro impiegato per stabilire l'esperienza di carie è stato il dmft (decayed, missing and filled teeth).

I risultati della revisione sistematica (analisi qualitativa) hanno evidenziato che i bambini affetti da Mih hanno una correlazione significativa con un elevato rischio

di carie sia nella dentatura decidua sia nella dentatura permanente.

La metanalisi (analisi quantitativa) ha evidenziato che i quadri di Mih hanno una correlazione positiva con il dmft nella dentatura decidua (0.67 con un intervallo di confidenza al 95% compreso tra 0.15-1.19) e con il dmft nella dentatura permanente (0.56 con un intervallo di confidenza al 95% compreso tra 0.41-0.72).

Implicazioni cliniche

- 1) La Mih è una condizione patologica riscontrabile nell'età pediatrica che non solo rende più suscettibili a sviluppare lesione cariosa i molari permanenti colpiti dalla forma severa della manifestazione, ma è anche associata a un maggior rischio di malattia carie e di conseguenza evidenziare la comparsa di lesioni cariose (maggiore dmft) a carico di tutti gli elementi dentali, sia decidui sia permanenti.
- 2) L'odontoiatra nel momento in cui intercetta dei piccoli pazienti affetti da Mih deve non solo trattare gli elementi dentali colpiti dalla manifestazione, ma deve altresì considerare quel paziente come ad elevato rischio carie, e dunque mettere in opera tutti gli accorgimenti preventivi utili.

Fonte: Mazur M, Corridore D, Ndokaj A, Ardan R, Voza I, Babajko S, Jedeon K. *MIH and dental caries in children: a systematic review and meta-analysis. Healthcare (Basel).* 2023 Jun 18; 11(12): 1795.

QUALITÀ DELL'EVIDENZA SCIENTIFICA SECONDO LA CLASSIFICAZIONE DELL'OXFORD CENTER FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE

1A

1B

2A

2B

3A

3B

4

5

PROTESI

Migliore sopravvivenza per corone e protesi fisse se realizzate su denti vitali

«La vitalità del dente contribuisce positivamente alla sopravvivenza di corone singole e protesi dentali fisse», secondo i risultati di una revisione sistematica della letteratura condotta presso l'Università di Malmö, in Svezia, e presentati sul *Journal of Prosthodontics*. «Invece, a causa della presenza di fattori confondenti non controllati, non è stato possibile trarre conclusioni robuste sull'influenza della presenza o del tipo di perno, così come del tipo di materiale protesico sulla sopravvivenza della protesi».

Il tasso di sopravvivenza più elevato delle corone in metallo-ceramica su denti vitali rispetto a quelle, sempre in metallo-ceramica, su denti non vitali con e senza perno, è in accordo con studi precedenti. La perdita di struttura del dente con il debriement chimico e meccanico del sistema canalare, combinato con le procedure di restauro, può ridurre le proprietà biomeccaniche e la resistenza alla frattura del dente. Inoltre, i recettori sensoriali presenti nello spazio interdentale che proteggono il dente dalla forza di sovraccarico sono persi nei denti non vitali, il che tende ad aumentare la soglia per la massima forza di morso e contribuire così all'aumento del rischio di danni e fratture dentali. Risultati simili sono stati osservati anche per le protesi dentali fisse, in cui il tasso di sopravvivenza su pilastri vitali è risultato più elevato rispetto a quelle supportate da pilastri non vitali, con o senza perno.

Le corone singole senza perno hanno mostrato un tasso di sopravvivenza a cinque anni significativamente più elevato rispetto a quelle con perni in fibra e in metallo fuso, indipendentemente dal tipo di materiale della corona. La presenza di un perno potrebbe aumentare lo stress sulla superficie radicolare e di conseguenza aumentare la suscettibilità alla frattura. In uno studio in vitro, è stata effettuata un'analisi delle radici dentali fratturate per valutare il modello di frattura della dentina. È stata osservata una distribuzione di tensione sfavorevole sulla superficie radicolare del dente non vitale con perno in acciaio inossidabile liscio parallelo, a causa dell'elevata rigidità del perno metallico, che può portare alla frattura radicolare. Microfessure sono state osservate sulla superficie interna della parete dentinale residua adiacente al perno endodontico, che hanno progredito verso la superficie esterna della radice e hanno portato alla frattura. Lo stesso modello di frattura è stato osservato con perno e nucleo in metallo fuso. Preservare la struttura della dentina durante la preparazione del perno è un fattore chiave



per mantenere la robustezza del dente e la resistenza alla frattura. Inoltre, la presenza di una ferula nei denti non vitali con perno ha mostrato un miglioramento significativo nella resistenza al carico.

La presenza di perni ha comportato anche un aumento del tasso di fallimento delle corone singole in denti ampiamente distrutti. Tuttavia, in studi precedenti, i tassi di fallimento delle corone singole supportate da denti non vitali con sostanza dentale coronale minore erano stati ridotti con l'utilizzo di un perno in fibra rispetto ai denti senza perno di ritenzione intradicolare. La perdita di ritenzione delle corone singole dei denti non vitali senza perno e con una struttura dentale residua minima è stata segnalata come uno dei fallimenti più comuni. La quantità di struttura dentale rimanente è un fattore cruciale per la sopravvivenza delle corone singole su denti non vitali, con o senza perno. Quando un dente non vitale mostrava una perdita lieve di sostanza coronale, non è stata osservata l'influenza positiva del perno endodontico sulla sopravvivenza della corona singola.

Infine, le corone interamente in ceramica con perno in fibra su denti non vitali hanno mostrato un tasso di sopravvivenza a cinque anni statisticamente più elevata rispetto alle corone in metallo-ceramica.

Giampiero Pilat

Hawthorn M, Larsson C, Chrcanovic BR. Survival of fixed prosthetic restorations on vital and nonvital teeth: a systematic review. *J Prosthodont*. 2024 Feb;33(2):110-122.

CHIRURGIA

Coronectomia, tecnica alternativa per la gestione dei terzi molari inclusi: vantaggi e svantaggi

Un team di odontoiatri brasiliani ha confrontato la coronectomia rispetto all'estrazione nella rimozione del terzo molare, in pazienti ad aumentato rischio di lesioni al nervo alveolare inferiore, in termini di lesioni al nervo stesso e ad altre possibili complicazioni.

Descritta per la prima volta nel 1984, la coronectomia è una procedura chirurgica in cui viene rimossa solo la parte superiore del dente, lasciando la radice al suo posto. Si utilizza principalmente quando le radiografie mostrano un'elevata probabilità di danneggiare il nervo alveolare inferiore durante l'estrazione. Questo approccio può essere adottato come alternativa quando il dente ha una radice particolarmente vicina al nervo, se si ritiene che l'estrazione potrebbe comportare un rischio di frattura della mandibola o compromettere la guarigione ossea.

Come scrivono sul *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, il giornale dell'Associazione americana dei chirurghi maxillo-facciali, gli autori hanno fatto una ricerca esaustiva della letteratura per poi valutare, come outcome primario dello studio, l'incidenza delle lesioni del nervo alveolare inferiore e, in secondo luogo, della lesione del nervo linguale, del dolore post operatorio, delle infezioni, dell'alveolite localizzata, della necessità di reintervento chirurgico, della migrazione radicolare e dell'estrazione. Queste valutazioni sono state effettuate rispetto alla tecnica chirurgica scelta per gestire i terzi molari, coronectomia oppure estrazione, come variabili predittive. Hanno inoltre considerato covariabili come età, genere e presenza di malattie sistemiche per tener conto di potenziali fattori di confondimento.

Dei 1.017 articoli trovati, dopo l'applicazione dei criteri di inclusione ed esclusione, 42 sono rientrati nell'analisi (29 studi di coorte e 13 studi caso-controllo), per un totale complessivo di 3.095 pazienti provenienti da 18 paesi.

La metanalisi ha mostrato che la coronectomia ha ridotto il rischio di lesioni del nervo alveolare inferiore (odds ratio: 0.14), dolore post operatorio (OR: 0.97) e alveolite (OR: 0.38) rispetto all'estrazione completa del dente; tuttavia, ha anche comportato un maggiore rischio di reintervento (OR: 5.38). Alla luce dei risultati ottenuti, i ricercatori brasiliani ritengono che i clinici «dovrebbero valutare attentamente i vantaggi e gli svantaggi potenziali di entrambe le tecniche e adattare le loro scelte alle circostanze cliniche uniche di ciascun paziente».

Renato Torlaschi

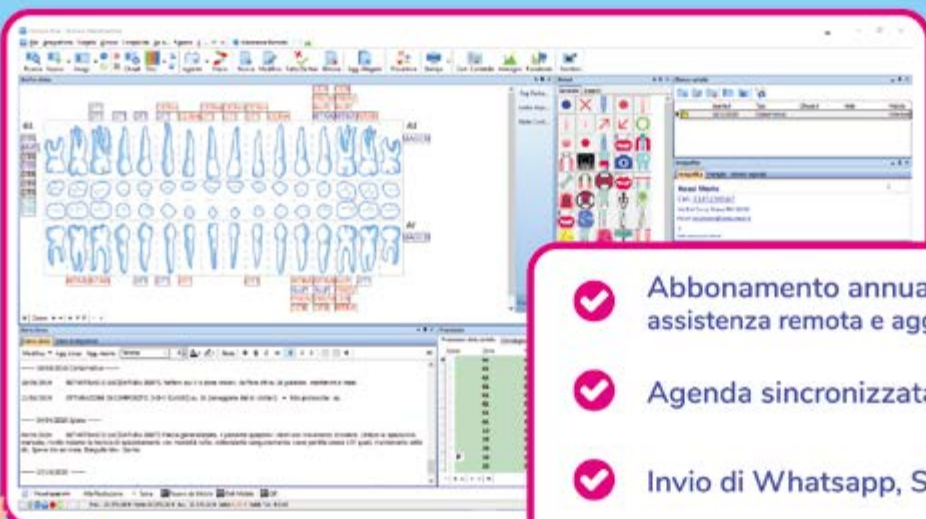
Peixoto AO, Bachesk AB, Leal MOCD, et al. Benefits of coronectomy in lower third molar surgery: a systematic review and meta-analysis. *J Oral Maxillofac Surg*. 2024 Jan;82(1):73-92.



