

HyFlex EDM – Sequenza OGSF
Prendete il controllo nelle vostre mani

COLTENE



Gianni Persichetti
Presidente Aiop

Congresso Aiop, la transizione dall'analogico al digitale per diagnosi, progetto e realizzazione

In piena fase di transizione dall'analogico al digitale è frequente assistere a un flusso misto di lavoro negli studi di protesi e nei laboratori ad essi collegati. C'è quindi la necessità di rivalutare costantemente gli strumenti digitali a disposizione su diagnosi, progetto e realizzazione, paragonandoli con il processo analogico, che rappresenta in ogni caso una piatta-

forma sicura per il successo clinico. «Migliaia di casi di altissimo livello sono stati risolti in analogico e una storia così ricca e meravigliosa non può essere ignorata, ma deve costituire piuttosto uno stimolo per affinare ulteriormente un flusso di lavoro automatizzato» ha detto **Gianni Persichetti** alla vigilia del congresso Aiop di Bologna.

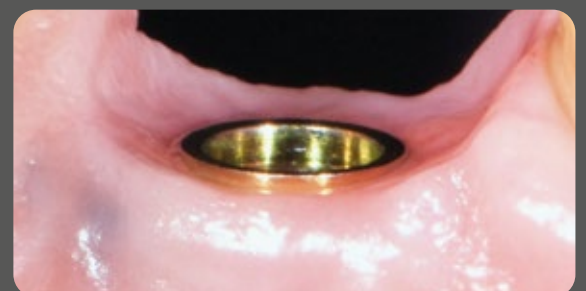
Come gestire il paziente con disturbi alimentari



Nuove indicazioni per l'utilizzo dei dentifrici al fluoro



Casi clinici SPECIALE IMPLANTOLOGIA



DentalAcademy.it



AUTORE Aldo Crespi
Riabilitazione del quadrante tre dopo diagnosi postuma di mancata osteointegrazione



AUTORE Aldo Crespi
Estrazione degli ottavi inferiori in due tempi chirurgici

ULTIMI POST

SIVP Dental presenta:



Scanner di ultima generazione con PC incluso a soli 6.900.00€



LABORATORIO DI PROTESI DENTALI

06 997 808 35

SIVPDENTAL.IT



Compositi Universali

RISULTATI **BRILLIANT**



I compositi BRILLIANT – EverGlow, EverGlow Flow e Bulk Fill Flow – sono stati sviluppati con particolare attenzione ad un sistema di tinte intuitivo, unito alla facilità d'uso. Per questo motivo, si distinguono per la praticità di utilizzo e per le tinte che si integrano in modo eccezionale.

Basati sulla stessa tecnologia di riempitivo, i tre materiali sono perfettamente compatibili tra loro e si integrano in un flusso di lavoro omogeneo.



BRILLIANT EverGlow

- Brillantezza di lunga durata
- Restauri estetici con una sola tinta
- Sistema cromatico versatile con tre livelli di traslucenza
- Eccezionale lucidabilità e praticità di utilizzo

BRILLIANT Bulk Fill Flow

- Un materiale Multi Shade adattativo
- Polimerizzazione affidabile fino a 4 mm di profondità in 20 secondi ($\geq 1000 \text{ mW/cm}^2$)
- Non è necessario uno strato di copertura grazie alle elevate proprietà di resistenza all'abrasione

BRILLIANT EverGlow Flow

- Altamente stabile, ma molto scorrevole
- Risultati altamente estetici

Avanti tutta sul digitale, valorizzando però la tradizione analogica

Per Aiop la strada verso il digitale è segnata ed esiste ancora un flusso misto solo perché siamo in una fase di transizione. Ma per risultati di altissimo livello, soprattutto a livello estetico, il punto di riferimento è ancora l'analogico

“La protesi dall'era analogica alla rivoluzione digitale: possibilità e limiti in diagnosi, progetto e realizzazione” è il titolo del congresso dell'Accademia italiana di odontoiatria protesica (Aiop), che si tiene a Bologna dal 28 al 30 novembre.

A che punto siamo nel percorso di transizione dal flusso di lavoro analogico a quello digitale? La risposta non è pura accademia, ma clinica pratica, perché consente al protesista di valutare quale strada scegliere caso per caso.

«Le indicazioni per l'analogico restano valide – ci ha detto il presidente Aiop Gianni Persichetti, di generazione analogica –. Migliaia di casi di altissimo livello sono stati risolti in analogico e una storia così ricca e meravigliosa non può essere ignorata. Ormai però i risultati si avvicinano moltissimo. A un livello medio, il digitale è persino meglio. Ad altissimo livello resta probabilmente qualcosa da migliorare a livello estetico».

Presidente, nell'era del digitale, è ancora indicato un flusso di lavoro totalmente analogico?

Le indicazioni per l'analogico restano valide, il digitale può essere più veloce e alla portata anche di coloro che non hanno una esperienza consolidata. Ma spesso anche questi vantaggi sono solo teorici. Prendiamo ad esempio il rilievo delle impronte. Si dice che la procedura digitale sia più rapida e comporti un ingombro minore rispetto a quella analogica. Ma per prendere l'impronta di una bocca completa richiede anch'essa un tempo adeguato. In entrambi i casi, è necessaria l'applicazione dei fili di retrazione, affinché i tessuti molli si allontanino dalla preparazione e creino le con-

dizioni ideali per il rilievo dell'impronta. A quel punto, con la procedura tradizionale si mette il materiale nel portaimpronte – silicone, polietere o poliuretano – e il tutto richiede circa cinque minuti di attesa per consentire la polimerizzazione, infine il portaimpronte viene tolto dalla bocca. Non è certo un tempo molto lungo.

Si dice poi che il digitale dovrebbe essere più confortevole per il paziente, ma anche questo è relativo, perché lo scanner è piuttosto ingombrante, deve essere mosso all'interno del cavo orale e in alcuni casi, come durante la presa dell'impronta degli ultimi denti, può risultare un po' complicato. Alla fine, se si tratta di una bocca completa, il risparmio di

tempo sarà minimo.

Certo, è sicuramente più coinvolgente per il paziente partecipare visivamente su un monitor alla procedura. Io provengo da una tradizione analogica e resto affezionato a questa modalità, però la strada verso il digitale è segnata. Nonostante il costo iniziale, molti hanno ormai adottato le nuove tecnologie e, in futuro, rappresenteranno lo standard.

Quando può essere indicato un flusso misto?

Non esiste nessuna indicazione specifica. Il flusso misto esiste ancora perché siamo in una fase di transizione verso l'adozione generalizzata di un flusso completamente digitale. Le vecchie generazioni hanno ancora il piacere di lavorare con una modalità in cui si può vedere l'impronta colata, montare il modello in articolatore e verificare sul modello il risultato finale prima ancora di essere provato nel cavo orale, mentre con il flusso digitale la prova si può realizzare solo con il lavoro terminato e posizionato nel cavo orale. Ma ovviamente i nuovi odontoiatri non sono legati a questa tradizione. Migliaia di casi di altissimo livello sono stati risolti in analogico e una storia così ricca e meravigliosa non può essere ignorata ma deve costituire piuttosto uno stimolo per affinare ulteriormente un flusso di lavoro automatizzato. Ormai i risultati si avvicinano moltissimo. A un livello medio, il digitale è persino meglio perché ha reso la procedura più semplice e meno laboriosa per il dentista. Ad altissimo livello resta probabilmente qualcosa da migliorare a livello estetico.

Come mai l'estetica della procedura analogica resta un riferimento che spesso il digitale non riesce a raggiungere?

Molto dipende dai materiali. La precisione si può ottenere perfettamente anche con

il sistema digitale, ma è più complicato riuscire nelle zone anteriori a rendere i colori e le trasparenze dei denti naturali che invece la ceramica feldspatica, utilizzata nel flusso analogico, consente di riprodurre tridimensionalmente.

Nel digitale si lavora con un materiale unico, che deve essere fresato da una cialda (ceramica, zirconia, composito, ecc.) dalla quale si ricava il pezzo finale: questo può essere poi caratterizzato superficialmente con colore e masse, quindi modificato esternamente, ma non si riesce ancora a replicare completamente l'aspetto dello smalto naturale, con le sfumature e la trasparenza che si possono osservare per esempio nei bordi degli incisivi. L'obiettivo, ancora da raggiungere, è una bellezza che non si limiti al bianco ma che possa reggere a uno sguardo ravvicinato.

Ma certamente non possiamo sottovalutare le innovazioni tecnologiche. Già esistono delle cialde realizzate con una stratificazione del materiale, che consente di fresare e quindi di ottenere un risultato estetico molto vicino alla qualità desiderata. Del resto bisogna ricordare che la ceramica feldspatica ha i suoi limiti: la sua lavorazione è più difficile e non è alla portata di un odontoiatra inesperto, poiché la sua fragilità è molto più elevata rispetto alle ceramiche utilizzate per il digitale e spesso bastano piccoli traumi – persino l'abitudine di mangiarsi le unghie – perché il contatto tra i bordi incisivi superiori e inferiori porti a una rottura. Infine ricordiamo che le nuove tecnologie si avvalgono già dell'intelligenza artificiale, una risorsa che certamente in futuro sarà sempre più preziosa. La ricostruzione in 3D del viso aiuta nella procedura dando una maggiore consapevolezza di quello che si fa, oltre a permettere di visualizzare i risultati finali.

Renato Torlaschi

EDITORIALE

Aldo Crespi
Odontoiatra



LA DOCUMENTAZIONE CLINICA, DALL'ANALOGICO AL DIGITALE

Negli anni Ottanta comparvero le prime telecamere intraorali; in realtà se ne parlava da tempo e la cosa era nota, tuttavia le prime in Italia arrivarono proprio in quel periodo. I grandi maestri della comunicazione medico-paziente la comprarono subito, del resto furono proprio loro che per primi cominciarono a spiegare con semplici disegni su un comune foglio di carta come era fatto un elemento dentale e come si poteva curare.

Programmi di immagini di patologie della bocca ed eventuali rimedi erano agli albori e visti con un certo scetticismo per la qualità delle immagini e i contenuti a volte incompleti, ma l'orientamento si dimostrò lungimirante, in quanto da lì a pochi anni le aziende si impegnarono in quella direzione, intuendo che presto o tardi gli studi si sarebbero riempiti di computer e monitor di ogni tipo e dimensione. E così avvenne.

Tra i vari corsi di aggiornamento dedicati alla clinica, arrivarono quelli dedicati esclusivamente alla fotografia odontoiatrica. Com'è noto, infatti, le prime immagini scattate nella bocca dei pazienti erano comunque importanti da un punto di vista documentale, ma di qualità non proprio eccelsa. Non solo, ma non esistevano protocolli standardizzati su quello che si intendeva per una documentazione clinica che rappresentasse lo stato dell'arte. Per questo anche il mercato tecnologico si adeguò alle richieste dei professionisti e arrivarono le macchine fotografiche dedicate alle foto intra ed extra orali, con tanto di obiettivi macro e flash anulari. Le accademie, dove l'ingresso dei futuri soci era condizionato da una documentazione fotografica ineccepibile, decretarono i criteri entro i quali le foto sarebbe state prese in considerazione. Fu la svolta della documentazione fotografica, adottata da molti relatori facilmente riconoscibili dai famosi carousel pieni di diapositive. Sì, perché per molti anni ancora il mondo è rimasto analogico. Arrivò poi la svolta digitale. Per onore di cronaca, non tutti all'inizio la presero come la scelta migliore, specie alcuni fotografi di fama, che sostennero per diverso tempo che il “calore” dell'analogico non era paragonabile al digitale. Dopo pochi anni, vennero però travolti e si convertirono all'inevitabile. Del resto, pensare ai giorni nostri di far sviluppare il rullino fotografico appare certamente curioso e non solo simpaticamente vintage.

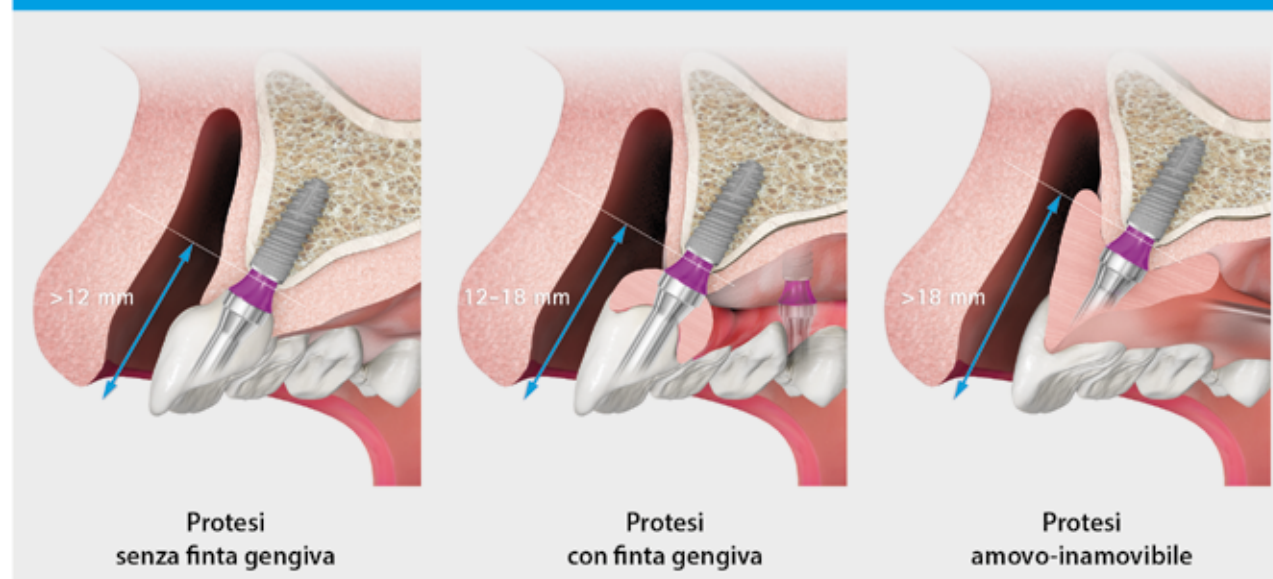
Da lì a poco arrivarono tutti i mezzi digitali possibili per filmare, registrare e fotografare ogni tipo di attività clinica, che rappresentarono la massima evoluzione per la divulgazione scientifica a corsi e congressi, con immagini affascinanti nelle varie presentazioni dei colleghi, sempre più competenti nella gestione dei vari software e hardware di ultima generazione. Lo scanner intraorale conferma tale evoluzione. Ma oltre ogni aspetto tecnologico, ciò che conta di più ai giorni nostri è trovare il tempo e l'energia, cosa non sempre così scontata, per documentare qualsiasi intervento terapeutico, dal più semplice al più complesso. Sappiamo che non è cosa così facile da attuare in modo sistematico, ma rappresenta l'unica via per documentare successi e insuccessi.



LA FORMULA DEL SUCCESSO PER LO STUDIO ODONTOIATRICO

Standardizzazione = Successo

Standardizzare le procedure nella prassi quotidiana permette al professionista di concentrarsi sull'essenziale. Per le riabilitazioni full arch con il sistema SKY fast & fixed nel ca. 80% dei casi è presente un protocollo standard. Ciò permette al professionista e al suo team di concentrarsi sulle peculiarità del caso clinico.

Il grado di riassorbimento osseo determina il tipo di restauro ¹**La simbiosi tra routine e curva di apprendimento**

Chi ripete spesso, apprende meglio. Questa tesi può essere applicata in tutti gli ambiti della vita - e quindi anche nel caso del protocollo terapeutico SKY fast & fixed. La chiave del successo è avere un team ben coordinato e una buona routine, affinché si possa acquisire e fare proprie procedure complesse, fino a farle diventare una consuetudine. Ogni fase deve essere correttamente eseguita, in modo tale che il paziente venga riabilitato in modo rapido e atraumatico. Un protocollo standardizzato è quindi di grande supporto. Ripetendo le fasi con regolarità, l'assistente di chirurgia sa rapidamente cosa fare e

quali strumenti utilizzare, garantendo la massima concentrazione dell'implantologo durante l'intervento.

I nostri informatori saranno a Vostra disposizione per aiutarVi ad affrontare i primi casi e trasmetterVi la sicurezza necessaria.

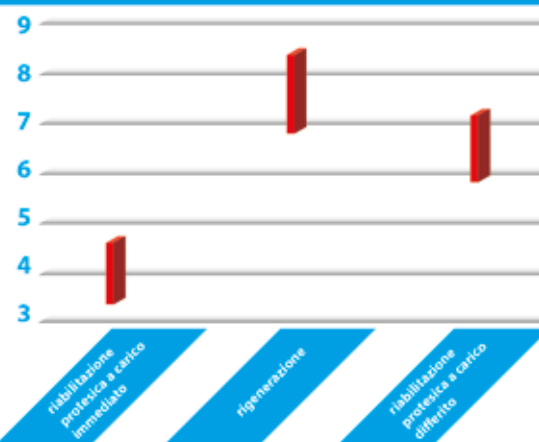
Risultati predicibili per un successo garantito

False promesse, prima del trattamento, causano spesso delusione nel paziente e possono portare alle più disparate conseguenze. Grazie alla standardizzazione delle procedure sarà possibile evitare questo tipo di problemi, poiché già prima del trattamento sarà possibile dare informazioni precise e pianificare il restauro più indicato in base alla struttura ossea del paziente. Quest'ultimo sarà quindi informato, fin dall'inizio, di cosa lo aspetta. Secondo il Dr. Ali Tunkiwala¹ la predicibilità e il protocollo standardizzato sono una garanzia per il risultato finale.

Maggiore efficienza

Oltre a garantire il successo e la routine nelle procedure, la standardizzazione presenta anche altri aspetti positivi. La preparazione del preventivo viene notevolmente semplificata, poiché più dell'80% delle voci rimangono identiche e devono essere prese in considerazione solo le caratteristiche specifiche del paziente. Ciò ridu-

ce soprattutto il rischio che i costi preventivati non possano essere rispettati. Allo stesso tempo si evitano costi inaspettati dopo il trattamento, garantendo ai pazienti maggiore sicurezza, grazie a prezzi prestabiliti. Con l'aumentare dell'esperienza e della routine si ridurranno i tempi dell'intero trattamento - i pazienti potranno riprendere subito la loro vita sociale! Inoltre, grazie ad una protesi fissa a carico immediato su impianti, vengono ridotte al minimo le visite non programmate dei pazienti per deiscenze o altre complicazioni. Nel migliore dei casi si vedrà il paziente solo al recall.

NUMERO DI VISITE IN STUDIO

Vantaggi della riabilitazione a carico immediato rispetto alla rigenerazione e alla riabilitazione a carico differito.

Il successo per lo studio odontoiatrico e per il paziente

Routine, procedure standardizzate e maggiore efficienza - il protocollo terapeutico SKY fast & fixed offre sia allo studio odontoiatrico sia ai pazienti alcuni importanti vantaggi. Grazie a questo protocollo, che permette di risparmiare tempo, potrete ottenere la massima soddisfazione e garantire ai Vostri pazienti una migliore qualità di vita, in tempi brevi. Integratelo subito nella Vostra prassi quotidiana!

¹ Tunkiwala, A., Kher, U., & Vaidya, N. H. (2020). "ABCD" Implant Classification: A Comprehensive Philosophy for Treatment Planning in Completely Edentulous Arches. Journal of Oral Implantology, 46(2), 93-99; 46(2), 95.

Per ulteriori informazioni è possibile scansionare semplicemente il codice QR o visitare il sito www.bredent-implants.com.



SKY fast & fixed - il pioniere nella riabilitazione a carico immediato a supporto implantare.

Distributore per l'Italia:

bredent s.r.l.

50 years of bredent

bredent group

Divario di genere in odontoiatria è ampio: servono le quote rosa?

In Italia le donne che esercitano l'odontoiatria sono sottorappresentate nelle organizzazioni odontoiatriche e negli eventi culturali. Per questo le quote di genere «sono essenziali per far emergere il talento e le competenze delle donne»



Da sinistra Fabiola Rinaldi, Serena Bianchi, Sara Bernardi, Maria Bruna Fulgenzi e Sara Trichilo

Il divario di genere in odontoiatria è ancora una questione attuale e irrisolta in molti Paesi, nonostante l'attenzione crescente dedicata al problema. L'Italia non fa eccezione e un quadro della situazione è tracciato in un lavoro promosso da Sara Bernardi, odontoiatra e professoressa di Anatomia umana all'Università dell'Aquila, condotto da un team tutto al femminile e comparso un anno fa su *Healthcare*.

Il problema riguarda molti settori della medicina. Secondo le autrici, «l'inequità tra i sessi nelle forze lavoro sanitarie rappresenta un limite alla progressione professionale, impedendo a colleghe talentuose di accedere a posizioni di rilievo nel mondo accademico e non fornendo modelli di ruolo adeguati per ispirare le future generazioni».

Lo studio si è focalizzato sulla specialità dell'odontoiatria, settore ancora dominato dal sesso maschile anche dal punto di vista numerico: nel 2021, quasi tre su quattro dei dentisti italiani (il 74%) erano uomini. Il nostro Paese sconta un ritardo evidente rispetto al resto dell'Europa. Secondo la Fédération dentaire internationale (Fdi), oltre il 60% dei dentisti in Europa sono donne. Nel 2019, la Spagna ha riportato che il 65% dei laureati in odontoiatria era di sesso femminile, e la Germania ha segnalato valori simili. Anche negli Stati Uniti e in Canada le percentuali sono analoghe. C'è da dire che, osservando i numeri delle recenti immatricolazioni all'università, la tendenza a un deciso cambiamento appare evidente e, sia pure in ritardo, la presenza femminile nella professione odontoiatrica finirà per allinearsi con quella degli altri Paesi di riferimento.

Ma le disparità si accentuano se si analizza la distribuzione di genere dei leader professionali nelle associazioni di categoria e tra i relatori invitati alle conferenze scientifiche. La strategia di ricerca del team italiano ha preso in considerazione tre diversi ambiti della scena odontoiatrica nazionale: i comitati odontoiatrici, le

associazioni di categoria sindacali e l'attività culturale. L'analisi dei dati relativi alla composizione dei comitati odontoiatrici e delle associazioni di categoria sindacali ha rivelato una differenza statisticamente significativa nella distribuzione dei ruoli tra i due sessi a livello regionale e locale, con una rappresentanza più bassa delle donne che praticano l'odontoiatria. In Italia, le donne che esercitano l'odontoiatria sono sottorappresentate nelle organizzazioni odontoiatriche e negli eventi culturali, dato il basso numero di dentiste in ruoli di leadership e come relatrici negli anni 2018-2021.

Le iniziative del settore

Sebbene l'effetto "soffitto di cristallo" continui a influenzare le dentiste italiane, sono state adottate iniziative e misure politiche per migliorare questa condizione e raggiungere l'equità di genere. «Diversi programmi volti a migliorare la diversità e l'inclusività nelle professioni sanitarie stanno svolgendo un ruolo cruciale nella sensibilizzazione sul divario di genere nelle categorie mediche e odontoiatriche – ricordano le ricercatrici –. Esiste un problema, e ignorarlo o minimizzarlo non aiuta».

Le associazioni di categoria si sono occupate attivamente negli ultimi anni della questione. In particolare, l'Andi ha uno dei suoi delegati nel Gruppo di lavoro delle Donne in odontoiatria della Fdi e ha organizzato corsi e conferenze sul genere in odontoiatria e sul ruolo dei dentisti nella prevenzione e intercettazione degli abusi domestici. L'Aio ha organizzato nel 2022 una conferenza internazionale sul cambiamento di genere in odontoiatria, intitolata "Focus sul cambiamento di genere in odontoiatria: una nuova prospettiva o una sfida futura?"

Come affermato da diversi analisti, modelli di ruolo e mentorship adeguate ispirano e guidano le nuove generazioni, instillando fiducia in sé stessi e incoraggiando più donne a candidarsi per posizioni di leadership. Gli eventi culturali, in particolare quelli

accreditati dai programmi di Educazione continua in medicina (Ecm), sono cruciali per la visibilità e per le opportunità di diventare modelli di riferimento.

Le iniziative istituzionali

Sembra che anche le autorità politiche si siano rese conto del problema, adottando diverse misure. Lo studio cita prima di tutto il Pnrr (Piano nazionale di ripresa e resilienza), che mira a garantire pari opportunità economiche e sociali tra uomini e donne, riducendo le discriminazioni di genere e generazionali. Il Piano include il "Fondo impresa femminile", che sostiene finanziariamente le imprese femminili, comprese le cliniche odontoiatriche private, aiutando a ridurre il divario di genere nel settore.

Esiste poi il Sistema di certificazione della parità di genere: avviato nel 2021, mira a ridurre il gender gap in aree critiche come le opportunità di crescita, la parità salariale e la protezione della maternità. Questo sistema potrebbe migliorare la qualità del lavoro delle dentiste nelle cliniche private.

Nel 2022, l'Ente previdenziale dei medici e odontoiatri (Enpam) ha introdotto il "Bonus bebé", che offre un sostegno economico per le dentiste autonome durante i primi mesi di maternità, con un contributo mensile e un aiuto per coprire le spese di assistenza all'infanzia.

Infine, è attiva da oltre cinque anni la Commissione parlamentare per i diritti delle donne e la parità di genere, che monitora la presenza delle donne nel mondo lavorativo e promuove politiche di conciliazione tra vita professionale e familiare. Questo include il congedo di paternità, utile per bilanciare le responsabilità familiari e lavorative.

Renato Torlaschi

Bernardi S, Fulgenzi MB, Rovera A, Rinaldi F, Trichilo S, Bianchi S. Dentistry and gender gap: an overview of the Italian situation. *Healthcare* (Basel). 2023 Mar 11;11(6):828.

IN ODONTOIATRIA RESISTONO GLI STEREOTIPI DI GENERE: «NOI RELEGATE IN ATTIVITÀ POCO CRUENTE»

Professoressa Bernardi, secondo la vostra esperienza personale e professionale, quali sono gli ambienti più maschilisti? Gli studi dentistici, l'università, i sindacati professionali, gli organi ordinistici o le società scientifiche?

Tutto deriva dal contesto culturale in cui nasciamo, ci formiamo e ci troviamo. Negli studi non manca mai la domanda sulla maternità e a volte per alcuni pazienti il titolo di studio che ci qualifica è "signorina in odontoiatria" e non "dottoressa in odontoiatria". Non che il titolo faccia differenza sulla qualità del nostro lavoro, ma allora mi chiedo, perché il mio collega viene sempre chiamato dottore e mai "giovannotto"?

In ambito universitario e scientifico, non vi è un atteggiamento maschilista di per sé e, anzi, l'inclusività è uno degli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'agenda 2030 dell'Onu. La presenza di docenti donna aiuta a trarre ispirazione per le nuove generazioni, e tuttavia anche qui il contesto culturale e la solidarietà tra colleghi fa la differenza nel rendere l'ambiente favorevole e sereno.

Per quel che riguarda i sindacati e gli organi ordinistici non appare esserci un evidente ostacolo, ma sempre un contesto culturale che non pensa che la questione di genere sia un problema, a volte nascondendosi dietro il dito del "eh ma non ci sono!". La realtà è che il sostegno umano e materiale che i colleghi ricevono, nella controparte non c'è, o comunque è molto meno frequente. La conciliazione tra vita privata, vita lavorativa e attività ordinistico-sindacale costituisce certamente un problema maggiore per le donne. Le leggi vanno studiate, gli incontri vanno seguiti con attenzione e riuscire a incastrare tutto e avere poi il supporto e la comprensione da parte dei propri partner di certo non è semplice.

Al di là dei numeri assoluti, che avete indagato nel vostro studio, si può analizzare il gender gap anche guardando solo ai vertici, per icone. Nessuna donna è mai stata alla guida del principale sindacato di categoria, né della Cao nazionale, mentre il Collegio docenti ha eletto solo una donna nella sua storia. Quali riflessioni si possono fare?

Ciò che i nostri numeri hanno indicato è una fotografia di un lasso di tempo, un triennio, che inevitabilmente e per fortuna sta cambiando. Vedremo nelle prossime elezioni. Ciò che manca è fondamentalmente un modello sano e funzionale a cui ci si possa ispirare, un riferimento che ci dia quel coraggio necessario per metterci in gioco. In fondo, un leader è quella persona che si alza con coraggio per proteggere e far crescere la propria comunità. Ed è nelle nuove generazioni di donne preparate che stanno arrivando ai vertici che riponiamo le nostre speranze. Che siano di ispirazione alle future odontoiatre, che mostrino che in loro, come le mie mentori hanno mostrato a me, c'è del potenziale e che è possibile arrivare in alto a rompere i tetti di cristallo.

Alcuni attribuiscono una minore propensione o disponibilità delle donne a impegnarsi in questi ambienti, per tante ragioni. Quando l'ambiente però è favorevole, con ampie quote o persino maggioranza femminile, come in ortodonzia e in igiene dentale, anche le donne salgono al vertice.

Mi verrebbe da dire che non è l'ambiente favorevole, ma lo stereotipo della figura femminile relegata in attività poco cruente che lo rende tale. Amaramente, è come se ci invitassero allo stesso pranzo, ma ci facessero sedere al tavolo dei bambini. E, oltre a questo, non ci è concesso altro.

Le "quote rosa" possono essere uno strumento adeguato, da prendere in considerazione anche nel mondo odontoiatrico?

Rispondo citando Mario Draghi, che in merito alle quote rosa, in un'intervista recente al direttore del *Corriere della Sera* ha ribadito, con parole chiare, che «le quote di genere non sono solo necessarie, ma essenziali per far emergere il talento e le competenze delle donne, che altrimenti rimarrebbero nell'ombra».

Renato Torlaschi

Impatto sulla salute orale dei disturbi alimentari: come gestire il paziente

I Dna richiedono spesso un intervento odontoiatrico: sedute di igiene professionale personalizzate, protocolli di remineralizzazione, integrazione vitaminica, fino alla restaurativa nei casi di erosione avanzata



Clotilde Austoni

Bulimia, anoressia e altri disturbi persistenti del comportamento alimentare danneggiano il funzionamento psicologico e sociale e la salute fisica, con un impatto considerevole sul cavo orale.

«La maggior parte delle persone che soffrono di Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (Dna) non ha idea delle possibili implicazioni per il cavo orale, e il primo passo per fare prevenzione è appunto informare» ci ha detto **Clotilde Austoni**, responsabile del Cored (Centre of oral rehabilitation of eating disorders), la nuova struttura del San Raffaele specializzata nella prevenzione e trattamento dell'erosione dentale causata dai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. «A un anno dall'apertura del Cored, nel 90% dei casi i pazienti in cura hanno sofferto o soffrono di bulimia e anoressia nervosa, che in alcuni casi possono anche alternarsi tra di loro. Il 10% è invece rappresentato da Osfed, ovvero i disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati».

Dottressa Austoni, come riconoscere un'erosione provocata da un disturbo dell'alimentazione e quali segni e sintomi orali consentono di fare diagnosi precoce?

La diagnosi si basa sull'osservazione del cavo orale su un'accurata anamnesi. Imparare a distinguere tra abrasione, abfrazione, attrito ed erosione è fondamentale per una diagnosi precoce. In particolare è importante osservare se la perdita di smalto e dentina interessa aree soggette esclusivamente ad erosione, dove altri meccanismi di usura non possono essere implicati. Si tratta, ad esempio, delle superfici palatali dei denti superiori anteriori (dal punto di contatto occlusale al margine cervicale), le prime ad essere colpite dall'azione dei succhi gastrici; delle superfici palatali dei denti posteriori superiori e le superfici linguali dei denti mandibolari. Le lesioni erosive attive si presentano con dentina esposta gialla e lucida, segno di un attacco acido aggressivo, tipico del vomito. In questi casi, è spesso presente sensibilità dentale, poiché la dentina terziaria non ha il tempo di depositarsi a protezione della polpa. Al contrario, un colore scuro, pigmentato e opaco della dentina indica attacchi erosivi lenti, più tipici del reflusso gastroesofageo.

Fondamentale è l'interesse delle mucose: un'informazione importante è data dalla presenza sul palato di lesioni eritematose compatibili con l'azione dei succhi gastrici o lesioni traumatiche da oggetti per la stimolazione dell'emesi. Infine, ma non meno importante, è l'anamnesi. In presenza dei segni e sintomi sopra descritti, se il paziente nega di soffrire di reflusso gastroesofageo o di avere abitudini alimentari caratterizzate da un alto consumo di bevande e cibi acidi (come soft drink, energy drink, agrumi, alcol, succhi di frutta), è possibile ipotizzare un disturbo dell'alimentazione.

Come gestire la comunicazione con il paziente in questa delicata situazione?

Non è affatto semplice, non esiste un manuale per dire o fare la cosa giusta, ma sicuramente è importante lavorare sulla propria empatia, ancor più con pazienti così sensibili. Per chi soffre di Dna la paura più grande è quella di essere giudicati, ecco perché non sempre i pazienti comunicano all'odontoiatra di soffrirne. Sentirsi accolti senza giudizio fa senza dubbio la differenza. Ogni persona ha la sua storia, quindi è difficile targettizzare, sicuramente mi sento di dire che, se siamo di fronte a un paziente che non riesce

ad aprirsi e ammettere di soffrire di un Dna, possiamo comunque raccontare cosa accade al sorriso in presenza di acidi, rimanendo generici, elencando quindi tutte le condizioni che possono causare erosione dentale, spiegando che esiste un modo per ritardare e prevenire i danni o addirittura intervenire quando già presenti.

Quali istruzioni domiciliari dare ai pazienti a rischio o con diagnosi precoce di erosione?

Una buona igiene orale domiciliare è senza dubbio il punto di partenza, utilizzando rigorosamente spazzolini a setole morbide ed evitando dentifrici con granuli abrasivi che possano ulteriormente danneggiare lo smalto dentale. Nella scelta dello spazzolino, quello elettrico, dotato di sensore di pressione, può dare una sicurezza in più, prevenendo l'applicazione di forza eccessiva durante lo spazzolamento.

È opportuno spiegare al paziente che dopo un episodio di vomito o dopo un pasto è bene attendere 10-15 minuti prima di lavare i denti, così che la saliva abbia il tempo di riequilibrare il pH della bocca, evitando così un danno meccanico aggiuntivo.

Come vanno personalizzate le sedute di igiene professionale e quali sono i protocolli di remineralizzazione disponibili?

I protocolli di igiene professionale sono assolutamente personalizzati, dipendono dal tipo di disturbo, dalla frequenza delle eventuali condotte compensatorie e dai danni presenti. Sicuramente se il disturbo è attivo, in particolare in caso di bulimia e anoressia associata a reflusso, abbiamo bisogno di protocolli remineralizzanti continuativi con lo scopo di reintrodurre i minerali persi quotidianamente e contrastare l'acidità della bocca.