Fonte: Cheng J. Coronectomy? A case report following coronectomy of a 'high-risk' mandibular third molar. *JIDA*. Published online December 14, 2023.



Cambi Software Gestionale? La risposta è Horizon Blue.



- ✓ Abbonamento annuale assistenza remota e aggiornamenti inclusi
- ✓ Agenda sincronizzata Google Calendar
- ✓ Invio di Whatsapp, Sms, Email
- ✓ Invio automatico al sistema TS e SDI
- ✓ Invio triage, anamnesi, consensi con firma calligrafa ai pazienti tramite Whatsapp o Sms
- ✓ Conversione gratuita da altri gestionali



**NOI ABBIAMO
SEMPRE ALMENO
UNA RAGIONE
PER
SORRIDERE :)**

ANYRIDGE®
ANYONE®



MEGAGEN Italia S.r.l.
Via VIII Marzo, 9 - 22046 Merone CO
Tel. 031 656763 - Fax 031 655324
info@megagenitalia.it | www.megagenitalia.it



IMAGING

T2

Semplice da usare, con un ampio Fov e immagini chiare, T2 di Osstem è una CT ideale per lo studio dentistico.

Con la modalità stitching, grazie all'imaging 15x15, è possibile effettuare diagnosi intraorali ed extraorali, comprese le valutazioni dell'Atm e dei seni paranasali, mentre le sei differenti opzioni disponibili di Fov consentono al clinico di scegliere la più adatta alle proprie esigenze.

T2 non rinuncia alla precisione e alla sicurezza dei pazienti: l'acquisizione delle immagini in modalità endodontica con dimensioni Voxel (volume + pixel) da 80 µm, porta risultati ad alta definizione e nel caso di un'area localizzata la selezione di un Fov più piccolo riduce al minimo l'esposizione alle radiazioni.

One3 è il software e visualizzatore 3D di T2. Nella schermata di ricostruzione multi-planer sono consentite applicazioni complesse, dalla diagnosi alla simulazione dell'impianto. La modalità di pianificazione implantare di One3, con una libreria completa di diversi impianti, simula il posizionamento implantare basandosi sul progetto reale. Inoltre, è possibile diagnosticare la densità ossea intorno al sito chirurgico, facilitando la pianificazione di un intervento da svolgere in totale sicurezza.

Nella T2 sono presenti 12 valori pre-impostati per nitidezza e luminosità per scegliere la migliore immagine da interpretare, mentre la funzione Metal Artifact Reduction elabora e riduce automaticamente gli artefatti metallici permanenti esistenti. A completamento delle opzioni che T2 offre all'utente c'è V-Ceph,



la soluzione di diagnosi ortodontica digitale scelta da tutti gli ospedali universitari odontoiatrici in Corea e convalidata da quasi vent'anni di ricerche. Il nuovo V-Ceph 8, invece, offre una serie di funzioni di consulenza, tra cui 3DFace, un software che consente al paziente di visualizzare la trasformazione del viso mediante immagini 2D e 3D, aumentando così il tasso di accettazione dei preventivi.

i Osstem Italia
Tel. 02.38247387
info@osstem.it
www.osstem.eu

DIAGNOSTICA

Test SG-OCRA

Stadium Genetics, spin-off dell'Università Alma Mater Studiorum di Bologna, ha messo a punto il nuovo test SG-OCRA (Oral Carcinoma Risk Algorithm) per la diagnosi precoce dei tumori del cavo orale. Il test, distribuito in Italia da Biomax, ha sensibilità del 97% e specificità dell'88%.

Il nuovo test epigenetico consente attraverso un approccio non invasivo di individuare precocemente i pazienti con carcinoma orale a cellule squamose (OSCC) e il suo precursore, la displasia grave. L'innovazione si basa sull'indagine epigenetica inerente l'analisi quantitativa della metilazione del Dna mediante sequenziamento parallelo.

Il materiale di partenza è costituito da cellule

prelevate dalla mucosa orale con uno spazzolino, rendendo il test assolutamente non invasivo. Lo stesso test, se effettuato durante il follow-up in pazienti già operati di carcinoma, permette di identificare i soggetti a rischio di sviluppare recidive. Il test ha mostrato una accuratezza diagnostica di identificare eventi neoplastici secondari del 90%.

Il kit di prelievo consente di conservare i campioni a temperatura ambiente; la soluzione di conservazione elimina infatti la necessità della catena del freddo e garantisce la stabilità del Dna/Rna durante il trasporto dei campioni a temperatura ambiente.

«L'aumento delle lesioni orali richiede da parte dell'odontoiatra un focus tempestivo che proprio grazie alla diagnosi non invasiva può essere effettuata in tempo reale e a prezzi accessibili a tutti» ha commentato Antonio Coppola, chairman di Biomax.

i Biomax
Tel. 0444.913410
info@biomax.it
www.biomax.it
www.stadiumgenetics.com



DIAGNOSTICA

Prebiomics Implant Test

Prebiomics Implant Test è un valido supporto per l'odontoiatra e l'igienista dentale per la prevenzione, individuazione precoce e trattamento personalizzato delle malattie correlate agli impianti. Il test, sviluppato da Prebiomics, parte dall'analisi metagenomica dei campioni di placca orale, ed è in grado di correlare la mappatura del microbioma orale con la probabilità di sviluppo di malattie intorno agli impianti, fornendo informazioni utili alla prevenzione e cura di tali condizioni.

Il test è basato sull'analisi del microbioma, ossia la totalità del patrimonio genetico del microbiota orale presente nel sito di prelievo. In particolare, Prebiomics sfrutta la tecnologia più avanzata, chiamata Shotgun Metagenomics per sequenziare il Dna presente nel campione. Questo viene successivamente analizzato grazie a tecniche computazionali bioinformatiche avanzate e l'utilizzo di algoritmi proprietari di intelligenza artificiale.



«L'avvio della commercializzazione del Prebiomics Implant Test in collaborazione con Geistlich Biomaterials Italia introdurrà un'innovazione senza precedenti nel mercato odontoiatrico – ha commentato Enrico Fiorini, amministratore delegato di Prebiomics –. Il test, grazie a un importante lavoro di studio e ricerca che ha coinvolto alcune tra le migliori cliniche dentali italiane, modificherà per sempre il paradigma di gestione del percorso che accompagna i pazienti sottoposti alla riabilitazione implantare».

«Grazie ai nostri biomateriali riusciamo a mettere il dentista nelle condizioni di inserire correttamente l'impianto dentale, ricostruendo il volume osseo e gengivale necessario per la salute

dell'impianto nel tempo – spiega Margherita Costa, amministratore delegato di Geistlich Biomaterials Italia –. Sappiamo tuttavia che oggi le malattie correlate agli impianti affliggono il 43% dei pazienti sottoposti a riabilitazione implantare. Con il Prebiomics Implant Test ora potremmo fornire informazioni importanti per la diagnosi precoce, la prevenzione e il trattamento di mucositi e perimplantiti: un importante supporto al mantenimento dell'impianto in salute».

i Geistlich Biomaterials Italia
Tel. 0445.370890
info@geistlich.it
www.prebiomics.com

IMPLANTOLOGIA

Protocollo Total Implant Care

Perseguire il successo implantare a lungo termine significa adottare un approccio consapevole e proattivo nei confronti delle riabilitazioni implantoprotesiche, fin dal primo istante. Attraverso Total Implant Care (*totalimplantcare.iess.dental*), Iess Group mette a disposizione del clinico gli strumenti per assicurare le migliori condizioni per mantenere il successo del trattamento implantare, agendo in tre direzioni principali: scelta dell'impianto, sigillo del tunnel di accesso alla vite e protezione dei tessuti molli.

1) Scelta dell'impianto

La scelta è verso soluzioni implantari in grado di ridurre il rischio di complicanze biologiche e di infezioni perimplantari: impianti della linea iRes, con la superficie macchinata su un terzo della lunghezza e connessione Friction Fit; oppure impianti della linea Geass con Synthebra, la superficie brevettata al laser che riduce il rischio di perimplantiti.

2) Sigillo del tunnel di accesso alla vite

SilverPlug è un dispositivo medico certificato per il riempimento del tunnel di accesso alla vite di serraggio, costituito da un polimero contenente zeolite d'argento, un antibatterico naturale. Occupando fisicamente il tunnel della vite di serraggio, preserva dalla proliferazione batterica l'interno dell'abutment, riducendo il rischio di perimplantiti. Facile da manipolare, si adatta a tutte le



soluzioni protesiche ed è compatibile con qualsiasi tipo di composito o cemento per la finalizzazione protesica.