I principi che hanno azione remineralizzante sono

numerosi: il calcio fosfato amorfo (Acp) rappresenta sicuramente la molecola con più ricerca scientifica e più risultati confermati da numerosi casi clinici trattati nel mondo. Per questo l'Acp può risultare ideale per questi pazienti, essendo costituito da molecole molto piccole e reattive in grado di interagire

con gli strati più profondi delle lesioni demineralizzate, riparandole nel loro spessore. Invece altre sostanze come le idrossiapatiti, costituite da molecole già cristallizzate e dunque molto più grandi e più stabili, hanno un'azione più lenta, che le rende ideali per utilizzi prolungati di mantenimento ma meno per

trattamenti rapidi ad azione intensiva.

L'Acp si trova nelle formulazioni di mousse o gel anidri, che si attivano subito al contatto con acqua o saliva, mentre le idrossiapatiti sono presenti per lo più in dentifrici e collutori.

Renato Torlaschi

SEGNI E SINTOMI ORALI DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (Dna) possono avere diverse manifestazioni orali, tra queste l'erosione dentale, ovvero la perdita dei tessuti duri del dente (smalto e dentina) causata dal contatto frequente con gli acidi. Questi possono essere acidi intrinseci, nel caso del vomito autoindotto associato alla bulimia nervosa o del reflusso gastroesofageo che spesso accompagna l'anoressia nervosa, o acidi estrinseci, nel caso di assunzione frequente di bevande gassate e acide per calmare la fame. Se non si interviene, l'erosione dentale può progredire molto rapidamente. La sensibilità dentale, primo sintomo percepito dal paziente, nasconde in realtà una perdita di tessuto avanzata e nel tempo può compromettere significativamente la qualità della vita, rendendo difficoltose attività quotidiane come parlare, bere e mangiare. Progressivamente, i denti erosi diventano sempre più fragili, aumentando così il rischio di incorrere in fratture, con conseguente compromissione della funzione masticatoria. Dal punto di vista estetico, l'erosione dentale può alterare anche l'aspetto del sorriso, che si presenta invecchiato, spento e ingiallito.

I Dna spesso sono associati a una riduzione dell'apporto di vitamine e altri nutrienti, ad alterazioni metaboliche generali e anemia sideropenica che possono influenzare sensibilmente la biologia della mucosa orale, portandola a un'atrofia generalizzata. In particolare una carenza di vitamine del gruppo B, soprattutto B1, B6 e B12, è stata classicamente associata a una diminuzione del turnover delle cellule epiteliali. In genere ciò è particolarmente evidente sulla lingua, che in associazione con l'eritema produce il quadro clinico della glossite atropica. L'atrofia della mucosa può anche causare una sensazione diffusa di bruciore orale che può essere più intensa sulla lingua (glossodinia). Possiamo osservare anche lesioni eritematose ai tessuti molli del palato causate dall'azione meccanica ripetuta di oggetti utilizzati per stimolare l'emesi o dall'azione degli acidi che provocano erosione epiteliale. La carenza di vitamina C può invece influenzare il parodonto marginale, predisponendo alla gengivite.

Il rischio di sviluppare malattie parodontali non deriva solo dall'insufficiente apporto nutrizionale ma anche da un'igiene orale domiciliare insufficiente. Infatti, i Dna sono spesso associati a un significativo malessere psicologico che può portare a trascurare l'igiene orale, ostacolata anche da episodi di abbuffate e condotte di eliminazione come il vomito autoindotto, caratteristici di binge eating disorder e bulimia nervosa.

I pazienti che soffrono di Dna possono essere affetti anche da xerostomia a causa delle condotte eliminatorie come l'utilizzo di lassativi e diuretici, il vomito oppure a causa di terapie con farmaci antidepressivi. Una riduzione del flusso salivare aumenta il rischio di demineralizzazione, dunque di sviluppare lesioni cariose ed erosione dentale.

Il gonfiore delle ghiandole salivari, scialoadenosi, soprattutto delle parotidi è invece diffusa nei pazienti che soffrono di bulimia nervosa.

La sialometaplasia necrotizzante sembra essere una non comune ma concreta ed esistente complicazione. È una malattia flogistica che coinvolge le ghiandole salivari maggiori e le ghiandole salivari minori, si manifesta con ulcera crateriforme a margini irregolari, istologicamente presenta una necrosi degli acidi ghiandolari e una metaplasia squamosa dell'epitelio dei dotti salivari con associato infiltrato infiammatorio.

In presenza di xerostomia, malnutrizione e scarsa igiene orale possono riscontrarsi anche cheilite angolare, candidosi, glossite e ulcerazioni delle mucose.

Il rischio di osteonecrosi dei mascellari in caso di alcune tipologie di intervento odontoiatrico è molto basso, ma presente nelle pazienti che soffrono di anoressia nervosa in terapia con bisfosfonati per contrastare osteopenia e osteoporosi.

Clotilde Austoni, odontoiatra

SORRISO A RISCHIO

IL FUMO AUMENTA FINO A 8 VOLTE*
IL RISCHIO DI GENGIVITE O MUCOSITE



* Workshop American Academy of Periodontology (AAP) e European Federation of Periodontology (EFP) - 2017

SCEGLI LA PREVENZIONE

Fumo, obesità, diabete e ridotte difese immunitarie sono condizioni particolarmente rischiose in soggetti **portatori di impianti** o con **ricorrenti problemi parodontali**. Curasept Prevent è la linea di prodotti per l'igiene orale quotidiana studiata specificatamente per chi presenta questi fattori di rischio. Grazie all'esclusiva **formulazione con olio di oliva ozonizzato, postbiotici e probiotici**, colpisce selettivamente i batteri patogeni contribuendo a stabilire uno stato di eubiosi del microbiota e rafforzando il sistema immunitario per un benessere orale duraturo.



Guarda il video

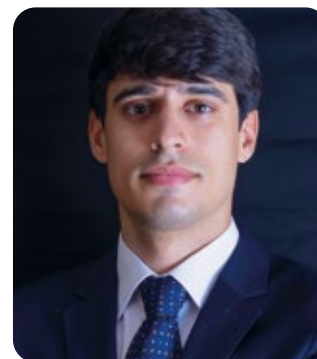


CURASEPT
PREVENT

www.curaseptspa.it

Medicina endodontica: salute sistemica influenza i trattamenti

La salute sistemica dei pazienti ha un impatto non indifferente sul successo dei trattamenti endodontici. Se ne occupa la medicina endodontica, che suggerisce più attenzione al paziente e meno all'elemento dentale e al canale



Alessio Zanza

Molto spesso si attribuiscono i fallimenti endodontici a una delle fasi specifiche del trattamento: sagomatura, irrigazione, otturazione. Tuttavia, focalizzandosi esclusivamente sull'elemento dentale e sul canale, si rischia di perdere di vista il fatto fondamentale che il dente è una struttura specializzata, integrata nel sistema stomatognatico, che a sua volta è integrato in una

complessa rete di sistemi e apparati, regolamentati da meccanismi biologici e fisiologici superiori.

È un argomento complesso che negli ultimi anni sta guadagnando sempre maggiore interesse, sia nell'ambito della ricerca scientifica che nella pratica clinica. Ne ha parlato **Alessio Zanza**, socio attivo dell'Accademia italiana di endodonzia, in uno dei video

educazionali su YouTube che l'Aie dedica ai temi di maggiore attualità della professione.

Si tratta dunque di cambiare un po' l'approccio classico dell'endodontista, passando dal particolare al generale. È proprio questo l'obiettivo della medicina endodontica: cercare di scoprire quei meccanismi sistemici che regolano e interferiscono nello sviluppo

della patologia endodontica e nella sua guarigione.

Le condizioni sistemiche coinvolte

Zanza, odontoiatra presso la Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma e dottorando di ricerca in Tecnologie innovative nelle malattie dello scheletro, della cute e del distretto

oro-cranio-facciale presso la Sapienza Università di Roma, spiega che è facilmente intuibile che tutte le condizioni sistemiche che alterano i meccanismi della risposta immunitaria possano portare a un ritardo nella guarigione della lesione o far sì che, a parità di stato infettivo, ci sia una presentazione della patologia in forma molto più aggressiva. A questo livello possono intervenire due meccanismi biologici specifici: il primo è dato dalla compromissione della fagocitosi neutrofila e della chemiotassi macrofagica, che porta a una alterazione della risposta immunitaria innata; il secondo deriva da una possibile risposta infiammatoria eccessiva a una noxa patogena tramite l'attivazione della proteina NF-kB dei macrofagi, che può indurre uno stress ossidativo cellulare aumentato con la conseguente produzione di sostanze che possono distruggere i tessuti, come specie reattive dell'ossigeno, collagenasi, proteinasi e citochine.

Hanno inoltre un ruolo evidente le patologie che alterano la vascolarizzazione, riducendo l'afflusso sanguigno e diminuendo l'apporto di nutrienti, ossigeno e cellule dell'immunità.

Ci sono poi i fattori genetici che, come dimostrato recentemente, possono influenzare le fasi di guarigione periapicale. Alcuni individui con specifici genotipi sono più suscettibili a lesioni del periapice o possono presentare patologia in forma più aggressiva oppure avere un ritardo nella guarigione dopo il trattamento. Sono stati identificati diversi geni coinvolti direttamente in queste risposte anomale e responsabili della codifica di alcune molecole coinvolte nella risposta immunitaria, come interleuchine, citochine e anche cellule impegnate nel rimodellamento osseo.

Infine occorre considerare il meccanismo di turnover osseo e di formazione del collagene: alcune patologie sistemiche possono alterare questi processi, come l'aumento di attività osteoclastica o la disfunzione di cellule quali

osteoblasti e fibroblasti; il riassorbimento e la guarigione ossea possono essere alterati, e di conseguenza anche la guarigione periapicale.

Ricadute pratiche

La comprensione dei meccanismi biologici conduce direttamente alle patologie possono che li possono alterare, riducendo in tal modo le percentuali di successo dei trattamenti endodontici o ritardando la guarigione dei tessuti. E si tratta di condizioni molto diffuse: diabete, patologie cardiovascolari, fumo, menopausa legata all'osteoporosi, infezione da Hiv con Aids e patologie infiammatorie croniche intestinali come il morbo di Crohn e retto-colite ulcerosa.

I fattori sistemici che condizionano il successo dei trattamenti possono intervenire in fasi diverse e vengono per comodità divisi in tre grandi gruppi: pre operatori, intra operatori e post operatori. Nel primo sono presenti tutti quei fattori che devono essere analizzati prima di ogni terapia, in particolare lo stato della polpa e del periapice, le condizioni sistemiche e l'integrità della struttura dell'elemento dentale.

Riguardo ai fattori intra operatori invece la ricerca scientifica non si suggerisce molto, ma appare assodato che gli strumenti si utilizzano, il cemento o la quantità di irrigante hanno un impatto molto inferiore rispetto, per esempio, allo stato di salute del paziente, che va dunque verificato prima della terapia endodontica.

Tra i fattori post operatori si considerano tipicamente il tipo di restauro, lo stato dei denti che funzionano come pilastro per protesi, la presenza di perni, i tempi del restauro, contatti prossimali e posizione del dente, la struttura dentale rimanente, la presenza di fratture... ma come si è visto anche la salute sistemica influisce, secondo vari meccanismi, sulla rapida e corretta guarigione.

Renato Torlaschi

C'è un nuovo libro È smart. È pratico. È ricco di immagini.

Ti insegna come fare, passo dopo passo,
l'allungamento chirurgico di corona clinica

AUTORI

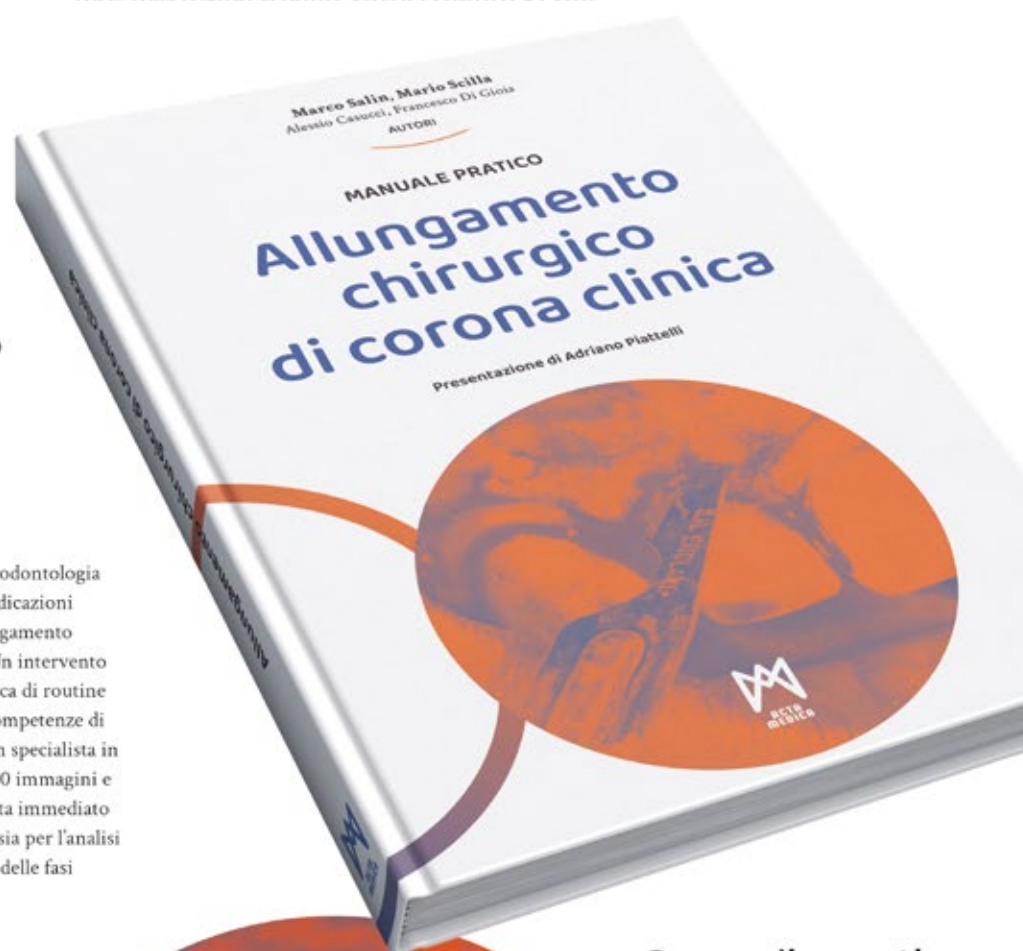
Marco Salin, Mario Scilla

con la collaborazione di Alessio Casucci e Francesco Di Gioia

volume cartonato

Formato 17x24 cm

232 pagine con più di 500
immagini cliniche



Questo manuale pratico di parodontologia descrive indicazioni, controindicazioni e, per step, la tecnica dell'allungamento chirurgico di corona clinica. Un intervento di grande frequenza, una tecnica di routine che dovrebbe far parte delle competenze di ogni odontoiatra, anche se non specialista in parodontologia. Con più di 500 immagini e 20 casi clinici, il manuale risulta immediato e di facile consultazione, utile sia per l'analisi preoperatoria che come guida delle fasi dell'intervento.

Guarda l'anteprima
e acquista la tua copia su
WWW.GRIFFINEDITORE.IT



Prezzo di copertina
109 euro

L'invincibile amalgama: espulsa da Bruxelles, rientra a Belfast

L'Unione Europea ha concesso una proroga di 10 anni all'Irlanda del Nord per utilizzare l'amalgama dentale. La decisione è stata presa per evitare ulteriori difficoltà economiche al servizio sanitario pubblico

Notizia tossica per i mercuriofobici e i teorici del bimetallismo quella contenuta nella Gazzetta ufficiale dell'Unione Europea del 19 luglio scorso, che proroga fino al 2034 la possibilità di usare l'amalgama dentale in Irlanda del Nord. Di tutt'altro umore, invece, le autorità sanitarie e la sezione locale della British Dental Association (Bda). Il ministro della sanità ha detto: «Garantire un'assistenza era una priorità per noi, dato l'impatto che il divieto dell'amalgama avrebbe avuto su pazienti e dentisti». Con una velocità che ci fa invidia, la piccola nazione del Regno Unito è così riuscita a evitare «la distruzione del servizio odontoiatrico pubblico», come nel mese di marzo aveva avvertito la Bda; infatti, ben il 92% dei suoi membri si erano dichiarati pronti a recedere dalla convenzione col servizio sanitario nazionale se fosse stato proibito l'uso dell'amalgama. Secondo la portavoce della Bda, «questo rinvio è un barlume di speranza per un servizio devastato, che non avrebbe potuto sopportare ulteriori pressioni finanziarie». Ricordiamo che nel Regno Unito le cure odontoiatriche sono fornite da studi convenzionati, ma negli ultimi anni il loro numero è in continua riduzione, tanto che in molte aree i cittadini sono costretti a pagare di tasca propria. Per questo la pagina web del servizio sanitario nazionale irlandese dice chiaramente che «gli studi non sempre possono accettare nuovi pazienti in convenzione e, in tal caso, ci si può iscrivere alla lista d'attesa o curare in modalità privata». La speranza è che nel corso dei prossimi anni la situazione del servizio pubblico migliori tanto da permettere di usare materiali più costosi; nell'Irlanda del Nord (che gode di libero accesso sia al mercato UE sia a quello britannico) rimangono comunque vietate la produzione di amalgama e l'esportazione verso nazioni diverse dal Regno Unito. Anche a Repubblica Ceca e Slovacchia, dove le otturazioni in amalgama sono ancora interamente rimborsate dal servizio sanitario e dalle assi-

curazioni, sono state concesse deroghe temporanee all'attuazione del divieto, che entrerà in vigore il 30 giugno 2026. In Italia il «Piano nazionale per l'eliminazione dell'utilizzo dell'amalgama dentale», che ha recepito il regolamento UE 2017/852 sul mercurio, dovrebbe concludersi tramite misure non coercitive entro il 31 dicembre 2024.

Effetto Chernobyl

Il divieto di usare amalgama riporta in mente in scala ridotta l'ansia innescata dall'incidente di Chernobyl nel 1986, che portò alla rottamazione dei tre impianti già costruiti nel nostro Paese. Dopo quasi 40 anni ora si progetta pacatamente di costruire nuove centrali per aumentare la nostra indipendenza energetica. Nei primi anni '90 negli Usa successe qualcosa di simile dopo un programma televisivo e la pubblicazione di alcuni libri che terrorizzarono spettatori e lettori al punto che le autorità sanitarie, tra cui la Fda, pubblicarono una revisione delle conoscenze per riportare il dibattito sull'amalgama nell'ambito della razionalità. L'amalgama è vittima di accuse tanto pesanti quanto finora indimostrate, come si evince chiaramente dall'ultimo rapporto elaborato dalla stessa UE nel 2015 (The safety of dental amalgam and alternative dental restoration materials for patients and users) e alla luce degli sconvolsci socio-economici piovuti con l'epidemia di Covid suonano più che ragionevoli le considerazioni di Susie Sanderson, ex-presidente della Bda e portavoce della Fdi: «Le alternative dell'amalgama nei casi di grosse carie posteriori sono più costose sia in termini di tempo che di denaro, sono meno durature e in certe situazioni sono semplicemente contrarie all'interesse del paziente. Senza l'amalgama, rischiamo di dover estrarre più denti e applicare più protesi, aumentando le disuguaglianze» (1). Nel rapporto sulla sicurezza dell'amalgama dell'UE si afferma chiaramente che il suo uso non causa alcun rischio di patologie sistemiche, mentre

è sicuramente documentata l'insorgenza (bassa) di reazioni locali, talvolta di natura allergica. Il divieto sancito da Bruxelles può anche essere letto come un ulteriore provvedimento autolesionistico partorito da una politica squilibratamente ecologista; è infatti evidente l'analogia col divieto di commercializzare autoveicoli con motore endotermico dal 2035. Nessuno

oramai può razionalmente negare la necessità di ridurre l'inquinamento, ma per l'amalgama erano già disponibili metodi affidabili per evitarne la dispersione nell'ambiente, così come i veicoli ibridi sono in vendita da più di vent'anni (e riducono i consumi a metà a parità di cilindrata). Nel frattempo l'amalgama ha superato anche l'ultimo esame clinico in ordine di tempo.

Gli autori hanno eseguito una metanalisi su 38 studi randomizzati (2) nei quali sono stati confrontati materiali diversi nelle varie classi di restauri. La conclusione è che, per quanto riguarda il rischio di fallimento, non vi sono importanti differenze tra amalgama, resine composite, cementi vetroionomeri e compomeri.

Cosma Capobianco
Odontoiatra

- 1) Sanderson S. The great dental amalgam debate. Br Dent J. 2022 Nov;233(10):874.
- 2) Pilcher L et al. Direct materials for restoring caries lesions: Systematic review and meta-analysis-a report of the American Dental Association Council on Scientific Affairs. J Am Dent Assoc. 2023 Feb;154(2):e1-e98.

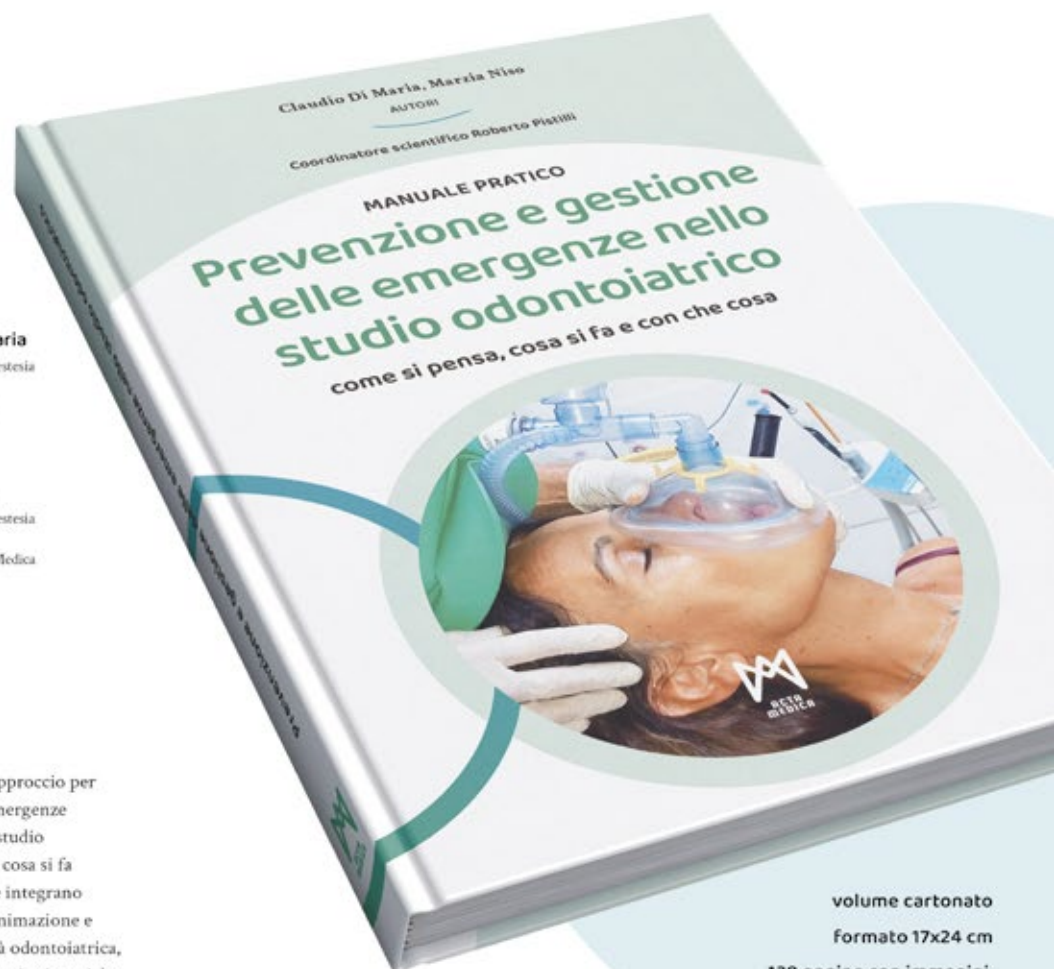


Dispenser per amalgama dentale, Canada 1940-1970
Fonte: Museum of Health Care at Kingston

NOVITÀ EDITORIALE

Cento pagine per gestire l'imprevisto

COME SI PENSA, COSA SI FA E CON CHE COSA IN CASO DI EMERGENZA NELLO STUDIO ODONTOIATRICO



Claudio Di Maria
è specialista in Anestesia e Rianimazione e in Odontoiatria



Marzia Niso
è specialista in Anestesia e Rianimazione e in Tossicologia Medica

Il libro 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. Il testo è accompagnato da una serie di video didattici, con anche la simulazione di casi clinici.

volume cartonato
formato 17x24 cm
128 pagine con immagini,
illustrazioni e 12 video

Guarda l'anteprima
e acquista la tua copia su
WWW.GRIFFINEDITORE.IT



PREZZO DI COPERTINA

74 euro

Dentifrici al fluoro: più efficacia senza il risciacquo finale

Le prove scientifiche disponibili mostrano che l'impiego di un dentifricio fluorato senza il risciacquo finale è più efficace nel promuovere i processi di remineralizzazione dello smalto e prevenire l'insorgenza delle lesioni cariose

I dentifrici che contengono il fluoro sono in grado di ridurre la comparsa delle lesioni cariose nei pazienti a medio e alto rischio di carie.

Il fluoro può essere incorporato nello smalto superficiale, durante i processi fisiologici di remineralizzazione, portando alla formazione di una forma minerale chiamata fluoroapatite che appare più acido resistente rispetto all'idrossiapatite e all'apatite carbonata.

Il valore di Ph critico di demineralizzazione della fluoroapatite è pari a 4,5 contro il 5,5 dell'idrossiapatite, e ancora più elevato per l'apatite carbonata.

Una revisione sistematica della Cochrane Collaboration (1) evidenzia che i dentifrici al fluoro più efficaci hanno una concentrazione di fluoruri compresa tra 1.000 parti per milione (ppm) e 1.500 ppm che, peraltro, è la massima concentrazione di fluoro consentita dalla legislazione europea all'interno dei dispositivi cosmetici e professionali dedicati all'odontoiatria.

Come massimizzare l'efficacia

L'efficacia di un dentifricio al fluoro non dipende solo dalla concentrazione ma, anche e in maniera particolare, dalla

biodisponibilità dei vari fluoruri presenti nella composizione e dal loro tempo di contatto con le superfici dentali. Alcune associazioni dentali e di salute pubblica australiane e inglesi raccomandano di spazzolare i denti due volte al giorno con un dentifricio contenente fluoro, ma di non eseguire il risciacquo finale con l'acqua e limitarsi a sputare l'eccesso di dentifricio.

Alcuni studi scientifici presenti in letteratura mettono in luce come i soggetti che impiegano dentifrici al fluoro e non eseguono il risciacquo finale hanno una minor incidenza di comparsa di lesioni cariose rispetto ai soggetti che praticano il risciacquo in un periodo di osservazione di tre anni.

In letteratura ritroviamo pubblicazioni che sottolineano come il non risciacquo finale aumenta la disponibilità di fluoruri all'interno del cavo orale di 2,5 volte e aumenta la concentrazione salivare di fluoro per molti minuti dal termine delle manovre di spazzolamento dentale.

Risciacquo vs non risciacquo

Rimane da chiarire se la diluizione della pasta dentifricia al fluoro nella saliva (assunzione per os con assorbimento nel tratto digerente) possa rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo dei processi di fluorosi dentale nei bambini 0-72 mesi e se rappresenti un fattore di rischio per lo sviluppo di presunti effetti tossici sistemici.

Un recente studio trasversale (2) ha voluto mettere a confronto le metodiche di non risciacquo e risciacquo finale del dentifricio fluorato in relazione alle concentrazioni di fluoro che rimangono all'interno del cavo orale (sia come supernatante salivare sia come complesso con sedimenti orali), e in relazione alle concentrazioni plasmatiche e urinarie di fluoro nelle due procedure rispettivamente.

Le concentrazioni di fluoro, come supernatante salivare, sono risultate decisamente superiori e significative dal punto di vista statistico nella



Stefano Daniele



Dentifricio al fluoro nel suo quantitativo di utilizzo per un'età maggiore di 6 anni

procedura che prevede la semplice eliminazione (sputo) dell'eccesso di dentifricio rispetto al risciacquo finale in un intervallo di tempo compreso tra il termine dello spazzolamento e i 30 minuti successivi alla manovra. Anche le concentrazioni di fluoro complessato a sedimenti orali sono apparse superiori nella procedura del non risciacquo rispetto a quella del risciacquo finale, ma solo nei primi momenti successivi allo spazzolamento dentale e non a distanza di tempo.

In generale le concentrazioni di fluoro orale nel medio/lungo periodo (60 minuti) sono notevolmente influenzate dal flusso salivare (ml di saliva al minuto) specifico per ogni soggetto, compresi quelli inclusi nella sperimentazione. Nonostante la procedura del non risciacquo determina una maggior presenza di fluoro nel cavo orale e a livello sistemico, come conseguenza della diluizione salivare e dunque dell'ingestione, i valori di concentrazione plasmatica e urinaria dei soggetti inclusi nello studio appaiono notevolmente inferiori ai valori di fluoro sistemico presente nei pazienti affetti da fluorosi dentale.

Infatti l'incremento della concentrazione plasmatica di fluoro del gruppo sperimentale non risciacquo appare molto bassa, entro i limiti di sicurezza (0,02 ppm) e non differente rispetto al gruppo risciacquo finale del dentifricio. Anche le concentrazioni urinarie di fluoro (µg), che rispecchiano quelle plasmatiche, appaiono senza differen-

ze tra il gruppo non risciacquo finale rispetto al gruppo risciacquo del dentifricio in eccesso.

I dati raccolti mettono in luce che il quantitativo di fluoro che dal cavo orale finisce nel torrente ematico nella procedura del non risciacquo finale è trascurabile, con una sottintesa sicurezza nel non provocare fenomeni di fluorosi dentale nei bambini 0-72 mesi e presunti effetti tossici sistemici sia nel bambino sia nell'adulto.

Le osservazioni dello studio in questione devono essere integrate, tuttavia, con le altre fonti esterne di fluoro come le acque destinate al consumo umano, le acque in bottiglia e gli alimenti per un possibile – seppur poco probabile – effetto sommatorio delle concentrazioni.

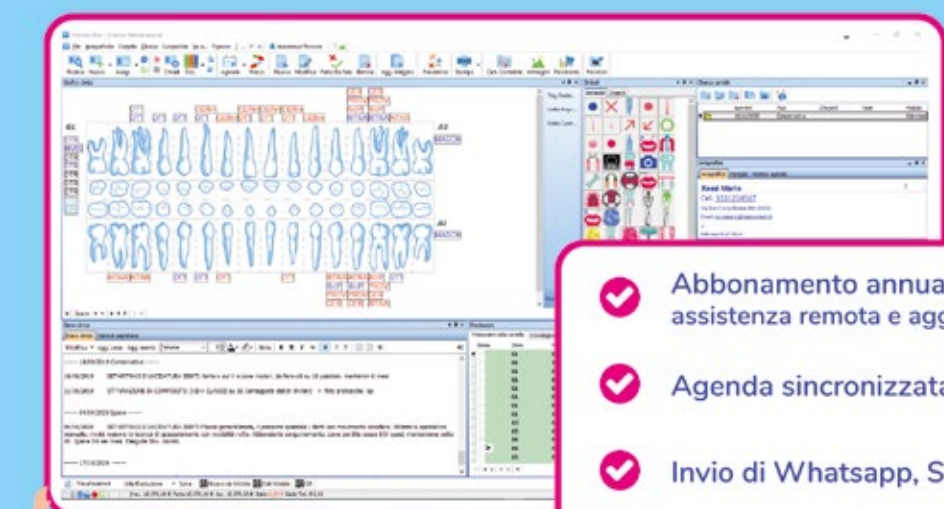
L'impiego di un dentifricio fluorato, addizionato con fluoruri altamente biodisponibili, in una adeguata concentrazione compresa tra 1.000 ppm e 1.500 ppm e impiegato senza il risciacquo finale dell'eccesso di dentifricio sono indicazioni efficaci nel promuovere i processi di remineralizzazione dello smalto dentale e prevenire l'insorgenza della lesione cariosa.

Stefano Daniele
Odontoiatra

- 1) Walsh T et al. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Mar 4; 3(3): CD007868.
- 2) Parakaw T, Srihirun S, Dararat P, Ruangsawadi N. Kinetics of fluoride after brushing with the no-rinse method. BMC Oral Health. 2024 Sep 8; 24(1): 1050.



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

Un nuovo metodo sicuro ed efficace per attivare le soluzioni irriganti in endodonzia: pressione apicale negativa e simultanea attivazione ultrasonica



Arnaldo Castellucci

Con l'arrivo degli strumenti in nichel titanio e dei sistemi di strumentazione meccanizzata, la preparazione del sistema dei canali radicolari è diventata esponenzialmente più rapida e in qualche modo più predicibile rispetto alle tecniche di strumentazione manuale. Tuttavia con la diffusione di queste lime negli ultimi decenni si è verificata una frattura fra la rapidità della preparazione e il controllo dell'infezione, soprattutto riguardante il tempo e i volumi di soluzioni irriganti usati durante gli interventi.

La domanda ora è: qual è la cosa più importante, la rapidità o il controllo dell'infezione? Naturalmente la risposta è rappresentata dall'efficacia del controllo dell'infezione, senza la quale il processo di riparazione sarà impossibile. La rapidità della sagomatura canale danneggia la qualità della detersione e della disinfezione, basate sull'azione essenziale dell'ipoclorito di sodio. Tale rapidità, infatti, non fornisce il tempo necessario per ottenere entrambe e dà ancora minore quantità di tempo per garantire il volume e il rinnovo delle soluzioni irriganti, cosa che può compromettere il principale obiettivo della terapia.

La preparazione meccanica ideale deve uniformemente detergere e allargare l'intero perimetro del canale radicolare. Tuttavia, gli studi basati sulla micro CT mostrano che le lime meccaniche, indipendentemente dal loro disegno o dalla cinematica (movimento rotante o reci-

procante) lasciano una preparazione canalare inadeguata, con circa il 40% delle pareti canali che rimangono non trattate. Pertanto nella letteratura si evidenzia la conclusione che sono necessarie tecniche più efficaci di irrigazione per raggiungere con le soluzioni irriganti le aree critiche, come gli ultimi millimetri apicali, gli istmi, mentre le tecniche di irrigazione convenzionali devono essere sostituite con tecniche più efficaci.