3) Protezione dei tessuti molli

Hobagel è un gel coadiuvante nei processi di ripitelizzazione e riparazione della mucosa orale. È in grado di creare un film protettivo, antisettico e rigenerante sui tessuti molli, per un effetto terapeutico duraturo e clinicamente evidente. La sua efficacia nella riduzione dello stato infiammatorio aiuta a prevenire le complicanze biologiche sia nei trattamenti implantari sia, più in generale, in tutti gli interventi di chirurgia orale che possono comportare maggiori rischi. La gamma Hobagel si completa con Hobagel 365, gel bifasico per uso quotidiano.

i Iess Group
Tel. 0432.669191
info@iess.dental

23 NOVEMBRE 2024
MERCEDES-BENZ | MERBAG

DALLE 8:30 ALLE 17:00

Via Gottlieb Wilhelm Daimler, 1 Milano

PREVENZIONE E GESTIONE DELLE EMERGENZE NELLO STUDIO ODONTOIATRICO

COME SI PENSA, COSA SI FA E CON CHE COSA



10 crediti ECM

Il corso, teorico e interattivo, propone anche la simulazione di casi clinici con televoto e trasmette il corretto approccio per prevenire e fronteggiare le emergenze che possono verificarsi nello studio odontoiatrico: come si pensa, cosa si fa e con che cosa. Gli autori, che integrano competenze in anestesia e rianimazione e conoscenza intima dell'attività odontoiatrica, forniscono le indispensabili nozioni teoriche e le indicazioni pratiche per l'uso di alcuni presidi per gestire emergenze semplici e complesse.



Claudio Di Maria
Specialista
in Anestesia e Rianimazione
e in Odontoiatria



Marzia Niso
Specialista in
Anestesia e Rianimazione
e in Tossicologia Medica



PROGRAMMA

- Conoscenze teoriche e strumenti:
come si pensa, cosa si fa e con che cosa
- La perdita di coscienza e le manovre salvavita (PVA)
- Reazioni avverse: risposte immunologiche,
anafilassi, trattamento e adrenalina
- Emergenze cardiovascolari
Vecchi e nuovi anticoagulanti
Emergenze neurologiche
- Vasocostrittori e dintorni in odontoiatria
- Scenari simulati



CONSULTA
IL PROGRAMMA
COMPLETO

PARTECIPA IN ABBINATA AL CORSO

PRIMO SOCCORSO E DEFIBRILLAZIONE BLSD



22 NOVEMBRE 2024
dalle 14.00 alle 19.00

MILANO | Mercedes-Benz | Merbag



CONSULTA
IL PROGRAMMA
COMPLETO

MODALITÀ DI ISCRIZIONE

www.e20srl.com

WhatsApp **366 6985470**

Chiamaci **010 5960362**



Quota di Partecipazione

€ 100,00 + IVA (22%)

EARLY BOOKING ENTRO 30 SETTEMBRE:

€ 80,00 + IVA (22%)

Partecipazione a 2 corsi

(Incluso il corso BLSD del 22 Novembre)

€ 200,00 + IVA (22%)

EARLY BOOKING ENTRO 30 SETTEMBRE:

€ 150,00 + IVA (22%)

Con il contributo incondizionato di



UN PASSO AVANTI RISPETTO AL PLATFORM SWITCHING

Bone Growth Concept

La giusta combinazione tra design, microrugosità della superficie e posizionamento dell'impianto favorisce la crescita del tessuto osseo sulla spalla della fixture, così come è stato dimostrato da ricerche scientifiche e nella prassi clinica quotidiana.

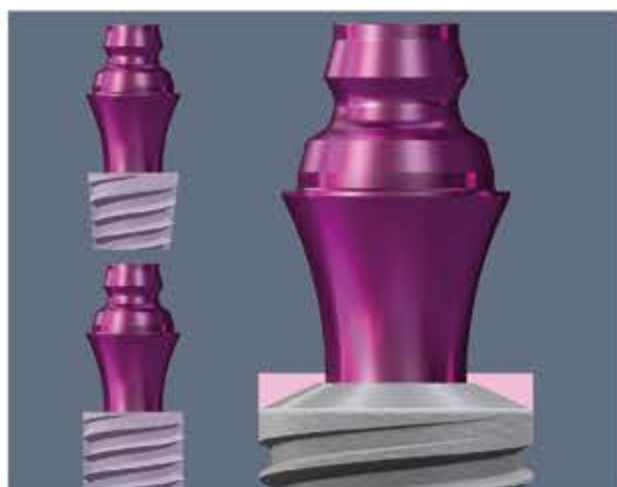


Bone Growth Concept



Il backtaper, l'evoluzione del platform switching

Il platform switching si è affermato nei moderni sistemi implantari. Con il backtaper si aggiunge un altro elemento, che offre ai tessuti duri e molli più spazio per la loro adesione rispetto alle tradizionali forme implantari cilindriche e coniche, come evidenziano in modo chiaro le seguenti immagini.



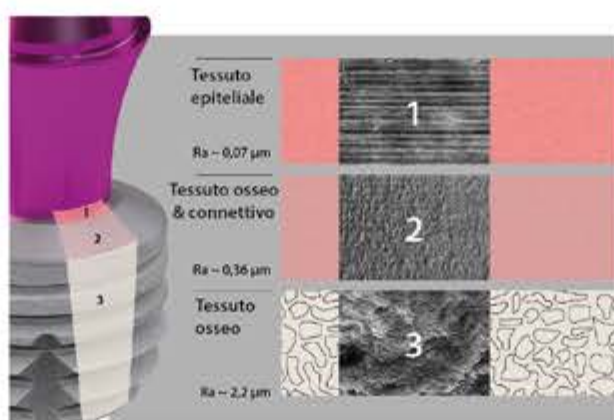
Posizionamento subcrestale

Se si confronta un impianto con forma conica, posizionato a livello del tessuto osseo, con un impianto copaSKY dello stesso diametro provvisto di backtaper, lo spazio richiesto viene notevolmente ridotto. Con il posizionamento subcrestale dell'impianto copaSKY si crea ancora più spazio per la formazione di nuovo tessuto osseo e per l'adesione dei tessuti molli intorno all'abutment. Questa crescita del tessuto osseo sul backtaper dell'impianto copaSKY è stata osservata in molti casi clinici e confermata in un recente studio clinico multicentrico.



Superficie microstrutturata

La superficie microstrutturata favorisce l'adesione dei tessuti connettivi ma permette anche al tessuto osseo di ricoprire il backtaper. Se il bordo del backtaper è posizionato in modo subcrestale, vi è inoltre la possibilità di apportare su quest'ultimo sostanza ossea, prevenendo la crescita dei tessuti molli e favorendo l'osteointegrazione. Grazie a una vite tappo di dimensioni ridotte, in fase di riapertura il tessuto perimplantare sul backtaper non viene irritato. La sostanza ossea eventualmente presente sulla vite tappo anodizzata può essere facilmente rimossa con uno strumento affilato.



Risultati clinici convincenti

I risultati clinici osservati dagli utenti sono convincenti. Indipendentemente dal tipo di riabilitazione è possibile osservare la neoformazione di tessuto osseo sul backtaper, dal restauro di elementi singoli fino alla riabilitazione di arcate edentule in base al protocollo terapeutico SKY fast & fixed. La neoformazione di tessuto osseo sul

backtaper consente tra l'altro, nel caso di cresta ossea irregolare, di non dover livellare l'osso, e quindi di preservare l'intera dimensione verticale della stessa. È esattamente questa l'evoluzione del platform switching: il design dell'impianto e dell'abutment, il backtaper con superficie microstrutturata e il posizionamento subcrestale degli impianti copaSKY. Questi fattori, interagendo tra loro in modo sinergico, non solo prevengono il riassorbimento, ma permettono la neoformazione di tessuto osseo, che va a ricoprire completamente l'impianto.



Bone Growth Concept

- **Backtaper** – maggiore spazio per i tessuti duri e molli
- **Superficie microstrutturata** – per favorire la crescita del tessuto osseo e l'adesione dei tessuti connettivi
- **Posizionamento subcrestale** – per favorire la crescita del tessuto osseo



Per maggiori informazioni
scansionare il codice QR!



Distributore per l'Italia:

bredent s.r.l.

DENTAL INNOVATIONS
SINCE 1974

bredent group

I CASI CLINICI DI

DentalAcademy.it

ESPERIENZE CLINICHE IN IMPLANTOLOGIA



Ricostruzione alveolare a scopo pre-implantare in sede 4.5 con inserimento implantare ritardato



Tecnica mininvasiva di osteotomia laterale per il rialzo di seno: caso clinico



Utilizzo di mesh in titanio su sito post estrattivo per rigenerazione ossea in zona estetica: caso clinico



Ruolo della segmentazione 3D automatica nella chirurgia del terzo molare inferiore: caso clinico



Impianto singolo in zona estetica: estrusione ortodontica in alternativa alla Gbr in un caso selezionato



Riabilitazione protesicamente guidata di un paziente con disarmonia dentoscheletrica



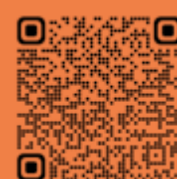
Follow-up a 14 anni di uno split crest complesso nell'arcata inferiore

IN LIBRERIA



Autori:
Claudio Di Maria
Marzia Niso

Coordinatore scientifico:
Roberto Pistilli



Prevenzione e gestione delle emergenze nello studio odontoiatrico



Autori:
Marco Salin
Mario Scilla
Alessio Casucci
Francesco Di Gioia



Allungamento chirurgico di corona clinica

CASO CLINICO

Ricostruzione alveolare a scopo pre-implantare in sede 4.5 con inserimento implantare ritardato

L'estrazione di un elemento dentario è un atto chirurgico che generalmente è indicato quando c'è la necessità di rimuovere un dente che non può essere mantenuto in condizioni di salute e/o di funzione adeguate. Un'estrazione dentaria porta a una serie di eventi biologici a carico dell'alveolo post-estrattivo (1), come l'innescarsi di una risposta infiammatoria localizzata e di un successivo innalzamento transitorio dell'osteoclastogenesi. Questo porta il tessuto osseo alveolare a un progressivo rimodellamento e a una progressiva atrofia di cresta (2). L'atrofia della cresta alveolare ha un impatto considerevole sulla scelta terapeutica, in particolare quando è prevista una terapia basata sul posizionamento di impianti (3).