In poche parole, siamo di fronte a una situazione paradossale: da una parte le tecniche di strumentazione hanno subito una straordinaria evoluzione con gli strumenti in NiTi, capaci di tagliare significative quantità di dentina in tempi molto brevi; dall'altra parte, per raggiungere il loro intero potenziale, le soluzioni irriganti di ipoclorito di sodio richiedono una maggiore quantità di tempo rispetto a quella richiesta della strumentazione meccanica. Il risultato è che il canale radicolare è sagomato ma non è deterso e disinfettato come si deve. Con il metodo tradizionale di irrigazione, inoltre, la soluzione viene portata all'interno del canale usando pressione positiva sul pistone della siringa contenente l'irrigante. Questo può talvolta portare all'estrusione dell'irrigante con conseguenti danni tissutali e dolori postoperatori. D'altra parte, l'ipoclorito venuto a contatto con materiale organico nella zona apicale del canale inizia la sua digestione, con conseguente formazione di bollicine di gas che formano un vero

ISCRIVITI AL WEBINAR GRATUITO

“Un nuovo, efficace e sicuro metodo per attivare le soluzioni irriganti in endodonzia. L'iVac”

16 dicembre 2024 19:00-20:00

Relatore: Dr. Arnaldo Castellucci



e proprio embolo (apical vapor lock) che impedisce il ricambio dell'irrigante apicalmente alla bolla.

L'unica tecnica efficace

L'unico metodo per “asportare” tale embolo e al tempo stesso evitare estrusione dell'irrigante consiste nell'utilizzare la pressione apicale negativa, come dimostrato dal primo sistema apparso in commercio nel 2007 con il nome di Endovac. Questo però non era esente da inconvenienti, quali la facilità di intasamento delle piccole aperture dell'aspirazione e la rigidità della sottile e metallica micro cannula aspirante.

È importante ricordare che anche il più potente irrigante risulta inefficace se:

- ▷ non può penetrare fino alla porzione più apicale del canale radicolare (lunghezza di lavoro);
- ▷ non può interagire con le pareti canalari;
- ▷ non può essere rinnovato frequentemente all'interno del canale stesso.

Il nuovo Sistema iVac rappresenta la soluzione ai problemi descritti finora, in quanto riesce a portare l'irrigante con un flusso continuo fino all'intera lunghezza di lavoro senza alcuna pressione apicale, con una concomitante attivazione ultrasonica, e la sua sicura asportazione me-

diente pressione apicale negativa. iVac infatti consiste in una cannula di conicità .02 e diametro esterno 35-50 collegata al manipolo da ultrasuoni. L'irrigante scende all'esterno di tale cannula attivata dalle vibrazioni ultrasoniche per essere poi aspirato dall'estremità della stessa cannula posizionata alla lunghezza di lavoro e collegata al sistema aspirante del riunito. La cannula è fatta di un polimero (polietere etere ketone + polietilene) estremamente flessibile e capace di vibrare con la stessa frequenza (29.2 kHz) della punta metallica usata nell'irrigazione ultrasonica passiva.

In conclusione, il Sistema iVac raccoglie in sé le caratteristiche del sistema di irrigazione ideale:

- ▷ grazie alla pressione apicale negativa, porta la soluzione dentro l'intero sistema dei canali radicolari, alla lunghezza di lavoro;
- ▷ rinnova l'irrigante frequentemente, per compensare la saturazione dell'ipoclorito di sodio;
- ▷ interagisce con le pareti canalari, rimuovendo il biofilm;
- ▷ garantisce uno scorrimento “inverso” dell'irrigante, impedendo la benché minima estrusione oltre apice.

Dr. Arnaldo Castellucci
Endodontista

iVac

PacDent
Passion for ExcellenceSIMIT NEXT
Endo Expert

Per informazioni:
Simit Dental
info@simitdental.it
www.simitdental.it

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 ...)

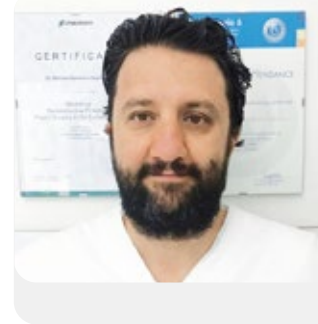
METASYS WEK Light:

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

Metformina, dalla gestione del diabete alla salute orale

La metformina per via sistemica, ampiamente utilizzata nella gestione del diabete per il controllo glicemico, come modulatore farmaceutico del metabolismo del glucosio, si è dimostrata efficace nel trattamento della parodontite in soggetti sani

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

La metformina è un biguanide utilizzato nel trattamento del diabete di tipo 2 in monoterapia o in associazione ad altri antidiabetici orali o insulina quando gli interventi dietetici e l'esercizio fisico non sono sufficienti a controllare la malattia. Espleta la sua azione antiglicemica attraverso l'inibizione della gluconeogenesi e la glicogenolisi a livello epatico, stimola i tessuti muscolari e periferici a utilizzare glucosio incrementando la sensibilità all'insulina, ritarda l'assorbimento di glucosio a livello intestinale. La metformina, inoltre, agisce anche sul quadro lipidico del paziente, determinando una riduzione dei livelli di colesterolo totale, Ldl e trigliceridi. Esercita anche una certa attività riduttiva dell'appetito e il suo impiego è stato associato a una stabilizzazione e ad una, seppur modesta, perdita di peso corporeo. Nei soggetti in sovrappeso determina una diminuzione delle complicanze del diabete.

Tra gli effetti collaterali più comuni si hanno disturbi digestivi, nausea, dolori addominali e alterazioni del senso del gusto; tra gli effetti indesiderati troviamo acidosi lattica, riduzione della funzionalità epatica o epatite, diminuzione della vitamina B12.

Forma farmaceutica e dosaggi

La metformina è disponibile in diverse forme farmaceutiche a diversi dosaggi: compresse da 1.000 mg; compresse rivestite con film da 500 mg, 850 mg e 1.000 mg divisibili in due dosi uguali; compresse a rilascio prolungato da 500 mg, 750 mg e 1.000 mg; polvere per soluzione per uso orale da 500 mg, 850 mg e 1.000 mg. Negli adulti con funzione renale normale (GFR $\geq$ 90 mL/min) la dose di partenza usuale è pari a 500 mg o 850 mg di metformina a colazione, per arrivare dopo qualche giorno se la glicemia non si è normalizzata a 2 o 3 volte al giorno somministrati durante o dopo i pasti. Un lento incremento della dose può determinare un miglioramento della tol-

lerabilità gastrointestinale del farmaco. Dopo 10-15 giorni la dose deve essere adattata in base agli esiti delle misurazioni della glicemia. La dose massima raccomandata di metformina negli adulti è di 3 g al giorno, da assumere in 3 dosi separate. Dopo assorbimento a livello intestinale, il farmaco circola nel plasma in forma libera ed è metabolizzato come tale attraverso le urine. La sua emivita è di circa 1,5-3 ore.

Terapia parodontale non causale

La metformina ha un impatto positivo nel diminuire la risposta infiammatoria, lo stress ossidativo e la perdita ossea sia nella parodontite indotta nei ratti già alla dose di 50mg/kg (1), sia sull'uomo con diabete. Migliora i parametri clinici e radiografici parodontali nell'uomo e ha in generale un effetto protettivo sulla salute parodontale e perimplantare (2). L'uso prolungato di metformina è associato con una significativa riduzione del rischio di malattia gengivale e parodontale nei soggetti con diabete di tipo 2 (3).

Tra le numerose azioni biologiche, la metformina inibisce lo stress ossidativo e attiva l'autofagia attraverso la via AMPKinas/mTOR nella parodontite indotta nei topi (4) e sopprime la risposta infiammatoria indotta dal lipopolisaccaride di *P. gingivalis* sulle cellule del legamento parodontale umano, riducendo la produzione e secrezione di IL-1 β e l'attività dell'infiammasone (5).

Uno studio ha testato l'efficacia del farmaco per via sistemica prima nei topi, dimostrando la sua capacità di prevenire la perdita ossea nella parodontite indotta, poi nei pazienti con malattia parodontale senza diabete. La metà dei partecipanti ha ricevuto 850 mg di placebo e l'altra metà ha ricevuto 850 mg di metformina dopo scaling and root planing. A 12 settimane il miglioramento dei parametri clinici parodontali, oltre che nel controllo di infiammazione e dei livelli di glucosio

orali e sistemici, è stato superiore nel gruppo metformina. Quindi la somministrazione sistemica di metformina in soggetti non diabetici potrebbe essere impiegata per prevenire la progressione della malattia parodontale e le malattie sistemiche ad essa correlata, visto anche il suo ottimo rapporto costo-efficacia, sicurezza e potenzialità (6). Dal 2018 è risaputo che l'applicazione topica di metformina migliora i risultati clinici e radiografici parodontali post scaling and root-planing (7). L'applicazione di gel a 1% (8) e 1.5% post procedura migliora ulteriormente i risultati clinici parodontali (9).

Implantologia dentale

La metformina induce le cellule staminali verso la differenziazione osteoblastica e produzione di osso, migliora l'osteointegrazione e la sopravvivenza implantare attraverso azioni dirette e riducendo la glicemia (10). Nei soggetti anziani compromessi sistemicamente rimane difficile valutarne gli effetti positivi sull'osteointegrazione (11). Nei ratti non diabetici 40 mg/kg al giorno di metformina influenza negativamente l'osteointegrazione, riducendo la percentuale di contatto osso-impianto dentale e aumentando l'espressione del Rankl nelle cellule perimplantari (12), mentre 50 mg/kg e 100 mg/kg sono efficaci nel migliorare il contatto osso-impianto dentale dopo 30 giorni rispetto al controllo (13). 125 μ M è il dosaggio ottimale per l'effetto di promozione osteogenica attraverso il segnale AMPK/BMP/Sma sulle cellule staminali mesenchimali di osso alveolare umano, mentre a dosaggi superiori a 200 μ diviene inibitorio. Su queste ultime ne riduce la produzione di radicali, aumenta l'autofagia, le proprietà staminali, la formazione di noduli mineralizzati, l'espressione dei marker osteogenetici come Runx2, osteocalcina e la fosfatasi alcalina (14). L'applicazione di gel 1% di metformina nel sito impiantare migliora i parametri dei

tessuti molli, la densità ossea e livelli della cresta ossea perimplantare a 9 mesi rispetto al controllo (15). Le capacità della metformina di accelerare la formazione di nuovo osso, migliorare la sua microarchitettura e promuovere l'osteointegrazione ne suggeriscono la validità anche per applicazioni cliniche in implantologia dentale.

Rigenerazione ossea e parodontale

La metformina viene proposta come medicamento efficace per le malattie infiammatorie dell'osso grazie alla sua capacità di alleviare il riassorbimento osseo diminuendo la formazione osteoclastica e aumentando la differenziazione osteoblastica nella parodontite apicale nei ratti (16). L'applicazione intracanalare riduce il riassorbimento osseo associato alla parodontite apicale, sopprime la produzione di ossido nitrico da parte dei monociti/macrofagi stimolati dal lipopolisaccaride batterico e inibisce le chemochine CCL-2 e il loro reclutamento (17).

Revisioni confermano i benefici aggiuntivi della combinazione della metformina al Prf nella risoluzione dei difetti ossei parodontali, dimostrando la miglior soluzione terapeutica (18). L'applicazione di metformina inglobata in un film di chitosano ha proprietà antibatteriche e riduce la distruzione dell'osso alveolare nella parodontite indotta nei ratti (19). L'aggiunta di 1% di metformina a biomateriale osso umano demineralizzato per la rigenerazione dei difetti intraossei non ha dato ulteriori vantaggi (20).

Un biomateriale innovativo costituito da uno scaffold a base di cemento fosfato di calcio iniettabile contenente cellule staminali del legamento parodontale umano si è dimostrato eccellente per la rigenerazione ossea e rivascolarizzazione in vivo su modello animale. L'aggiunta di 0.1% di metformina ha potenziato ulteriormente l'attività mineralizzante rendendolo un prodotto altamente promettente per applicazioni craniofaciali e odontoiatriche

(21). Un altro biomateriale innovativo costituito da uno scaffold di fibrina contenente zeolite a rilascio di metformina accelera la rigenerazione del legamento e osso parodontale nel soggetto diabetico, offrendo una nuova strategia terapeutica per la rigenerazione (22). La metformina si presta come medicamento nell'ingegneria tissutale ossea grazie alla sua capacità di aumentare l'osteogenesi e angiogenesi attraverso la migrazione e differenziazione cellulare, di favorire la mineralizzazione e rigenerazione dei difetti ossei attraverso l'attivazione del segnale AMPKinas (23).

Conclusioni

La metformina si è dimostrata utile nel contrastare numerose patologie sistemiche spesso in parte tra loro correlate, grazie alle numerose attività biologiche e funzionali svolte e conseguentemente promuovere la salute orale (24). L'assunzione sistemica, oltre a migliorare la prognosi della malattia parodontale nel paziente diabetico, è di aiuto anche nel soggetto non diabetico nel prevenire la perdita di osso alveolare e la

progressione della malattia. Le sue proprietà antinfiammatoria, antiossidante, di stimolo della proliferazione osteoblastica e dell'angiogenesi, di riduzione dell'attività osteoclastica, ne validano l'utilizzo nell'ingegneria tissutale dell'osso. Inoltre migliora il movimento ortodontico, stimola la differenziazione odontoblastica e la sintesi mineraria dalle cellule staminali della polpa dentaria. I trial clinici hanno dimostrato l'efficacia dell'applicazione topica orale di metformina nel migliorare i parametri clinici parodontali nei pazienti con o senza parodontite indipendentemente dalla condizione sistemica (25) e l'osteointegrazione degli impianti dentali. In considerazione della numerosità, forza e rilevanza dei contributi scientifici ad oggi portati, l'uso della metformina in odontoiatria può essere più che avallato sia per l'applicazione topica sia per uso sistemico in aggiunta ai tradizionali protocolli, anche in assenza di diabete.

Simone Aspriello
Odontoiatra

Bibliografia

1. Araújo AA, et al. PLoS One 2017 Aug 28;12(8):e0183506.
2. Aljofei FE, et al. Int J Environ Res Public Health 2023 Jan 8;20(2):1095.
3. Tseng CH. Front Endocrinol (Lausanne) 2022 Oct 5;13:1036885.
4. Sun B, et al. Genes Dis 2021 Jun 30;10(2):542-553.
5. Tan Y, et al. Arch Oral Biol 2020 Jun;114:104692.
6. Neves VCM, et al. J Transl Med 2023 Oct 10;21(1):655.
7. Najeel S, et al. Saudi Pharm J 2018 Jul;26(5):634-642.
8. Pradeep AR, et al. J Periodontol. 2017 Oct;88(10):1023-1029.
9. Patil KS, et al. Contemp Clin Dent. 2022 Jan-Mar;13(1):18-23.
10. Patel V, et al. J Taibah Univ Med Sci. 2022 Aug 4;18(1):196-206.
11. Mohammadi A, et al. Curr Rev Clin Exp Pharmacol 2022 Jun 7.
12. Bastos MF, et al. Clin Oral Implants Res 2017 Oct;28(10):e146-e150.
13. Sun R, et al. Oral Dis 2022 May;28(4):1170-1180.
14. Lin J, et al. Biochem Biophys Res Commun 2020 Oct 15;531(2):228-235.
15. Krishnakumar G, et al. J Indian Soc Periodontol. 2023 Nov-Dec;27(6):626-635.
16. Hong CY, et al. J Endod. 2023 Sep;49(9):1129-1137.
17. Wang HW, et al. J Endod. 2020 Jan;46(1):65-73.
18. Ikhar AS, et al. Acta Odontol Scand 2023 Apr;81(3):186-195.
19. Khajuria DK, et al. Arch Oral Biol 2018 Jan;85:120-129.
20. Mitra DK, et al. J Indian Soc Periodontol 2023 Jan-Feb;27(1):70-75.
21. Sun Y, et al. Dent Mater 2023 Oct;39(10):872-885.
22. Gong J, et al. ACS Nano 2023 Sep 12;17(17):16573-16586.
23. Zhu M, et al. Int J Mol Sci. 2022 Dec 14;23(24):15905.
24. Ala M, et al. ACS Pharmacol Transl Sci. 2021 Nov 1;4(6):1747-1770.
25. Hammad Uddin MK, et al. J Taibah Univ Med Sci. 2023 Apr 11;18(6):1299-1310.

ALLEO®

Complici del
tuo sorriso.



SCOPRI IL SISTEMA
ALLINEATORI LEONE



Leone®

DENTAL EVIDENCE

REVIEW DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE

FARMACOLOGIA

Anestesia in gravidanza, lidocaina al 2% con epinefrina 1:200.000 è il gold standard

L'incidenza delle malattie orali aumenta durante la gravidanza. Sebbene il trattamento dentale si sia dimostrato sicuro, a causa della mancanza di un consenso clinico autorevole alcuni dentisti sono riluttanti a fornire terapie dentali e molte donne hanno timore nel riceverle. Le poche linee guida cliniche sono comunque chiare nell'affermare che non solo è sicuro, ma anche necessario assicurare i trattamenti dentali durante la gravidanza. Lasciare infiammazioni gravi e dolore non trattati durante la gravidanza può portare infatti a emergenze più gravi, che potrebbero richiedere chirurgia in anestesia generale, ospedalizzazione e parto prematuro.

Gli anestetici locali comunemente usati in clinica sono molti, tra cui anestesia per infiltrazione con articaina al 4% e mepivacaina al 3%, lidocaina al 2%, bupivacaina allo 0,5% e anestesia a blocco con mepivacaina al 2%. Tuttavia, la gravidanza comporta molti cambiamenti fisiologici, e i farmaci somministrati alla madre possono raggiungere il feto attraverso la placenta. Pertanto, la scelta degli anestetici e degli approcci anestetici deve essere attentamente considerata per la gestione perioperatoria e intraoperatoria delle pazienti in gravidanza.

In questo contesto, un gruppo di lavoro dell'Università di Sichuan, in Cina, è partito dalla fisiologia per effettuare consi-



derazioni approfondite sull'anestesia locale orale, pubblicate su *PeerJ*. Per la loro disamina, gli autori hanno effettuato una ricerca sui principali database medico-scientifici per esaminare gli articoli riguardanti la fisiologia materna e fetale, la farmacologia degli anestetici locali e le loro applicazioni per il trattamento orale.

Il risultato è che l'anestesia locale orale standard è sicura duran-

te tutta la gravidanza. Attualmente, la lidocaina al 2% con epinefrina 1:200.000 è considerata l'anestetico che meglio bilancia sicurezza ed efficacia per le donne in gravidanza. Le considerazioni materne e fetali devono essere prese in esame per adattarsi ai cambiamenti fisiologici e farmacologici durante il periodo di gestazione. Si suggeriscono la posizione semi-supina, il monitoraggio della pressione sanguigna e la rassicurazione per le madri ad alto rischio. Per le pazienti con malattie preesistenti, come eclampsia, ipertensione, ipotensione e diabete gestazionale, i medici dovrebbero usare l'epinefrina con cautela e controllare la dose di anestetico. Nuove formulazioni di anestesia locale e strumenti, che contribuiscono a ridurre il dolore da iniezione e alleviare l'ansia, sono stati sviluppati o sono in fase di sviluppo, ma restano poco studiati.

La conclusione è dunque che «l'anestesia locale è sicura sia per la madre che per il feto, a condizione che venga scelto un anestetico adatto e che vengano seguite linee guida dettagliate».

Giampiero Pilat

Zhou X, Zhong Y, Pan Z, et al. Physiology of pregnancy and oral local anesthesia considerations. *PeerJ*. 2023 Jun 29;11:e15585.

THE BEST OF EVIDENCE BASED DENTISTRY



a cura di
Stefano Daniele
odontoiatra

MENO INFILTRAZIONI CON IL RIPOSIZIONAMENTO CORONALE DEL MARGINE CERVICALE SUBGENGIVALE

Condizione clinica

La posizione subgengivale del margine cervicale nel confezionamento dei restauri indiretti (soprattutto e quasi esclusivamente nei settori latero-posteriori) è una condizione che rende difficoltose e scarsamente efficaci le procedure operative. Tra i motivi c'è l'impossibilità a rilevare una dettagliata impronta del margine cervicale subgengivale, una scarsa performance delle procedure adesive su un substrato contaminato dai fluidi orali (saliva e fluido sulculare), una maggiore suscettibilità a subire micro infiltrazione (microleakage) dell'interfaccia cavità/restauro, con lo sviluppo di lesione cariosa secondaria nel tempo.

Una prima soluzione a questa condizione è intervenire

con il riposizionamento apicale, mediante procedura chirurgica, del margine subgengivale, ma la stessa non è esente da problematiche. Tra queste ritroviamo la difficoltà di ricollocare con precisione il margine cervicale in funzione dell'estensione verticale del restauro indiretto, l'esposizione del cemento radicolare, il dover riposizionare, inevitabilmente, il margine gengivale e osseo anche dell'elemento dentale adiacente, uno spazio interpapillare aumentato.

L'alternativa è la rimozione completa del tessuto cariato dal margine cervicale in dentina e cemento radicolare, l'isolamento dello stesso (nel miglior modo possibile, ad esempio con una matrice metallica) e il suo riposizionamento coronale mediante due/tre incrementi di resina composita. In questo modo il margine subgengivale è trasformato in sopragengivale, risolvendo le problematiche sopracitate e senza coinvolgere i tessuti gengivali e ossei dell'elemento dentale adiacente. La procedura è denominata Deep marginal elavation (Dme).

Sadeghnezhad e il suo gruppo hanno valutato l'efficacia della procedura prendendo come outcome di riferimento la micro infiltrazione del margine cervicale riposizionato con la resina composita rispetto alla cementazione del restauro indiretto mantenendo il margine in posizione subgengivale.

Dati di evidenza scientifica

Il lavoro commentato è una revisione sistematica e metanalisi di studi in vitro e per formulare il quesito sono stati impiegati i pico questions; popolazione (margini cervicali subgengivali nei molari), intervento (riposizionamento coronale del margine subgengivale

mediante Dme), comparazione (cementazione del restauro indiretto direttamente sul margine subgengivale), outcome (valutazione della micro infiltrazione marginale). L'analisi qualitativa (revisione sistematica) e quantitativa (metanalisi) ha selezionato 7 studi che possedevano i criteri definiti per l'inclusione.

Le conclusioni hanno indicato una significativa ($p=0.001$) riduzione della micro infiltrazione marginale impiegando la procedura Dme per i margini cervicali subgengivali rispetto alla non messa in opera di questa procedura durante il confezionamento di restauri indiretti.

In merito ai materiali impiegati, non sono emerse rilevanti differenze tra le diverse combinazioni di sistemi adesivi smalto-dentinali e le resine composite utilizzate. La selezione di studi in vitro, seppur con una indagine sistematica, rappresenta un limite per paragonare il lavoro a revisioni sistematiche e metanalisi di studi clinici controllati e randomizzati.

Implicazioni cliniche

- 1) I margini subgengivali a livello cervicale rappresentano un problema clinico nella corretta gestione e durata a medio-lungo termine dei restauri indiretti.
- 2) Il riposizionamento cervicale del margine subgengivale attraverso la procedura del Deep margin elevation si è dimostrata efficace nel ridurre l'infiltrazione marginale rispetto alla non esecuzione della procedura.

Fonte: Sadeghnezhad P, Sarraf Shirazi A, Borouzinia A, Majidinia S, Soltaninezhad P, Nejat AH. Enhancing subgingival margin restoration: a comprehensive review and meta-analysis of deep margin elevation's impact on microleakage. *Evid Based Dent*. 2024 Jun 21.

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

1A

1B

2A

2B

3A

3B

4

5

IGIENE ORALE

Sbiancamento, perossido di idrogeno vs perossido di carbamide su sensibilità ed effetto estetico

Lo sbiancamento dentale in studio con perossido di carbamide al 37% è stato in grado di ridurre il rischio e l'intensità della sensibilità dentinale, senza compromettere l'efficacia dello sbiancamento, in uno studio comparso sul *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*.

L'efficacia dello sbiancamento dentale si deve all'uso di alte concentrazioni di perossido di idrogeno, che però è spesso associato alla sensibilità dentinale. La causa non è stata ancora completamente spiegata, ma si ritiene che possa essere legata alla sua rapida diffusione nella camera pulpare, dove innesca un processo di rilascio di mediatori pro-infiammatori.

L'utilizzo di farmaci analgesici e antinfiammatori, così come l'applicazione topica di desensibilizzanti, non si è mostrata del tutto soddisfacente e la ricerca di agenti sbiancanti alternativi ha portato all'introduzione di gel a base di perossido di carbamide. Questi prodotti, disponibili in concentrazioni dal 10% al 45%, sono comunemente usati per le tecniche domiciliari e trial clinici recenti hanno dimostrato che il suo impiego ad alta concentrazione in studio ha effettivamente ridimensionato il problema della sensibilità dentinale; non c'è però consenso sull'efficacia dello sbiancamento ottenuto.

Da qui l'idea dei ricercatori brasiliani, che hanno reclutato 66 partecipanti per sottoporli a sbiancamento con gel applicato

all'emiarcata destra: metà con il classico perossido di idrogeno al 35% e l'altra metà con perossido di carbamide al 37%.

La sensibilità dentinale è stata registrata immediatamente dopo il trattamento e nelle successive 48 ore, mentre l'efficacia dello sbiancamento è stata valutata confrontando il colore dello smalto prima della seduta e un mese dopo, utilizzando le unità di guida cromatica e uno spettrofotometro.

In linea con i lavori precedenti, il rischio e l'intensità della sensibilità dentinale sono risultati inferiori per il gruppo trattato con il perossido di carbamide, che in questo caso ha anche superato la prova di efficacia. In realtà, nel controllo a un mese dal trattamento, è stata osservata una differenza significativa nel cambiamento di colore tra i due gruppi, con un vantaggio per il perossido di idrogeno. Tuttavia, le misurazioni del gruppo trattato con perossido di carbamide hanno comunque superato la soglia di percettibilità/accettabilità, indicando che lo sbiancamento è stato efficace anche in questo caso. Inoltre, applicando una seconda metodologia di misurazione della differenza di colore, gli autori hanno concluso che in entrambi i casi l'efficacia dello sbiancamento è stata classificata come "molto buona".

È bene ricordare che le proprietà dei due agenti sbiancanti sono piuttosto differenti. Il gel a base di perossido di idrogeno mantiene oltre l'86% della sua concentrazione iniziale dopo 45 minuti, il che potrebbe spiegare anche l'aumento della sensibilità dentinale che vi si associa. Anche il gel con perossido di carbamide al 37% contiene perossido di idrogeno, ma subisce una serie di scomposizioni, per cui la quantità che raggiunge la camera pulpare è decisamente minore.

Giampiero Pilat

da Silva KL, Crovador C, Stanislawczuk R, et al. In-office dental bleaching using 37% carbamide peroxide versus 35% hydrogen peroxide: a randomized, double-blind Clinical Trial. *J Esthet Restor Dent*. 2024 Sep 17.



RISCHIO PROFESSIONALE

Microplastiche, un rischio reale per gli operatori odontoiatrici

Sono sorprendenti i risultati di un'analisi delle microplastiche presenti all'interno delle unità dentali effettuata a Lahore, in Pakistan, pubblicati in una rivista autorevole come il *Journal of Hazardous Materials*.

Il rischio di inalazione di microplastiche da parte dei professionisti che operano negli studi odontoiatrici è noto, ma è stato raramente quantificato. Durante procedure dentali come la fresatura, la lucidatura e la sabbatura si possono generare polveri contenenti particelle di microplastiche provenienti da materiali ceramici, metallici e acrilici. A seconda della loro composizione, le microplastiche possono causare l'assorbimento di metalli pesanti e altri contaminanti. Si assiste inoltre al continuo aumento di queste sostanze a causa dell'uso estensivo di dispositivi di protezione monouso e materiali di imballaggio, principalmente utilizzati per garantire una buona igiene e ridurre il rischio di infezione.

Le potenziali fonti di microplastiche comprendono dispositivi di protezione personale e materiali chirurgici (guanti, camici e suture) e materiali operativi dentali come gli ortodontici (elastici e allineatori) e i dispositivi profilattici (bite e mascherine notturne). I processi di scaling e pulizia dentale di routine utilizzano dentifricio, collutorio e paste lucidanti che possono liberare minuscoli frammenti di materiali plastici. Inoltre, i sistemi di ventilazione e aria condizionata possono far circolare queste particelle, portando alla loro accumulazione sulle superfici dello studio.

La natura pervasiva delle microplastiche ha sollevato preoccupazioni riguardo ai potenziali effetti nocivi. Molti dei loro componenti chimici sono noti per essere dannosi per la salute umana; alcune sostanze sono state identificate come interferenti endocrini e cancerogeni e rappresentano una preoccupazione significativa a causa della loro reattività.

Lo studio pakistano è stato condotto in dieci unità sanitarie dentali private, cinque dedicate all'attività clinica e cinque



all'insegnamento, e ha indagato la quantità e la provenienza di microplastiche durante le attività professionali di routine. Le analisi hanno riscontrato che gli studi clinici avevano meno microplastiche rispetto agli ambulatori utilizzati per l'insegnamento, con una maggiore abbondanza durante la stagione invernale. Il rischio complessivo è stato valutato "da lieve a medio" per i polimeri, i più abbondanti dei quali sono stati il polietilene tereftalato (39%) e il polipropilene (28%); le donne sono risultate leggermente più esposte all'inalazione di microplastiche rispetto ai colleghi uomini.

In conclusione, questa ricerca sottolinea l'urgenza di un cambiamento verso pratiche più sostenibili nel settore sanitario dentale, dando priorità all'uso di materiali protettivi non plastici e a un adeguato sistema di ventilazione per ridurre l'esposizione a queste particelle.

Renato Torlaschi

Akhtar N, Tahir A, Qadir A, et al. Profusion of microplastics in dental healthcare units; morphological, polymer, and seasonal trends with hazardous consequences for humans. *J Hazard Mater*. 2024 Nov 5;479:135563.

RISCHIO PROFESSIONALE

Contenzioso in odontoiatria: nel 18% dei casi la richiesta di risarcimento è per mancata diagnosi



Nei trattamenti odontoiatrici, la sicurezza dei pazienti è certamente una priorità, eppure la conoscenza epidemiologica sugli incidenti che la mettono a rischio è ancora limitata. Risulta così estremamente interessante uno studio danese che, come si legge su *Scientific Reports* (1), si è proposto di classificare gli incidenti legati alla sicurezza dei pazienti nell'ambito dell'odontoiatria in Danimarca, analizzare la distribuzione delle varie categorie di trattamento odontoiatrico in cui si sono verificati danni e valutare i costi finanziari delle relative richieste di risarcimento. I risultati sono il frutto dell'esame dettagliato dei dati di un registro nazionale previsto dalla legge danese sul risarcimento dei danni in ambito odontoiatrico, relativi a tutti i casi presentati dal 2016 al 2020. Sono evidenti e importanti le implicazioni per il miglioramento della sicurezza dei pazienti e per l'aumento della qualità dell'assistenza odontoiatrica.

Le categorie più frequentemente associate ai danni ai pazienti sono risultate: "trattamento canalare e preparazione del perno", "mancanza di tempestività nella diagnosi e nell'inizio del trattamento" e "chirurgia". È notevole come la negligenza o la mancanza di una diagnosi tempestiva siano responsabili del 18% di tutte le richieste di risarcimento segnalate e accettate, indicando che i danni non derivano esclusivamente da un atto medico attivo. Inoltre, una revisione retrospettiva degli eventi avversi riporta che il tipo di danno più comune era legato agli errori diagnostici, in accordo con i risultati di un'indagine (2) condotta in Finlandia sugli incidenti di sicurezza dei pazienti in tutti i campi dell'odontoiatria, in cui il 16% risultavano legati alla diagnostica.

Lo studio rivela poi che il danno alla radice del dente è il più comune, rappresentando oltre

la metà di tutte le richieste approvate. All'interno di questa categoria, la perforazione parietale e la frattura dello strumento durante il trattamento endodontico sono identificati tra gli incidenti più significativi. Inoltre, tra i tipi di danni prevalenti, figurano le lesioni nervose e la perdita dei denti. In Spagna, un'indagine simile (3) aveva riportato che l'endodonzia è la seconda procedura odontoiatrica più frequentemente legata ai danni (seconda solo all'implantologia), mentre la perdita iatrogena dei denti è l'infortunio più comune, seguita dai danni ai nervi.

Come mostrato nei risultati, gli incidenti legati alla sicurezza dei pazienti possono aumentare i costi dell'assistenza sanitaria. Le spese riportate erano principalmente legate alla riparazione di un errore e solo in misura minore includevano un risarcimento per il dolore e la sofferenza, con l'eccezione dei danni ai nervi, in cui questo aspetto è particolarmente rilevante.

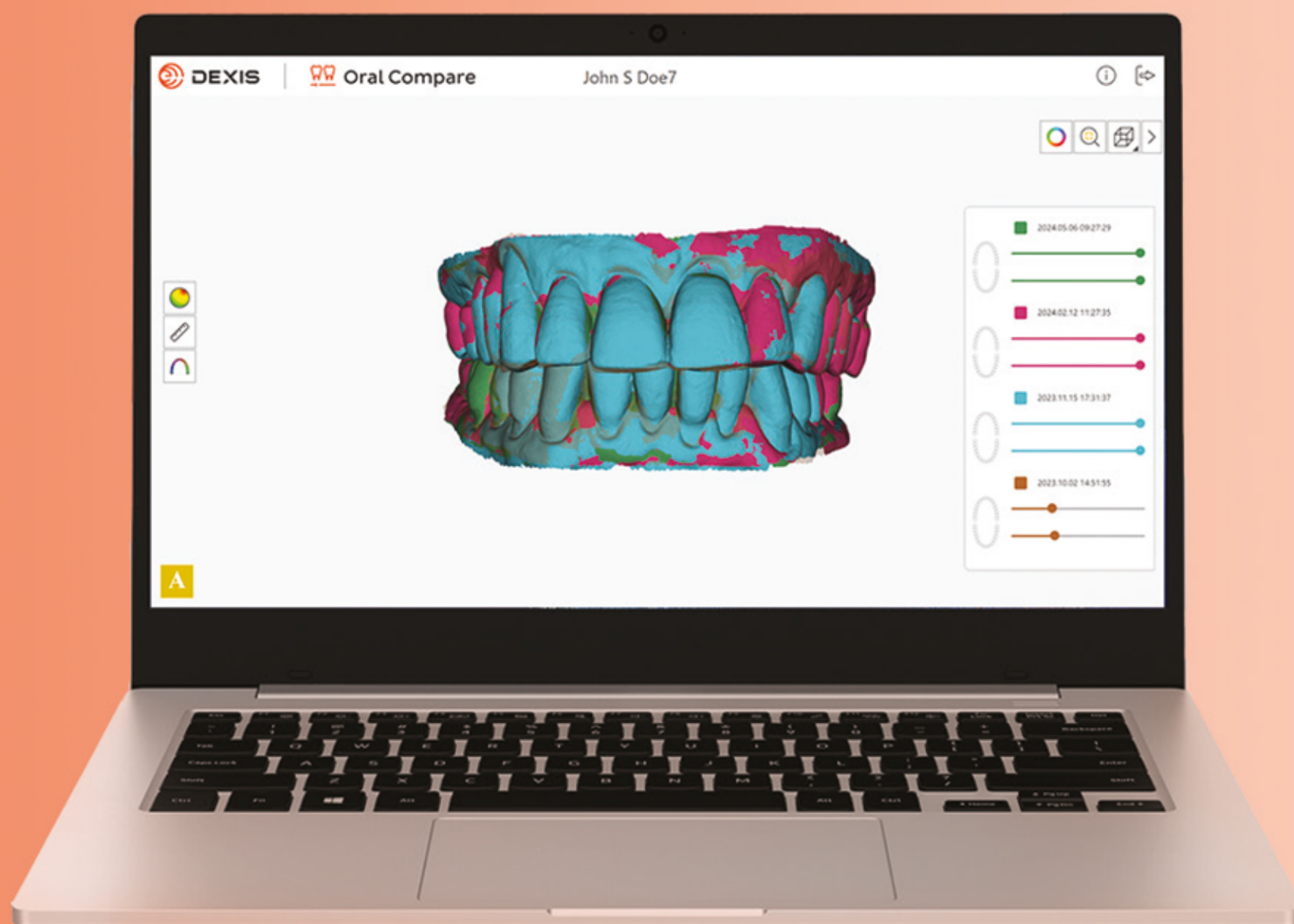
I trattamenti chirurgici rappresentano una proporzione significativa dei costi, seguiti dai trattamenti endodontici e dai danni derivanti da diagnosi e inizio del trattamento ritardati.