Ad oggi sono stati descritti diversi protocolli di preservazione/ricostruzione della cresta alveolare (ARP) e tra questi troviamo le procedure di riempimento dell'alveolo post-estrattivo con materiale da innesto osseo, sigillatura dell'alveolo e/o una combinazione di entrambi (4).

Il caso clinico presentato dimostra come sia possibile eseguire, in presenza di un residuo radicolare avente perso la quasi totalità della parete ossea buccale e con una lesione periapicale, una ricostruzione della cresta ossea alveolare a scopo pre-implantare.

Caso clinico

Una paziente donna di 78 anni giunge a noi lamentando una frattura coronale a carico dell'elemento 4.5 (fig. 1). L'esame orale e gli esami strumentali preliminari (radiografia endorale e ortopantomografia) evidenziano una lesione periapicale e un importante difetto della parete ossea buccale, confermato successivamente dalla Cbct (fig. 2).

La mancanza di spessore osseo vestibolare, il ridotto volume osseo a livello apicale e la vicinanza dell'emergenza del nervo mentoniero, hanno portato alla decisione di intervenire con l'estrazione del residuo radicolare in sede 4.5 e contemporanea ricostruzione della cresta ossea alveolare del sito post-estrattivo. Successivamente, dopo gli adeguati tempi di guarigione (4 mesi), si è proceduto con il posizionamento implantare in corrispondenza del sito rigenerato.

Approccio chirurgico

Completata l'estrazione del residuo radicolare in sede 4.5 ed effettuati un accurato lavaggio con soluzione fisiologica dell'alveolo post-estrattivo e un'attenta esame del volume di gengiva marginale e del rapporto tra la stessa e il bordo osseo vestibolare e linguale, si è eseguita la revisione alveolare al fine di rimuovere con successo la lesione periapicale. La situazione anatomica rappresenta una classe IV della classificazione di Cardaropoli et al. (5), con spessori e volumi ossei molto ridotti.

Si procede alla ricostruzione della cresta alveolare con osso eterologo collagenato (Geistlich Bio-Oss Collagen, Geistlich Pharma) imbevuto con un gel viscoelastico costituito da una miscela di polinucleotidi e acido ialuronico (Regenfast, Officine Bio-farmaceutiche Mastelli) allo scopo di ricreare il volume osseo, e con una matrice in collagene preformata (Geistlich Mucograft Seal, Geistlich Pharma), anch'essa imbevuta del gel viscoelastico (Regenfast), messa a protezione e a sigillo del sottostante biomateriale. Lo scopo è di favorire la riepitelizzazione centripeta a protezione del sito rigenerato (figg. 3 e 4).

A distanza poi di 4 mesi (figg. 5 e 6) si è potuto procedere con l'inserimento implantare e l'applicazione una vite di guarigione funzionante anche da scan body (fig. 7). Dal punto di vista biologico, questo limita il potenziale riassorbimento osseo perimplantare dovuto a microtraumi da avvitamento/svitamento (6). Passati infine ulteriori 4 mesi, il caso è stato finalizzato (figg. 8 e 9).

Discussione

L'inserimento immediato di un impianto in un alveolo post-estrattivo, senza ulteriori procedure di rigenerazione ossea guidata, non è in grado di prevenire il riassorbimento osseo (2). Nel corso degli ultimi anni sono state sviluppate tecniche chirurgiche specifiche per ridurre il riassorbimento post-estrattivo della cresta ossea alveolare. L'applicazione di biomateriali è oggi procedura comune per controllare il riassorbimento osseo



Giacomo Santoro
Libero professionista a Milano
e Carpi (Modena)



Monica Scacchetti
Libero professionista
a Carpi (Modena)



Giacomo Li Vigni
Libero professionista a Milano e provincia

crestale dopo un atto chirurgico estrattivo (7).

Nel 2014, Avila-Ortiz et al. hanno pubblicato un articolo in cui hanno confrontato i vari tipi di biomateriali utilizzati in questo ambito: i risultati hanno evidenziato che gli xenoinnesti, rispetto agli altri biomateriali, sono in grado di offrire i risultati migliori sia in termini di efficacia che di predicibilità del trattamento (7).

Utilizzando matrici riassorbibili al di sopra dell'innesto osseo è possibile guidare la guarigione dei tessuti molli: la matrice, agendo da scaffold, consente la guarigione dei tessuti molli per seconda intenzione, grazie alla migrazione centripeta dell'epitelio, e questo permette da un punto vista biologico di avere più tessuto cheratinizzato in corrispondenza del sito chirurgico (8). L'aumento della banda cheratinizzata permette di ottenere un ottimo sigillo mucoso intorno all'impianto e di garantire una stabilità ottimale dei tessuti molli nel tempo.

Bibliografia

- 1) J Clin Periodontol. 2009; 36(12): 1048-58.
- 2) J Clin Periodontol. 2005; 32(2): 212-8.
- 3) J Clin Periodontol. 2013; 40(6): 638-44.
- 4) J Clin Periodontol. 2019; 46 Suppl 21:195-223.
- 5) Int J Periodontics Restorative Dent. 2021; 41(2): 227-32.
- 6) J Clin Periodontol. 1997; 24(8): 568-72.
- 7) J Dent Res. 2014; 93(10): 950-8.
- 8) Int J Periodontics Restorative Dent. 2012; 32(4): 421-30.



Fig. 1: residuo radicolare in sede 4.5



Fig. 2: analisi preoperatoria. La Cbct conferma l'assenza della parete ossea vestibolare e la lesione periapicale inerente il residuo radicolare in sede 4.5



Fig. 3: sito 4.5 post-intervento di ricostruzione della cresta ossea alveolare



Fig. 4: sito 4.5 dopo quattro mesi di guarigione



Fig. 5: analisi post-operatoria. La Cbct a distanza di quattro mesi dall'intervento mostra la guarigione del sito 4.5 rigenerato



Fig. 6: riapertura del sito chirurgico a distanza di quattro mesi



Fig. 7: controllo a quattro mesi di distanza dal processo di osteointegrazione dell'impianto inserito in sede 4.5



Fig. 8: radiografia periapicale di controllo



Fig. 9: foto intraorale dopo la consegna della corona definitiva avvita su impianto in zirconia monolitica

CASO CLINICO

Utilizzo di mesh in titanio su sito post estrattivo per rigenerazione ossea in zona estetica: caso clinico

Le griglie in titanio 3D-Mesh customizzate possono essere utilizzate con successo in GBR, come alternativa alle metodologie classiche. La presentazione di questo caso clinico ha lo scopo di mostrare i risultati, in termini di rigenerazione ossea, ottenuti utilizzando una griglia in titanio in un settore anteriore estetico destinato alla riabilitazione implanto-protetica di un paziente giovane.

Caso clinico

Francesco circa 12 anni fa, all'età di 13 anni, cade dalla bicicletta. Qualche giorno dopo, a causa del trauma subito, arriva in studio dentistico. Riferisce di aver perso nell'incidente l'incisivo di sinistra e vuole risolvere la mancanza del dente (fig. 1).

Il trauma ha provocato una perdita della corticale vestibolare dell'1.1 e un riassorbimento del picco osseo mesiale al 2.2. Il caso viene finalizzato nel giro di un paio di anni con ortodonzia e un ponte adesivo in composito.

Francesco, all'età di 25 anni, torna in studio e lamenta una macchia sull'incisivo di destra (fig. 2). Ci troviamo di fronte a un caso di riassorbimento esterno della radice in conseguenza al trauma di 12 anni prima (fig. 3).

Nonostante le nostre raccomandazioni, all'estrazione immediata del dente, Francesco lascia trascorrere altri 3 anni prima di decidersi. Ora ha 28 anni. Estrazione del 1.1 e inevitabile conseguenza: il difetto osseo orizzontale e verticale dell'1.1 era atteso, si rende però evidente anche un difetto orizzontale a ca-

rico del sito 2.1 (fig. 4).

Viene così deciso di programmare una griglia di titanio personalizzata insieme al team di ingegneri biomedici dell'azienda Btk, per risolvere il caso con una GBR e conseguente posizionamento implantare (fig. 5). Si effettua un prelievo di osso autologo dalla mandibola e si mescola con osso eterologo con una proporzione del 50/50 (fig. 6).

Alla riapertura, dopo 7 mesi dal posizionamento della 3D-Mesh si può apprezzare il risultato e, dopo la rimozione della griglia, è stato eseguito il posizionamento degli impianti Btk BT-Safe, di dimensioni 3.7x8, entrambi con una forza di 40 N. La valutazione radiografica e clinica è risultata essere più che soddisfacente.



Gianni Carrazza
Libero professionista
a Sala Consilina (Salerno)



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

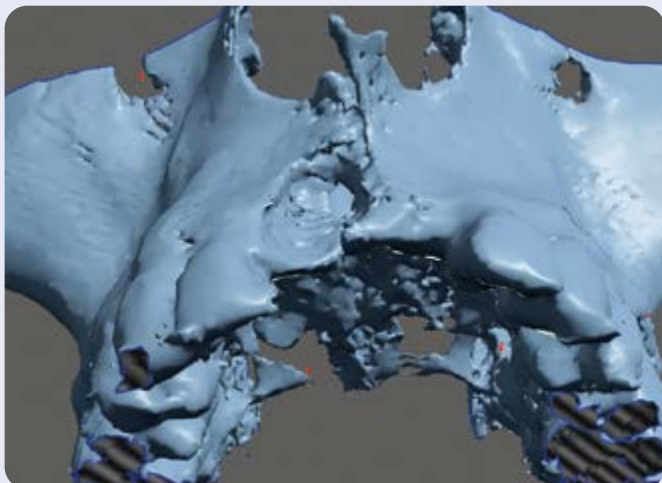


Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8

btk  Implanting Trust. Smile Again!