Renato Torlaschi

1) Ferlias N, Nielsen H, Andersen E, Stoustrup P. Lessons learnt on patient safety in dentistry through a 5-year nationwide database study on iatrogenic harm. *Sci Rep*. 2024 May 19;14(1):11436.

2) Hiivala N, Mussalo-Rauhamaa H, Tefke HL, Murtomaa H. An analysis of dental patient safety incidents in a patient complaint and healthcare supervisory database in Finland. *Acta Odontol Scand*. 2016;74(2):81-9.

3) Perea-Pérez B, Labajo-González E, Acosta-Gío AE, Yamalik N. Eleven Basic Procedures/Practices for Dental Patient Safety. *J Patient Saf*. 2020 Mar;16(1):36-40.



La pianificazione del trattamento è diventata più semplice con **Oral Compare.**

Visualizza i cambiamenti occlusali, nonché i problemi dentali progressivi come l'erosione, l'usura e la recessione

L'ultima versione di DEXIS™ IS ScanFlow è dotata di Oral Compare, che sovrappone automaticamente più scansioni intraorali per visualizzare i minimi cambiamenti nella dentatura nel tempo. Mostra prove visive convincenti e discuti con fiducia delle opzioni di trattamento.

Scopri di più su DEXIS.com





**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



Ti presento Lumoral®

Lumoral® è un dispositivo medico per il trattamento e la prevenzione delle malattie dentali e gengivali.

È utilizzabile sia per uso professionale che per il trattamento domiciliare.

Elimina oltre il 99% dei batteri presenti nella placca.



zero
Plaque
by **Lumoral.**

IA e Crm: come automatizzare i processi nello studio dentistico

Con le nuove tecnologie è davvero possibile semplificare e migliorare tutta la gestione extraclinica, liberando tempo prezioso ai professionisti, aumentando i profitti dello studio e migliorando la customer experience dei pazienti



Simone Stori

Vi siete mai trovati a passare più tempo sulla parte amministrativa che a fare quello che amate veramente, cioè occuparvi dei vostri pazienti? Non siete i soli. La gestione dello studio può essere un incubo, ma con l'IA e l'automazione, è possibile invertire questa situazione. Immaginate un sistema che gestisca automaticamente gli appuntamenti, riduca i no-show (i mancati appuntamenti), fornisca follow-up personalizzati e renda il marketing più efficiente. Non è fantascienza; è la realtà per molti dentisti che hanno abbracciato queste tecnologie.

Automazione e Crm

Il cuore dell'automazione nello studio dentistico è il Crm, il customer relationship management, un sistema progettato per gestire le relazioni con i pazienti in modo efficiente e personalizzato che si affianca in modo egregio ai nostri gestionali.

Oggi con il supporto dell'IA, un Crm può gestire in modo automatizzato svariati compiti di cui prima dovevamo occu-

parci personalmente.

Per quanto riguarda la gestione degli appuntamenti, il sistema può inviare promemoria automatici ai pazienti perfino tramite whatsapp, con un approccio personalizzato che aumenta la probabilità di conferma dell'appuntamento, riducendo le cancellazioni dell'ultimo minuto. Questo sistema proattivo riduce drasticamente i vuoti nel calendario e migliora l'efficienza dello studio. Inoltre sta in contatto coi pazienti che hanno fissato chirurgie, richiami di igiene o altro, dando utili informazioni e migliorando la customer experience.

Il sistema integrato può inoltre gestire follow-up personalizzati: dopo una visita, il Crm può inviare email o messaggi personalizzati con istruzioni post operatorie e promemoria per le visite future. Questo non solo migliora l'esperienza del paziente, ma aumenta anche il tasso di retention.

Ottimi risultati si ottengono anche con il marketing automatizzato: il Crm può segmentare i pazienti in base alle

loro esigenze e inviare loro campagne mirate. Campagne di marketing etiche e conformi alle normative, che attraggono nuovi pazienti e fidelizzano quelli esistenti. Immaginate di poter inviare promozioni sui trattamenti estetici a chi ha espresso interesse, o di ricordare ai pazienti l'importanza dei controlli regolari. E i singoli contenuti possono essere personalizzati per ogni paziente specifico, così come costruire mail per recuperare preventivi che sono personalizzate per la singola obiezione di ogni paziente. Un Crm con IA può generare contenuti personalizzati per i pazienti, come articoli informativi o newsletter, migliorando l'engagement e rafforzando la reputazione dello studio come punto di riferimento per la salute orale.

Infine, la gestione dei feedback: il Crm può automatizzare la richiesta di recensioni, aumentando il numero di feedback positivi e migliorando la reputazione online dello studio. In questo modo possiamo anche avere un con-

trollo qualità perfino su ogni prestazione eseguita.

Risultati concreti: più tempo, più profitti

L'implementazione di un Crm automatizzato con IA ha portato risultati sorprendenti nel mio studio e in quelli di oltre 500 dentisti.

Risparmio di tempo: grazie all'automazione delle attività extracliniche, ho risparmiato fino a 10 ore a settimana. Tempo che posso ora dedicare alla cura dei miei pazienti o a progetti personali.

Aumento dei profitti: con l'ottimizzazione dei processi e il miglioramento della retention dei pazienti, i profitti dello studio sono aumentati del 26%. Meno no-show e più pazienti soddisfatti si traducono in un flusso di cassa più stabile.

Miglioramento della customer experience: i pazienti si sentono seguiti e apprezzati grazie a comunicazioni personalizzate e tempestive. Questo ha portato a un aumento delle recensioni positive e a un maggiore passaparola.

Automazione senza competenze tecniche avanzate

Molti di voi potrebbero pensare che introdurre l'IA e il Crm nello studio sia complicato. La verità è che questi strumenti sono progettati per essere intuitivi e facilmente integrabili anche per chi non ha competenze tecniche avanzate. L'implementazione è semplice e il ritorno sull'investimento è estremamente rapido. Inoltre, il sistema può essere personalizzato per adattarsi alle esigenze specifiche del vostro studio, permettendovi di iniziare in piccolo e crescere gradualmente.

Integrare l'IA e il Crm nello studio dentistico non significa sostituire l'elemento umano, ma potenziarlo. L'automazione delle attività amministrative e di marketing libera tempo per ciò che conta davvero: la cura dei pazienti. Inoltre, grazie all'analisi dei dati, l'IA può offrire insight preziosi per migliorare continuamente i servizi offerti e prendere decisioni informate.

Se volete scoprire come implementare l'IAe l'automazione nel vostro studio, contattatemi a info@simonestori.it

Simone Stori

Odontoiatra

Microdent Dental Spa

Italian Dental Journal

Mensile di attualità clinica, scientifica e professionale in odontoiatria

Anno XIX - numero 8 - novembre 2024

Numero chiuso in redazione il 23 ottobre



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, Simone Stori, Renato Torlaschi

PUBBLICITÀ

Direttore commerciale

Giuseppe Roccucci g.roccucci@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.



MEDICINA ESTETICA, CHIRURGIA PLASTICA
E DERMATOLOGIA

ISCRIVITI
ALLA
NEWSLETTER



INQUADRA
IL QR CODE
E REGISTRATI A
SKINCHANNEL.IT

CURASEPT PREVENT CON POSTBIOTICI: efficace azione di contrasto alle patologie orali.



a cura di **CURASEPT S.p.A.**

Il fumo è uno dei principali fattori predisponenti alle patologie orali, oltre a essere tra le maggiori cause prevedibili di cancro, malattie cardiache, malattie polmonari e molte altre. Diversi studi hanno dimostrato come la diversità del microbiota orale nei pazienti fumatori rispetto ai non fumatori, sia molto più elevata, esponendo così i primi ad un maggior rischio disbiotico e quindi a una maggiore suscettibilità alle patologie fumo-correlate, determinando una predisposizione alla malattia parodontale, perimplantare, carcinomi

e altre lesioni precancerose associate a tale fattore di rischio. A questo proposito occorre in aiuto, **in terapia di supporto, la linea Curasept Prevent con postbiotici**. L'azione combinata tra **postbiotici e probiotici**, contenuti nella linea Prevent, risulta essere altamente efficace: i probiotici sono organismi vivi che possono proliferare dopo la loro somministrazione, creando competizione con i batteri patogeni, danneggiandoli direttamente. I postbiotici invece hanno efficacia immediata. La somministrazione di questi metaboliti influisce

sull'andamento della malattia e opera una selezione positiva all'interno del biofilm, ha azione diretta di protezione sulle mucose, attiva la risposta immunitaria e contrasta le infiammazioni soprattutto in particolari condizioni che possono minare l'equilibrio di quest'ultimo nel lungo periodo. Anche l'**olio d'oliva ozonizzato, presente nella linea Curasept Prevent**, svolge un'azione selettiva contrastando la proliferazione delle specie patogene Gram-negative anaerobiche obbligate, principali responsabili nella patogenesi di malattie parodontali e perimplantari.

Curasept S.p.A.
Via G.Parini, 19 - Saronno
www.curaseptspa.it


CURASEPT
FIRST BECAUSE WE CARE

K3

Semplice ma sofisticata



CONFORTEVOLE, FUNZIONALE, FLESSIBILE

Nella poltrona K3 l'attenzione è rivolta sia al benessere del paziente che alla praticità del medico, creando un equilibrio perfetto tra comfort e funzionalità.

Per i professionisti, la nostra poltrona è dotata di un ambiente di lavoro altamente funzionale che facilita l'accesso a tutti gli strumenti necessari e ottimizza i movimenti durante le procedure.

Il sistema flessibile permette l'integrazione con vari accessori, consentendo al dentista di personalizzare l'attrezzatura in base alle specifiche esigenze del trattamento e delle cure, migliorando così l'efficienza e la qualità del servizio offerto.

OSSTEM[®]
IMPLANT

OSSTEM ITALIA srl
Via Gallarate 211, 20151 Milano
tel: 0209948617
mail: info@osstem.it

Scansiona
il QR Code e
scopri tutti i
nostri prodotti



Igiene interprossimale: in letteratura un approccio sistematico per la corretta selezione degli scovolini

Un recente studio pubblicato su *Oral Health and Preventive Dentistry* (1), condotto dall'Università di Heidelberg in collaborazione con l'azienda Dentaïd (e il suo brand Interprox), ha evidenziato la correlazione tra la corretta selezione dei dispositivi interdentali e una migliore rimozione della placca. La ricerca si è occupata di definire un range sistematizzato di scovolini interdentali, basato sul diametro del foro di passaggio, che è il criterio determinante per la scelta della misura ottimale. Questo approccio sistematico facilita la corretta selezione degli scovolini nello spazio interdentale, migliorando l'efficacia del controllo del biofilm nei pazienti con parodontite avanzata o con impianti dentali.

Come è noto, eliminare efficacemente la placca è essenziale per prevenire le malattie parodontali, tanto che la Federazione Europea di Parodontologia (Efp) raccomanda l'uso degli scovolini interdentali. Uno spazzolino da den-

ti rimuove efficacemente la placca dalle superfici dentali, ma non pulisce adeguatamente gli spazi interdentali.

Secondo il professor **Christof Dörfer**, direttore della Clinica di Odontoiatria Conservativa e Parodontologia dell'Ospedale Universitario Schleswig-Holstein, Campus Kiel, i pazienti dovrebbero diventare consapevoli del fatto che «stiamo affrontando spazi interprossimali che richiedono strumenti di pulizia specifici» e riconoscere «che il processo richiederà più tempo del semplice spazzolamento».

È indispensabile quindi sensibilizzare l'opinione pubblica sulle carenze delle pratiche tradizionali di igiene orale. Inoltre, gli spazi interdentali cambiano nel corso della vita, si ingrandiscono, con il rischio di accumulare placca batterica, il che sottolinea l'importanza di adattare e personalizzare gli strumenti non solo per trattare la gengivite, la parodontite e le complessità associate agli impianti dentali, ma

anche per prevenire le malattie parodontali e, di conseguenza, contribuire a prevenire le malattie sistemiche.

Il dottor **Nicola Discepoli**, parodontologo, docente presso il Dipartimento di Biotechnologie Mediche dell'Università di Siena e nel Master in Parodontologia e Impianti dell'Università Complutense di Madrid, osserva: «È sorprendente osservare il contrasto nella prevalenza della parodontite tra le persone che non usano gli spazzolini interprossimali e quelle che li usano più di 4 volte a settimana, anche tra individui della stessa età o etnia».

La raccomandazione dei professionisti esperti è chiara: la pulizia interdentale almeno una volta al giorno deve essere inclusa nella routine di igiene orale. I benefici sono evidenti: si stima che l'uso di strumenti interdentali possa ridurre il sanguinamento del 47% in una settimana e dell'85% in tre mesi.

Secondo gli esperti, la sfida da superare è anche



psicologica. Come afferma il professor **Johannes Ehrental**, docente di Psicologia clinica e Psicologia empirico-quantitativa del profondo presso l'Università di Colonia, «Cambiare le abitudini di igiene orale è una sfida perché la ricompensa positiva non è immediata. È quindi necessario che le persone abbiano un'ampia conoscenza dell'importanza dell'igiene interdentale, le competenze necessarie e la pratica?».

1) Sekundo C et al. Creation of a systematic interdental brush set based on the passage hole diameter - An in-vitro study. *Oral Health Prev Dent.* 2024 Aug 16;22:409-416.

L'ultimo italiano all'Fdi: i due mandati nell'Education Committee di Enrico Lai

Dopo tredici anni trascorsi come delegato Aio e National Liason Officer nel 2018 a Buenos Aires, nelle elezioni per un solo posto nell'Education Committee dell'Fdi sono uscito vincitore. Momento veramente emozionante e indimenticabile.

L'Education Committee si occupa principalmente del programma scientifico del congresso mondiale dell'Fdi, della valutazione degli abstract, dei webinar proposti dall'associazione e di molte altre attività culturali della Federazione.

Il primo triennio (2019-2021), pur sconvolto dal Covid dopo il congresso a San Francisco del 2019, è stato soprattutto dedicato alla programmazione online. Rieletto nel secondo mandato (2022-2024), ci si è dedicati alla programmazione dei congressi di Sidney (2023) e di Istanbul (2024). Inoltre per l'ultimo anno sono stato il vice chair dell'Education Committee.

Il mio operato dall'inizio è stato quello di proporre relatori internazionali che avessero anche un riconoscimento nella



nazione ospitante il congresso e indicare speaker per i webinar (ultima la professoressa Elisabetta Cotti, fresca presidente dell'Ifea, la Federazione internazionale di endodonzia).

Lavorare in un team composto da colleghi di tutti i continenti (a parte i membri eletti, lavorano nella squadra anche

i responsabili regionali dell'Europa, dell'Africa, dell'Asia Pacifico, dell'America Latina e dell'America settentrionale) è stato un arricchimento personale che ha accresciuto la mia cultura e la consapevolezza di essere parte di decisioni prese insieme per garantire un programma valido per la maggior parte dei discenti dei vari congressi che si sono succeduti in questi anni.

Negli ultimi tre anni sono stato, mio malgrado, l'unico italiano nella leadership della Federazione (esecutivo, consiglio e comitati), cosa per la quale sono stato invitato negli ultimi mesi da diverse società scientifiche per presentare l'Fdi e i suoi progetti (congresso mondiale e giornata mondiale della salute).

Purtroppo al momento nessun italiano è presente nella leadership, ma si vedrà se sarà possibile una mia candidatura nel prossimo congresso che si terrà nel settembre 2025 a Shanghai.