UNA VASTA GAMMA DI SOLUZIONI PER

GRANDI ATROFIE



IMPIANTI SUBPERIOSTALI IUXTA 3D



LINEA IMPLANTARE PLUS



IMPIANTI MAXILLO



GRIGLIE GBR 3D MESH



BIOMATERIALE RIGENERA^{BCP} E RIGENERA 3D



visit **btk.dental**

CASO CLINICO

Impianto singolo in zona estetica: estrusione ortodontica in alternativa alla Gbr in un caso selezionato

Nella sostituzione, mediante un impianto, del dente singolo in zona estetica, nei casi in cui si abbia la mancanza di una o più pareti dell'alveolo, il gold standard è l'approccio rigenerativo. Tuttavia la rigenerazione ossea della sella edentula singola rappresenta la situazione meno favorevole da un punto di vista chirurgico. In questo caso viene proposta un'alternativa alla chirurgia rigenerativa tramite l'utilizzo dell'estrusione ortodontica a scopo pre implantare.

Caso clinico

La paziente di sesso femminile, 60 anni, Asa1, si presenta con un sondaggio parodontale di 8 mm mesiale e distale all'elemento 2.1 e 10 mm palatale allo stesso. All'esame radiografico si evidenzia un riassorbimento esterno della radice nella porzione mesiale. L'elemento, precedentemente trattato endodonticamente, risultava non più mantenibile. Considerando la mancanza di tre pareti dell'alveolo non era perseguibile l'approccio post estrattivo a carico immediato ma si rendeva

necessaria una rigenerazione ossea preventiva. Tale procedura chirurgica risulta più complessa nella sella edentula singola, soprattutto in assenza della parete palatale. Si è optato pertanto per l'estrusione ortodontica pre implantare dell'elemento. Nel caso in oggetto questa tecnica è meno traumatica, meno operatore dipendente e meno soggetta a complicanze. Al termine dell'estrusione si è ottenuta una quantità ossea sufficiente all'inserimento implantare senza necessità di ulteriore rigenerazione; l'osso ottenuto aveva un livello più coronale rispetto al dente omologo. L'inserimento implantare è stato associato al contestuale intervento di correzione dell'eruzione passiva alterata (condizione da diagnosticare e trattare al fine di non avere un impianto in posizione troppo corale, che potrebbe causare un difetto estetico non correggibile se non con la rimozione dell'impianto stesso) e associato a un innesto di connettivo, trattandosi comunque di un impianto post estrattivo, al fine di prevenire difetti estetici dovuti al riassorbimento del bundle bone. Il caso è stato finalizzato con una corona avvi-



Andrea Di Lallo
Libero professionista a
Valsamoggia Bazzano (Bologna)



Sergio Di Lallo
Libero professionista a
Valsamoggia Bazzano (Bologna)

Si ringrazia Vincenzo Castellano per la parte odontotecnica

tata e faccette in ceramica in tutto il gruppo frontale. Il caso di questa paziente è stato trattato con la tecnica dell'estrusione ortodontica come alternativa a una tecnica di rigenerazione ossea. Per quanto le procedure di rigenerazione ossea siano ad oggi ampiamente diffuse e predicibili, gold standard nei casi di atrofia o mancanza di pareti alveolari, rimangono comunque di difficile applicazione e da riservarsi ad operatori esperti. L'estrusione ortodontica a scopo pre implantare, pur non essendo un'alternativa perseguibile in tutti i casi in cui si rende necessaria una rigenerazione ossea, ha permesso di semplificare il trattamento della paziente in oggetto.



Fig. 1: radiografia che mostra il riassorbimento radicolare



Fig. 2: estrusione ortodontica



Fig. 3: radiografia post estrusione ortodontica

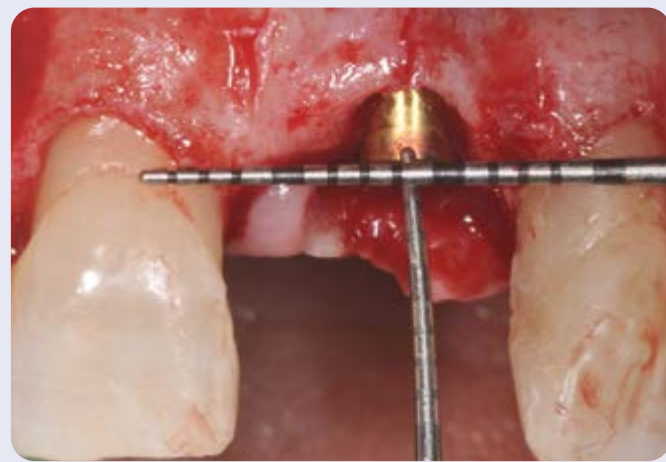


Fig. 4: corretto posizionamento implantare in zona estetica



Fig. 5: completa maturazione dei tessuti prima del condizionamento protesico



Fig. 6: finalizzazione protesica



Fig. 7: tragitto transmucoso finale

sweden & martina

**PRAMA
IS PINK
FULL**



CASO CLINICO

Riabilitazione protesicamente guidata di un paziente con disarmonia dentoscheletrica

Le moderne tecnologie permettono ai clinici di perfezionare lo studio e il trattamento delle riabilitazioni implanto-protesiche, soprattutto quando queste prevedono un approccio riorganizzativo complesso. Nello specifico, ricreando digitalmente il paziente con l'ausilio di esami radiologici, impronte ottiche, foto e video, l'odontoiatra può studiare il caso senza avere necessariamente il paziente di fronte a sé in poltrona e, così facendo, riducendo al minimo il numero di appuntamenti necessari per il trattamento del caso.

Con le tecnologie digitali è possibile valutare in fase preoperatoria quelle che possono essere le variabili anatomiche e protesiche spesso causa di insuccesso. Diventa ipotizzabile non solo previsualizzare il risultato finale, ma anche individuare, già in fase di progettazione, i passaggi critici delle diverse fasi operative del piano di trattamento di ogni paziente. Nel caso clinico di seguito presentato, avvalendosi di un protocollo guidato "fully guided" per l'inserimento implantare nell'arcata superiore, si è potuto sfruttare al meglio l'anatomia del paziente mantenendo un approccio protesicamente guidato. Rispettando la ceratura diagnostica digitale è stato possibile correggere e compensare le variabili estetiche e le dinamiche occlusali del paziente.

Caso clinico

Paziente maschio di 77 anni, Asa 1, affetto da malattia parodontale di stadio IV (fig. 1). Per lo studio del caso si richiede tac cone-beam (Orthophos SL 3D, Dentsply Sirona) delle arcate mascellari e vengono eseguite impronte ottiche (iTero) e fotografie extra e intraorali. All'esame della tac cone-beam si evidenzia un'importante atrofia mascellare, pertanto si opta per una riabilitazione implantare post estrattiva associata a rigenerazione ossea per mantenere i volumi delle ossa mascellari conservati, mentre per l'arcata mandibolare si opta per un trattamento chirurgico non rigenerativo dei difetti perimplantari e la sostituzione della protesi Toronto incongrua con una overdenture al fine di migliorare le procedure di igiene orale domiciliare del paziente.

Al termine della raccolta degli esami diagnostici e strumentali si esegue una ceratura diagnostica digitale con l'utilizzo del software Exocad (video 1) e quest'ultima si esporta, successivamente, nel formato .stl all'interno del software Real Guide in modo tale da poterla integrare con la tac e con le impronte digitali preoperatorie, ed eseguire così una pianificazione implantare protesicamente guidata (fig. 2).

Terminato il progetto implantare si decide di confezionare una dima chirurgica per il posizionamento degli impianti dell'arcata superiore con protocollo di chirurgia guidata "fully guided".

L'intervento si esegue in sedazione cosciente in collaborazione con un medico anestesista. Previa infiltrazione con anestesia locale (articaina 1:100000 Pierrel) si estrae l'elemento dentario 1.2 e successivamente si posiziona la dima chirurgica ad appoggio dentale (fig. 3), controllandone l'adeguata stabilità. Si utilizzano la fresa per la mucotomia iniziale, la fresa lanceolata iniziale e l'intera sequenza di frese e vengono inseriti quattro impianti (ImpLogic AT, Dental Tech).

Poi si procede con il trattamento dell'arcata mandibolare. Dopo aver smontato la protesi Toronto inferiore, si allestisce un lembo a spessore misto, si esegue un'osteoplastica, vengono trattati gli impianti con spazzolini in titanio, clorexidina e gel ozonizzato e infine si procede con la sutura (Vicryl 4/0). Successivamente viene eseguita una ortopantomografia delle arcate dentarie di controllo e viene consegnata al paziente una protesi mobile totale provvisoria superiore.

Al paziente viene prescritta una terapia antibiotica (amoxicillina 1 gr, 1 compressa ogni 12 ore per 6 giorni), una terapia antidolorifica (ibuprofene 600 mg al bisogno, max 3 volte al giorno) e una terapia antisettica (clorexidina 0,2%, sciacqui da 30 secondi ogni 12 ore per 10 giorni).

Dopo quattro mesi viene eseguito l'intervento di riapertura degli impianti mascellari, vengono prese le impronte per la realizzazione della protesi Toronto superiore e per la realizzazione della overdenture inferiore. Si posizionano delle cappette di guarigione sopra ai Mua e si esegue una ortopantomografia delle arcate dentarie di controllo. Successivamente vengono realizzate rispettivamente una overdenture inferiore e una toronto provvisoria in Pmma all'arcata superiore con la compensazione della disarmonia dento scheletrica del paziente e viene eseguita una ortopantomografia delle arcate dentarie (figg. 4, 5 e 6).



Umberto Luciano
Libero professionista a Verona



Fig. 1: foto intraorale iniziale

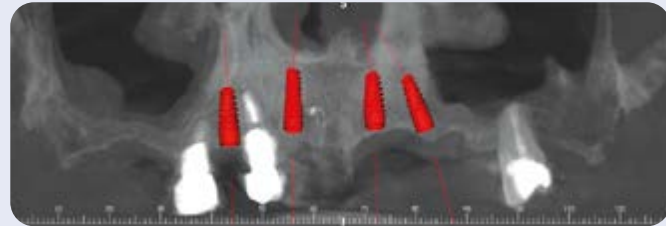


Fig. 2: progetto chirurgico per il posizionamento degli impianti Dental Tech



Fig. 3: dima chirurgica ad appoggio dentale



Fig. 4: ortopantomografia con protesi Toronto superiore e barra inferiore



Fig. 5: protesi Toronto superiore e overdenture inferiore



Fig. 6: risultato finale






Linea ImpLogic AT

(Active Threads)

L'impianto che ti agevola nelle procedure di **RIDGE EXPANSION** e consente di raggiungere un'elevata stabilità primaria in presenza di osso morbido.

Anche Ø 3.25, in caso di disponibilità ossea ridotta.

Dental Tech
A colorful future



Via G. Di Vittorio 10/12 20826 Misinto (MB) - Italia | ph +39 02 96720218 | dentaltechitalia.com | info@dental-tech.it



CASO CLINICO

Follow-up a 14 anni di uno split crest complesso nell'arcata inferiore

La paziente (42 anni, non fumatrice, in buono stato di salute generale) si è presentata nel mese di novembre 2009 in studio lamentando la comparsa di dolore nell'arcata inferiore durante la masticazione. Il ponte di quattro elementi sugli elementi naturali 44 e 47 presentava un elevato grado di mobilità, così come gli elementi 33 e 34; gli elementi 35 e 36 erano già mancanti (fig. 1). A seguito di un'attenta valutazione clinica e radiografica gli elementi 47, 44, 33 e 34 sono stati giudicati non più mantenibili. Alla paziente è quindi stata proposta l'estrazione dei suddetti elementi e spiegato la necessità di un esame TC cone beam per valutare la fattibilità di un restauro implantoprotesico per via dello scarso spessore della cresta ossea residua in entrambi i lati. Trascorsi sei mesi dalle estrazioni, con l'ausilio dell'esame cone beam è stato valutato il volume osseo disponibile. La sottigliezza del processo alveolare di destra non permetteva il posizionamento di impianti senza un intervento di espansione di cresta (fig. 2), mentre l'emiarcata di sinistra era sufficientemente larga per poter inserire degli impianti di piccolo diametro. Ottenuto il consenso della paziente si è deciso di eseguire prima l'intervento di split crest con contestuale inserimento di quattro impianti nel quarto quadrante e poi, in un secondo momento, il posizionamento di quattro impianti nel terzo quadrante.

Per l'intervento di split crest, alla luce dei rapporti di vicinanza con il canale alveolare mandibolare, è stato eseguito un lembo ampio con l'esposizione del forame mentoniero. Dopo aver rimodellato la corticale con una fresa da chirurgia, è stata aperta la corticale crestale con un disco diamantato fine montato su un manipolo dritto. L'esiguità della sezione trasversale ha reso necessario il distacco della parete vestibolare mediante tagli verticali e longitudinali mirati (figg. 3 e 4). Successivamente sono stati inseriti quattro impianti Classix XCN (Leone) con tecnica bifasica ($\varnothing$ 3,3x14 mm, due $\varnothing$ 3,3x12 mm e $\varnothing$ 4,1x12 mm) nella zona dove la mandibola si allargava, ottenendo una discreta stabilità primaria in 3-4 mm di osso nativo (fig. 5). Dopo aver forato in due punti la stecca di corticale vestibolare (fig. 6) e in corrispondenza anche la corticale linguale, la parete vestibolare è stata fissata alla parete linguale con due viti da osteosintesi di 10 mm di lunghezza (fig. 7). In questo modo è stata assicurata una perfetta immobilità anche agli impianti. Tutte le zone beanti sono state riempite con un sostituto osseo sintetico. L'area è stata poi coperta con membrane ossee di banca per facilitare il mantenimento di una forma adeguata dell'arcata; infine il lembo è stato passivato e suturato (fig. 8).

A quattro mesi di distanza sono stati inseriti quattro impianti



Leonardo Targetti

Libero professionista a Firenze

Si ringrazia il laboratorio odontotecnico Petroni, Picchi, Perugi e Santoni (Firenze) per le realizzazioni protesiche

Classic XCN $\varnothing$ 3,3 (tre lunghi 12 mm e uno da 14 mm) con tecnica bifasica nell'emiarcata di sinistra dopo aver abbassato la cresta ossea con una fresa chirurgica a palla montata sul manipolo dritto; la zona d'impianto è stata ricoperta con membrane riassorbibili.

Dopo altri quattro mesi gli impianti sono stati riaperti, le viti da osteosintesi rimosse e i tappi di chiusura sostituiti da tappi di guarigione. Sulla base di un'impronta analogica il laboratorio ha realizzato due ponti in metallo ceramica che sono stati consegnati alla paziente dopo il rifacimento conservativo degli elementi anteriori (fig. 9).

Il controllo clinico e radiografico del mese di febbraio 2024, a distanza di 14 anni, mostra un eccezionale mantenimento dei risultati ottenuti (fig. 10); anche nel quarto quadrante, dove è stato eseguito lo split crest, la cresta ossea perimplantare è rimasta stabile nel tempo a supporto dei tessuti molli, che si presentano sani e naturali; un risultato che ha superato le nostre aspettative vista la difficile situazione iniziale e l'espansione di cresta particolarmente complessa.

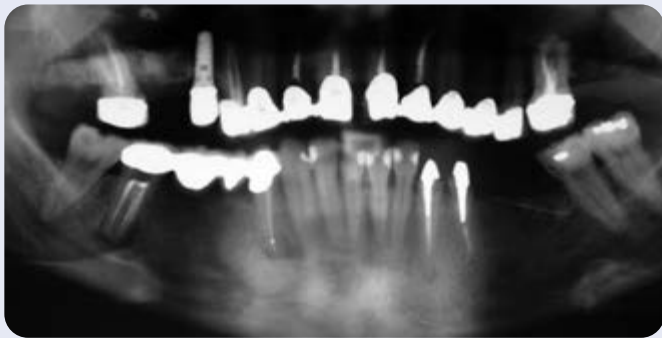


Fig. 1: ortopantomografia iniziale

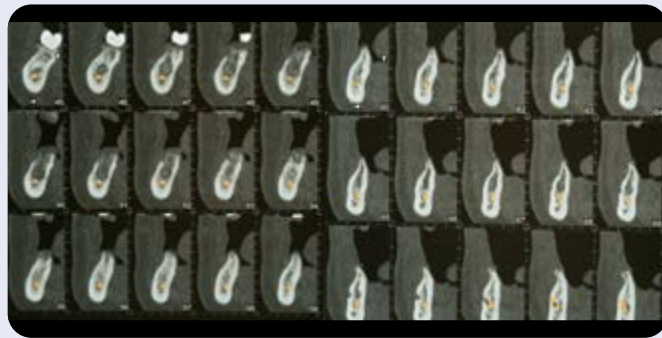


Fig. 2: cross section emiarcata destra



Fig. 3: situazione clinica preoperatoria



Fig. 4: apertura della corticale crestale con un disco diamantato e tagli verticali e longitudinali per distaccare la parete vestibolare

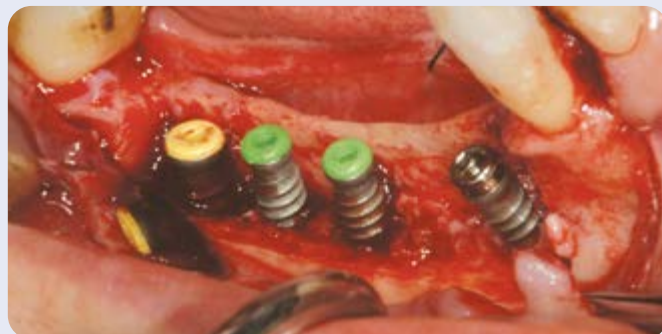


Fig. 5: quattro impianti Classix XCN inseriti nella zona dove il mascellare inferiore si allargava



Fig. 6: foratura della stecca di corticale vestibolare

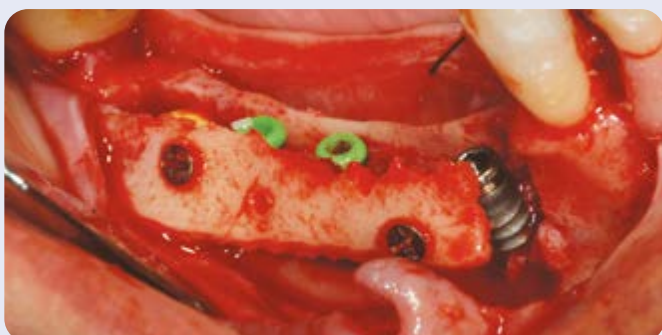


Fig. 7: stecca vestibolare fissata con viti da osteosintesi alla parete linguale



Fig. 8: riempimento zone beanti, seguirà copertura con membrane e sutura



Fig. 9: rimozione viti da osteosintesi, inserimento tappi di guarigione e successiva realizzazione e consegna delle protesi



Fig. 10: controllo clinico a distanza di 14 anni



Fig. 11: controllo radiografico a distanza di 14 anni



Video: tutte le immagini del caso clinico

CASO CLINICO

Tecnica mininvasiva di osteotomia laterale per il rialzo di seno: caso clinico

Qualora i volumi ossei dei settori mascellari antero-posteriori siano insufficienti per l'applicazione corretta degli impianti, è necessario procedere al rialzo del seno mascellare, che prevede due principali tecniche: il cosiddetto "piccolo rialzo" con approccio trans-alveolare, oppure il "grande rialzo" con accesso dalla parete antero-laterale del seno mascellare.

Generalmente il grande rialzo del seno mascellare si associa all'inserimento di materiale da innesto al suo interno e il posizionamento degli impianti può essere contestuale o differito. La procedura chirurgica prevede l'apertura del lembo e l'esposizione della superficie laterale del mascellare, la creazione di una finestra osteotomica in corrispondenza della porzione inferiore dell'antra sinusale, lo scollamento della membrana di Schneider e il ribaltamento verso l'interno della botola osteotomica d'accesso. In questo modo si crea uno spazio sub-sinusale da riempire con materiale da innesto in quantità sufficiente per l'inserimento implantare.

In questa pubblicazione presentiamo un caso clinico trattato con una procedura chirurgica che permette di praticare la tecnica del rialzo del seno mascellare con approccio laterale in modo scarsamente traumatico e invasivo per il paziente, riducendo drasticamente le tempistiche operatorie, facilitando l'esecuzione e minimizzando l'insorgenza di problematiche intra e post operatorie.

Caso clinico

Il paziente A.N. di 54 anni, con elementi mancanti 25 e 26 e atrofia ossea mascellare nei settori latero posteriori, già sottoposto ad intervento di sinus lift nel settore destro tramite la tecnica qui descritta, manifesta il desiderio di riabilitare anche il settore diatorico del mascellare sinistro.

Il paziente è in buono stato di salute e in anamnesi non vi è nulla da segnalare (Asa 1).

All'esame radiologico si osserva che la quantità di osso residuo, in altezza verticale, risulta essere insufficiente (fig.1); si programma intervento di sinus lift e contestuale inserimento di impianti dentali.

Al fine di ridurre la carica batterica è stata eseguita detartrasi pre-chirurgica ed è stata prescritta profilassi antibiotica con amoxicillina 1 gr ogni 12 ore a partire dalla sera precedente l'intervento chirurgico. L'intervento è stato eseguito in anestesia locale con mepivacaina 2% con adrenalina 1:100.000.

Al fine di accedere alla parete laterale del seno mascellare è stato effettuato un lembo trapezoidale mucoperiosteo a tutto spessore con doppio rilascio (fig. 2).

Dopo aver esposto la parete ossea si è proseguito con la creazione della botola mediante utilizzo della fresa Ebm sferica (Iess Group). La fresa è stata applicata perpendicolarmente sulla parete laterale del seno con movimento continuo di va e vieni, irrigando costantemente il sito chirurgico con fisiologica (fig. 3). La parete ossea è stata erosa progressivamente fino all'esposizione della membrana di Schneider, il cui scollamento è stato realizzato utilizzando scollatori ricurvi.

Inserito il materiale da innesto e terminata la procedura del sinus lift, sono stati inseriti due impianti endossei in posizione 25 e 26 con torque a 35 Ncm (fig. 4).

È stata effettuata ortopantomografia di controllo post operatorio al tempo zero (fig. 5).

Al termine dell'intervento sono state illustrate al paziente le istruzioni post chirurgiche e la seguente terapia domiciliare: Augmentin 1 gr, 1 compressa ogni 12 ore per 6 giorni, Argotone 3 gocce per narice 3 volte al giorno, clorexidina allo 0.20%, ibuprofene 600 mg al bisogno.

A sei mesi dalla chirurgia, la riabilitazione è stata completata con la scoperta degli impianti, la prova della struttura e la consegna della protesi (figg. 6 e 7).

Il follow-up a tre anni conferma la validità della tecnica adottata (figg. 8, 9 e 10).

La diffusa esigenza di riabilitazioni nelle edentulie del mascellare posteriore richiede l'utilizzo di tecniche sempre più predicibili per poter garantire un risultato implantoprotesico a lungo termine, come riteniamo sia la nostra procedura: affidabile, veloce e facilmente riproducibile, senza complicazioni importanti.



Cesare Paoleschi
Libero professionista a Firenze

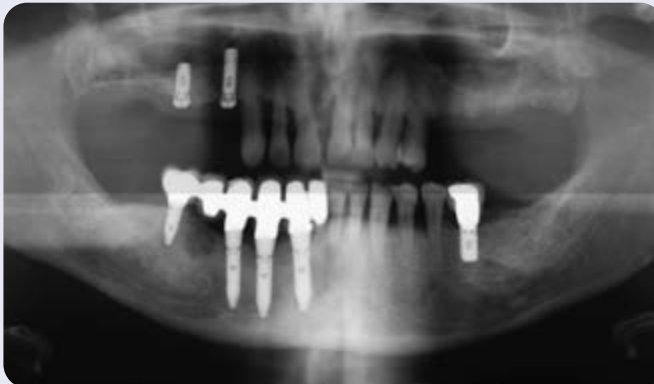


Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

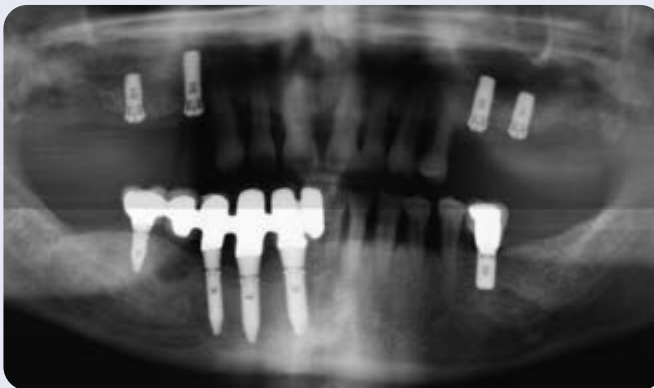


Fig. 5

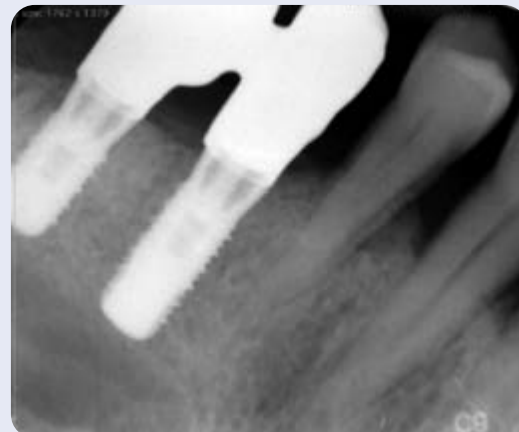


Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10

CASO CLINICO

Ruolo della segmentazione 3D automatica nella chirurgia del terzo molare inferiore: caso clinico

Fino ai primi anni 2000, nella chirurgia del terzo molare inferiore, la fase diagnostica e progettuale dell'intervento veniva effettuata quasi esclusivamente mediante radiologia bidimensionale (ortopantomografia e proiezioni endorali). La radiologia tridimensionale ha rivoluzionato l'approccio a questo tipo di chirurgia, dando la possibilità di visualizzare con precisione nella fase preoperatoria i rapporti tra gli elementi dentali e le strutture anatomiche circostanti. Tuttavia, nei casi di inclusione di terzi molari associati a mesio o disto versione accentuate, fare diagnosi sulle semplici immagini radiologiche potrebbe non essere immediato: la classica analisi delle cross-section (fig. 1) potrebbe presentare alcune complessità per una corretta interpretazione. La difficoltà nasce dalla mancata coincidenza tra l'asse dell'elemento dentale e l'asse delle cross-section (fig. 2), che rende le sezioni del dente che analizziamo controintuitive da interpretare. Tale problematica si risolve utilizzando una visione multiplanare (assiale-sagittale-coronale) opportunamente orientata secondo gli assi dell'elemento dentale (fig. 3). Questa soluzione presuppone, tuttavia, delle competenze radiologiche non banali che, spesso, non sono nella "faretra" dell'odontoiatra, che è abituato ad utilizzare solo la visione "Dental Scan" (cross-section) per consultare un esame Cbct.

Una soluzione è la segmentazione, che definisce in modo univoco le strutture anatomiche: elementi dentali, nervo alveolare inferiore e osso mandibolare. Da alcuni anni i software hanno integrato la segmentazione automatica che, a mio parere, ha raggiunto lo standard che questa metodica dovrebbe avere. La segmentazione automatica consente di ottenere (figg. 4 e 5), con un limitato numero di passaggi e contenuto dispendio di tempo: tutti i denti, i nervi alveolari inferiori, l'osso mandibolare e mascellare, i tessuti molli, le vie aeree. In questo modo la pre-visualizzazione risulta molto più simile alla reale situazione anatomica del paziente.

Caso clinico

Un paziente di 22 anni viene inviato alla mia attenzione dal suo odontoiatra curante poiché aveva già sofferto di svariati episodi infiammatori di pericoronite a causa dell'elemento 3.8 in mesio-versione quasi completa. L'esame clinico (fig. 6) mostrava un sondaggio di circa 10 mm nella zona distale del 3.7; l'elemento presentava tutte le caratteristiche per consigliarne l'avulsione. È stata eseguita una Cbct (Planmeca OY) per meglio comprendere l'anatomia e pianificare correttamente la fase chirurgica. La semplice visione delle cross-section (fig. 1) ci fa capire che l'elemento è tri-radicolato e in stretto rapporto con il Nai, ma non ci offre molte informazioni su dove e come porre le nostre linee

di odontotomia per rimuovere prima la corona e poi condurre la divisione radicolare in sicurezza. Utilizzando la visione multiplanare (assiale-sagittale-coronale) senza orientare gli assi (fig. 2) non si hanno informazioni utili, anzi si hanno informazioni fuorvianti; la visione multiplanare va utilizzata orientando gli assi in maniera che uno corrisponda all'asse lungo del dente e quello perpendicolare lo sezioni "assialmente" (fig. 3), così da avere un feedback corretto sulla sua anatomia. Eseguendo una segmentazione automatica utilizzando il software Romexis 6 (Planmeca OY) (figg. 4 e 5), siamo ora in grado di:

- analizzare in modalità tridimensionale l'elemento dentale senza il supporto osseo;
- visualizzare con precisione i rapporti con il Nai;
- "sezionare" strutture anatomiche secondo quella che sarà la nostra visuale intraoperatoria, oppure secondo i piani anatomici.

Fase chirurgica

Dopo aver ottenuto una corretta anestesia è stato elevato un lembo a tutto spessore eseguendo una Papilla Base Incision (fig. 7) nella zona interprossimale tra 3.6 e 3.7; questo ci ha consentito una buona visibilità del campo operatorio andando a rendere più semplice successivamente le fasi di sutura. L'osteotomia d'accesso (fig. 8) ha aumentato la visibilità dell'elemento andando ad evidenziarne la giunzione amelo-cementizia, dove è stata collocata la linea di odontotomia a T (fig. 9) che ha poi permesso, dopo la frattura con leva dritta da 3 mm, di rimuovere la corona dell'elemento 3.8 (fig. 10). La conoscenza dell'anatomia del paziente e della corretta tecnica chirurgica si rivela fondamentale, perché una rimozione ossea insufficiente causerà un'odontotomia troppo coronale, con conseguente difficoltà a rimuovere la parte di corona fratturata. Inoltre, a quel punto, non si potrà visualizzare correttamente la camera pulpale, che in questo caso è molto utile per stabilire le corrette linee di divisione radicolare.

La divisione radicolare (fig. 11) è stata eseguita utilizzando un inserto piezoelettrico in maniera da avere delle linee precise e senza rischiare di causare lesioni nervose in caso di utilizzo inavvertitamente troppo apicale. Questo ha permesso una corretta divisione e avulsione di tutte e tre le componenti radicolari (fig. 12 e 14). La chirurgia è stata poi finalizzata con una sutura a punti staccati per prima intenzione (fig. 13), con particolare attenzione alla posizione apico-coronale del lembo.

Il decorso è stato caratterizzato da una lieve sintomatologia post-operatoria, compatibile con la procedura eseguita, e dall'assenza di problematiche neurologiche.



Nicolò Vercellini

Libero professionista
ad Arsago Seprio (Varese)
Docente presso il Lake Como Institute

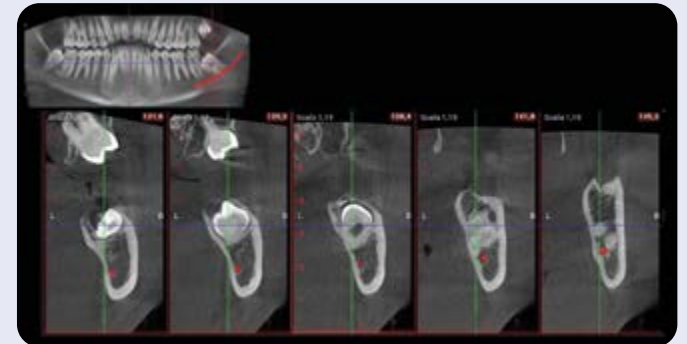


Fig. 1: visualizzazione "Dental Scan" (cross-section) dell'elemento 3.8

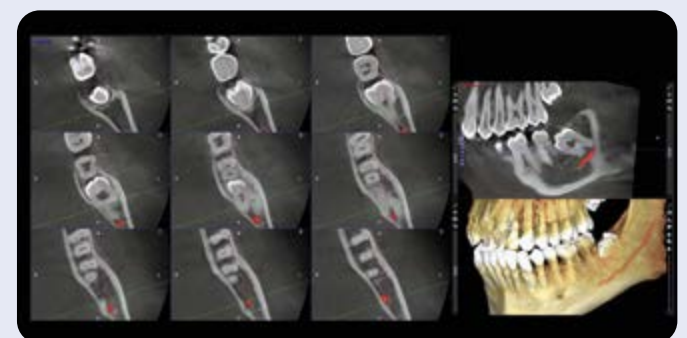


Fig. 2: visualizzazione multiplanare (assiale-sagittale-coronale) di 3.8 con assi non corrispondenti all'elemento dentale

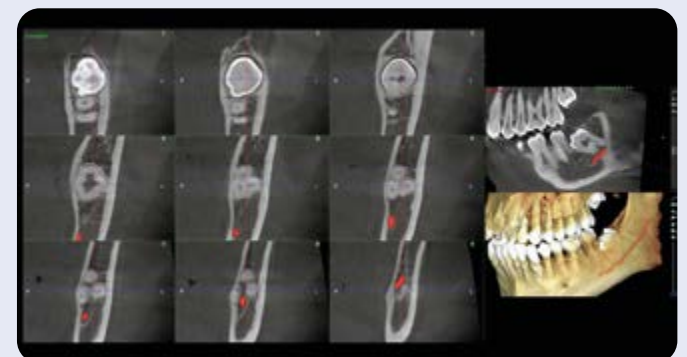


Fig. 3: visualizzazione multiplanare di 3.8 con assi corrispondenti all'elemento dentale. Uno parallelo all'asse lungo e gli altri perpendicolari



Fig. 4: segmentazione automatica di tutti gli elementi dentali in visione vestibolare e linguale

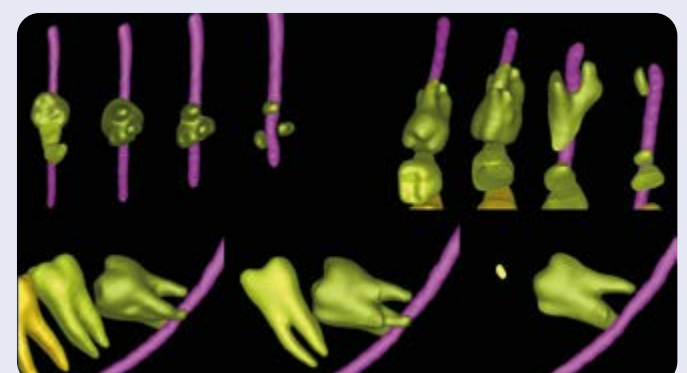


Fig. 5: segmentazione automatica di 3.8 con funzione di taglio rapido. Perpendicolarmente all'asse lungo del dente, secondo il piano assiale, secondo il piano sagittale



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12



Fig. 13

Corso Responsabile di Segreteria Studio Odontoiatrico

attestati di competenza  Regione Lombardia



ORGANIZZAZIONE



AMMINISTRAZIONE



CUSTOMER CARE



SOCIAL MEDIA
MANAGER



QUANDO

1 week-end al mese

Venerdì dalle 14.00 alle 19.00
Sabato dalle 8.30 alle 16.30

Possibilità di seguire le lezioni on-line

Lezione con obbligo di frequenza
per chi desidera ottenere
l'attestazione di competenza
rilasciata dalla
Regione Lombardia.

MODULI

Addetto Customer Care
(Fornire assistenza ai bisogni/attese
del cliente/utente)

Operatore d'ufficio
(Gestire i flussi informativi di corrispondenza
in entrata e in uscita, le registrazioni,
la protocollazione ed archiviazione di documenti
di competenza e la redazione di testi
amministrativi/commerciali)

Operatore di contabilità
(Eseguire il trattamento di documenti
amministrativo/contabili)

INFORMAZIONI



SCAN ME



Gli Studi Professionali/Aziende
iscritte a **FONDO PROFESSIONI**
possono richiedere i voucher per la formazione
del proprio personale. Il rimborso riguarda
fino l'**80% della quota di partecipazione al corso***

*fino a esaurimento fondi



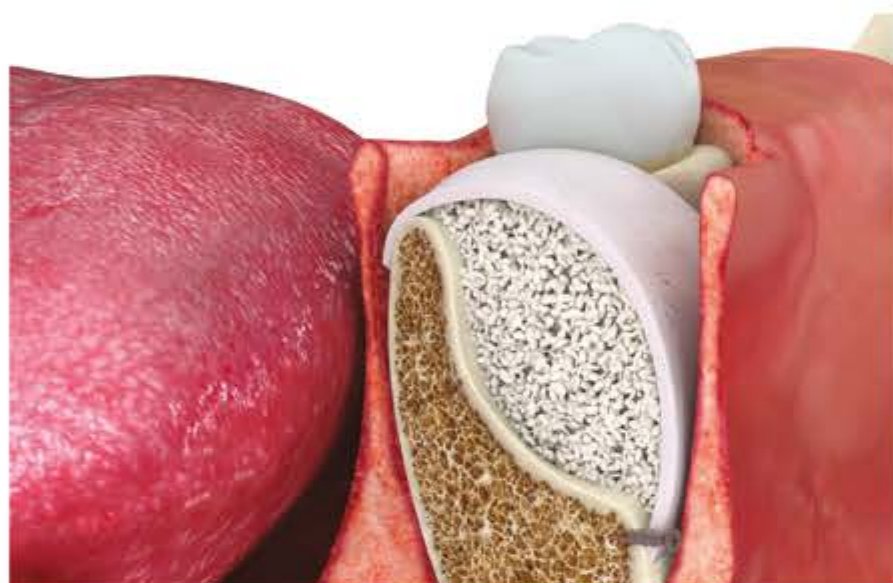
www.dentalteamacademy.it



347 7909827



OsteoBiol®
by Tecnos



- UNA GAMMA COMPLETA DI SOSTITUTI OSSEI COLLAGENATI E MEMBRANE
- 25 ANNI DI INNOVAZIONI MADE IN ITALY
- DISTRIBUITI IN 70 PAESI NEL MONDO
- OLTRE 300 PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE INTERNAZIONALI
- UTILIZZATI IN OLTRE 2 MILIONI DI CHIRURGIE