Enrico Lai

International College of Dentists, l'incontro annuale si è tenuto a Bari



Il 28 settembre a Bari si è svolta la riunione annuale del distretto italiano dell'International College of Dentists (Icd), evento che ha riunito numerosi fellow provenienti da tutta Italia. Presenti all'incontro anche il past president Europeo **Walter van Driel** e l'attuale presidente mondiale **Argirios Pissiotis**. I due ospiti di eccezione sono intervenuti durante l'inizio dei lavori fornendo un riassunto generale dei valori della società e sottolineando l'importanza che il distretto italiano riveste a livello europeo, divenendo esempio per organizzazione, entusiasmo e partecipazione dei fellow.

L'incontro ha avuto due anime principali: una parte congressuale dedicata all'aggiornamento odontoiatrico, grazie all'intervento del dottor **Eugenio Longo** e della professoressa **Chiara Copelli**, e una sezione più istituzionale, in cui sono stati presentati lo stato attuale e i futuri sviluppi delle iniziative umanitarie promosse dall'Icd. I presenti hanno potuto assistere a sessioni di alta formazione e a momenti di scambio di esperienze, con un focus sulle ultime novità in ambito umanitario e sociale. A presiedere l'evento il regent italiano **Antonio Barone** coadiuvato dal past-regent e presidente europeo eletto **Mauro Labanca**, figure di spicco del panorama odontoiatrico italiano, che hanno guidato con autorevolezza le discussioni e coordinato i lavori del congresso. Le attività filantropiche e i progetti umanitari, che rappresentano uno dei pilastri dell'Icd, hanno avuto ampio spazio, con la presentazione di nuove iniziative volte a migliorare l'accesso alle cure odontoiatriche in contesti difficili e l'introduzione a nuove realtà che presto esordiranno grazie all'aiuto di volontari. L'incontro nazionale è anche da sempre il momento in cui i potenziali candidati vengono presentati, e hanno modo di conoscere meglio che cosa è Icd e di che cosa si occupa. E anche quest'anno sono state introdotte figure di spicco che, se accettate, sapranno rinfoltire il già eccellente gruppo di professionisti che compongono il distretto italiano.

L'incontro ha confermato l'impegno dell'Icd nel promuovere l'eccellenza nella professione odontoiatrica e nel sostenere azioni solidali a livello globale.

È già stato programmato il prossimo incontro, che si svolgerà a Bologna il 27 settembre 2025.

Ecografia in medicina estetica: più precisione e meno complicanze nelle terapie iniettive

In medicina estetica, un settore in forte espansione caratterizzato da un numero crescente di persone che fa ricorso a trattamenti estetici anche tra i giovani adulti, l'ecografia si propone come uno strumento utile per garantire maggiore precisione e sicurezza e per ridurre al minimo i rischi e gli eventi avversi, soprattutto nei trattamenti iniettivi.

Grazie alla capacità di visualizzare in tempo reale e nel dettaglio le strutture anatomiche, infatti, l'ecografia permette ai medici di pianificare ed eseguire trattamenti con maggiore precisione, monitorare il posizionamento dell'ago e la diffusione del prodotto iniettato, minimizzando il rischio di complicanze co-

me ematomi o danni ai nervi. Consente inoltre di adattare ogni procedura alle caratteristiche individuali del paziente e di monitorare nel tempo l'evoluzione dei risultati. Questo permette di valutare



l'efficacia del trattamento e di apportare eventuali correzioni, garantendo di conseguenza anche una maggiore soddisfazione e sicurezza del paziente.

«Utilizzare l'ecografia nelle procedure estetiche sta rivoluzionando la nostra capacità di eseguire trattamenti con una precisione senza precedenti, garantendo la sicurezza dei pazienti. La visualizzazione in tempo reale dell'anatomia sottocutanea permette di ridurre significativamente il rischio di complicanze e di migliorare i risultati finali» ha detto la dottoressa **Giulia Agostini**, medico radiologo e medico estetico, durante una sessione dimostrativa per GE Healthcare all'ultimo congresso Agorà di Milano.

ORTODONZIA

Leaf Expander



La serie Leaf Expander per l'espansione palatale utilizza in modo innovativo le molle Memoria in nickel-titanio e garantisce forze calibrate e costanti, permettendo un'espansione prevedibile e priva di dolore.

Questo sistema elimina la necessità di riattivazioni giornaliere a casa, offrendo un controllo completo del processo di espansione maxillare. Di conseguenza, si riduce drasticamente il numero delle visite di controllo, ottimizzando il tempo alla poltrona e apportando vantaggi sia per la clinica che per i genitori.

Nel corso del tempo, sono state sviluppate diverse varianti di Leaf Expander, tutte in grado di realizzare l'espansione del mascellare in modo prevedibile, grazie a forze leggere e continue, predeterminate per intensità, direzione e quantità della correzione. I modelli riattivabili del Leaf Expander sono composti da una struttura metallica in acciaio Cr-Co con una vite centrale. Questa vite, quando attivata, comprime una o più molle a balestra in nichel-titanio, facilitando

così l'espansione calibrata dell'arcata superiore.

Il Leaf Expander è disponibile in diverse varianti che si differenziano principalmente per la dimensione della vite (6 mm o 9 mm) e per il peso delle molle (450 gr o 900 gr). La scelta tra queste varianti dipende dalla specifica discrepanza trasversale da correggere e dall'età del paziente. Le versioni più pesanti sono generalmente raccomandate per pazienti con dentizione permanente, garantendo una soluzione personalizzata ed efficace per ogni esigenza.

Questa innovazione nell'espansione palatale non solo migliora l'efficacia del trattamento, ma rende anche l'intero processo più comodo e gestibile per i pazienti e le loro famiglie, riducendo lo stress associato alle frequenti visite di controllo e alle attivazioni manuali.

i Leone
Tel. 055.30441
info@leone.it
www.leone.it

MONOUSO

Siringa Aghetto

Ideata da una startup italiana, la siringa Aghetto può essere utilizzata in sicurezza con una sola mano. Grazie a un piccolo collarino in plastica è possibile (ruotandolo) staccare il cappuccio dall'ago e l'ago dalla siringa in modo agevole, semplice e sicuro.

La siringa di Aghetto consente di staccare il cappuccio dall'ago e l'ago dalla siringa con una sola mano agevolmente e senza il rischio di ferirsi. L'altra mano è libera e può essere utilizzata per altre attività quali per esempio tenere una fiala di farmaco, un batuffolo di cotone, una cannula venosa e altri strumenti.

Con le siringhe disponibili oggi sul mercato invece sono necessarie due mani sia per staccare il cappuccio sia per staccare l'ago. L'operazione di distacco dell'ago è sempre difficoltosa e pericolosa e comporta il rischio di ferite accidentali.



i Aghetto
info@aghetto.com
www.aghetto.com

IMPLANTOLOGIA

Protocollo ScanSke

L'azienda vicentina Btk, attiva da oltre 26 anni nella produzione di impianti dentali e di soluzioni all'avanguardia per l'odontoiatra, ha sviluppato, in collaborazione con il dottor Marco Serri di Cagliari, il Protocollo ScanSke: un box per la registrazione dell'occlusione con un flusso di lavoro completamente digitale nelle situazioni di riabilitazioni full-arch.

I protocolli analogici descritti in letteratura per la registrazione dell'occlusione abituale dei pazienti sottoposti a riabilitazione fissa totale su impianti partono da una serie di procedure diagnostiche soggette a vari gradi di errore, la cui somma potrebbe portare alla creazione di una protesi imprecisa, non perfettamente passiva sugli impianti dentali e non in ottimale occlusione centrica. Per queste ragioni, circa sei mesi dopo l'intervento chirurgico, la protesi provvisoria post-chirurgica dovrebbe essere rivalutata dal punto di vista oclusale per procedere con la creazione della protesi definitiva.

Tutti questi passaggi, con il protocollo del Sistema ScanSke, non solo vengono accelerati, a beneficio sia del professionista che del paziente, ma vengono anche migliorati e resi più precisi. Con questo protocollo, è



possibile registrare l'occlusione abituale del paziente per una riabilitazione fissa totale su impianti dentali, sia che il paziente sia già edentulo o debba essere reso edentulo intraoperatoriamente, con un flusso di lavoro al 100% digitale.

i Btk
Tel. 0444.361251
www.btk.dental
info@btk.dental

IMPIANTI

Sky pro guide

Il sistema Sky pro guide di bredent medical permette di eseguire la preparazione guidata del sito implantare grazie a un sistema innovativo. Le frese sono provviste di un cilindro che viene guidato in modo sicuro attraverso la corrispondente cannula guida. La tolleranza minima tra il cilindro guida della fresa e la cannula guida previene possibili deviazioni durante la preparazione del sito implantare.

I perni di fissaggio di nuova concezione garantiscono un ancoraggio sicuro della dima chirurgica. Lo stop di perforazione con forma esagonale, posizionato sulla parte superiore della cannula, previene perforazioni troppo profonde e consente di accoppiare con precisione il mounter, assicurando la corretta posizione del torx della connessione implantare. Grazie a questa procedura è possibile proteggere strutture anatomiche critiche ed evitare errori nella dimensione verticale e orizzontale durante l'inserimento implantare. In tal modo sia i chirurghi meno esperti che i professionisti in implantologia possono posizionare gli impianti in modo preciso e predicibile, sui quali verranno realizzati restauri con risultati estetici eccellenti.



Il sistema è particolarmente pratico e consente di ridurre i tempi dell'intervento grazie all'utilizzo di un'unica cannula per tutte le varie fasi di perforazione. Appositi mounter consentono l'inserimento implantare guidato attraverso la cannula guida e, grazie allo stop, stabilizzano ulteriormente la dima chirurgica durante l'intervento.

Il protocollo Sky pro guide garantisce maggiore sicurezza durante l'intervento e riduce i costi.

Il tray chirurgico è completo del mucotomo, che scorre all'interno della cannula guida Sky pro guide e che, grazie a un taglio pulito, rimuove il tessuto mucoso nella posizione desiderata in modo mininvasivo e preciso. Il sistema Sky pro guide prevede un unico tray chirurgico per i 5 sistemi implantari Sky e può essere utilizzato per gli impianti con diametro da 3.5, 4.0 e 4.5 mm.

i bredent medical
info@bredent.com
www.bredent-implants.com

LA PRIMA LATTOFERRINA ATTIVA

IN COLLUTORIO BI-COMPONENTE

Lattoferrina granulare + soluzione liquida



CONTRASTA

- ▶ Black stain
- ▶ Bocca secca e mucositi
- ▶ Effetti terapie oncologiche



2 SCIACQUI
AL GIORNO

AIUTA

- ▶ Naturale eubiosi orale

Forhans
Lattoferrina



dal 1951

www.uragmeonline.com



IGIENE ORALE

Linea Forhans zinco cloruro

La placca batterica costituisce un importante fattore nell'infiammazione dei tessuti molli con la conseguenza di infiammazioni e sanguinamento delle gengive. La potente capacità antibatterica dello zinco cloruro, che penetra all'interno dei batteri patogeni formando vacuoli che portano alla morte della cellula batterica stessa, offre un notevole controllo sullo sviluppo della placca, mentre l'attività astringente agisce sul sanguinamento gengivale. Forhans, sin dal 1951, ha quindi realizzato una linea che comprende tutti i prodotti indispensabili per la cura e la prevenzione quotidiana a base di zinco cloruro, una molecola a elevata e comprovata attività antibatterica e astringente, che non macchia i denti come invece fa la clorexidina. Una linea dedicata non solo alla cura e alla risoluzione dei problemi causati dalla placca, ma anche e soprattutto alla prevenzione delle gengiviti.

Il nuovo dentifricio Forhans Medico, con 0,3% di zinco cloruro, senza fluoro e arricchito con acido ialuronico per un'azione lenitiva e con cetilpiridinio cloruro con funzione igienizzante, è ideale per un'azione antibatterica e astringente, aiuta a prevenire la comparsa delle comuni e frequenti infiammazioni delle mucose del cavo orale. Attivo anche nelle aftosi recidivanti, è utile inoltre per il trattamento delle stomatiti e parodontiti. Perfetto, come prevenzione, da usare tutti i giorni insieme allo spazzolino Forhans Medico che, con la sua testina di dimensioni ridotte dalle setole con le punte affusolate al carbone attivo a effetto sbiancante, consente di raggiungere le zone più difficili, garantendo una pulizia efficace ma al tempo stesso delicata.



Dall'elevata azione antibatterica e astringente, il Collutorio Concentrato Forhans Medico – con soluzione allo 1,5% di zinco cloruro e concentrazione alcolica del 50% – è un coadiuvante per il trattamento di molte problematiche stomatologiche che necessitano un'azione d'urto ed è indicato, con tocature, anche per la risoluzione di afte e aftosi.

Efficace nel trattamento di sanguinamenti gengivali, gengiviti, stomatiti e parodontiti e afte è il Collutorio Forhans Medico Pronto all'uso (250 ml), particolarmente indicato per i trattamenti pre e post intervento, ma anche per un uso quotidiano di prevenzione e mantenimento.

Non solo afte, ma anche parodontopatie localizzate, tasche gengivali e sanguinamento gengivale: per prevenire e aiutare la risoluzione delle principali problematiche del cavo orale l'ideale è AftaBrand Plus, il gel con al suo interno zinco cloruro, lattoferrina e acido ialuronico.

ATTREZZATURE

VarioSurg 4

Una tecnologia che sappia combinare prestazioni, comfort e facilità di utilizzo diventa particolarmente importante in casi complessi quali possono essere gli interventi di asportazione e rimodellamento osseo. VarioSurg 4 nasce per rispondere, in modo affidabile e innovativo, a queste aspettative: il nuovo sistema a ultrasuoni per la chirurgia ossea è la più recente evoluzione della famiglia VarioSurg e rappresenta il risultato del costante lavoro di ricerca e sviluppo di NSK.

VarioSurg 4 si distingue per la grande potenza della sua tecnologia a ultrasuoni, capace di garantire al tempo stesso grande precisione e delicatezza nell'intervento, minimizzando i danni ai tessuti molli e riducendo l'invasività rispetto alle micro-frese e alle frese ossee tradizionali. Il manipolo ultra sottile e leggero, dotato di due Led, offre un'accessibilità e una visibilità elevate e



il suo design, ergonomico e ben bilanciato, riduce al minimo l'affaticamento dell'operatore nei trattamenti di lunga durata.

A questa sintesi di potenza, delicatezza e comfort contribuisce in modo decisivo la Modalità Burst, che emette piccole vibrazioni periodiche in risposta a una vibrazione costante, creando un "effetto martello" ottimale per il taglio dell'osso corticale con variazioni nelle vibrazioni. Selezionabile durante le procedure tramite il pannello di controllo, permette di scegliere tra tre diversi livelli di frequenza e di gestire così l'intervento di incisione in base alle esigenze della procedura chirurgica e alle effettive condizioni ossee.



La versatilità del nuovo VarioSurg 4 è ulteriormente valorizzata dall'ampia gamma di punte disponibili e, soprattutto, dal controllo a pedale wireless che, una volta collegato via Bluetooth il dispositivo al micromotore chirurgico Surgic Pro2, permette di gestire entrambi i dispositivi in modo semplice, riducendo i tempi dell'intervento. Il risultato è un sistema espanso e integrato per la chirurgia implantare.

i NSK Dental Italy
Tel. 0445.820070
info@nsk-italy.it
www.italy.nsk-dental.com

BIOMATERIALI

Venus Pure Shades

Con l'introduzione delle nuove Venus Pure Shades per i restauri di tutti i giorni, Kulzer apre la strada a una routine semplificata nella pratica restaurativa. I dentisti beneficiano di una selezione semplice e veloce di sole quattro tonalità che soddisfano i requisiti della moderna gestione dello studio.

Recentemente valutate dal Dental Advisor con +++, confermano i benefici attesi in termini di semplificazione nella selezione colore grazie alle quattro tonalità e al raggiungimento di un soddisfacente risultato in termini di adattamento colore anche con una stratificazione monocromatica.

La semplificazione e il risparmio di tempo sono al centro delle nuove Venus Pure Shades. Sono progettate per l'uso quotidiano sia nei restauri anteriori che posteriori. Promettono un'applicazione facilitata con la selezione ottimizzata e ridotta di sole quattro tonalità – Light, Medium, Dark e Bleach – che copre un'ampia gamma di colori e semplifica il processo di restauro. Le Venus Pure Shades sono state infatti sviluppate per armonizzarsi con la corrispondente gamma di colori Vita attraverso un perfetto equilibrio tra traslucenza, tonalità e intensità del colore che garantisce un perfetto adattamento e integrazione con il colore naturale del dente, nelle applicazioni su anteriori e posteriori.

Le quattro Venus Pure Shades consentono ottimi risultati con stratificazioni monocromatiche senza la necessità di un opaco. Questo è possibile in circa il 90% dei casi nelle regioni anteriori e posteriori, riducendo lo stress e i potenziali errori nella scelta del colore.

Oltre all'adattamento cromatico, la matrice TCD delle Venus Pure Shades offre eccellenti proprietà fisiche e di durata dei restauri, riducendo al minimo il rischio di scheggiature o fratture. Ulteriori vantaggi includono il basso stress da contrazio-



ne, che riduce il rischio di gap marginali e di carie secondarie. Le quattro nuove tinte sono disponibili sia nella conosciuta gamma di compositi Venus Pearl che Venus Diamond nei confezionamenti siringhe o PLT monodose. È stato inoltre creato un kit contenente il collaudato adesivo universale iBond Universal e l'innovativo composito fluido monocromatico Venus Bulk Flow One, che insieme alle nuove Venus Pure Shades ottimizza il flusso del lavoro restaurativo dell'odontoiatra.

i Kulzer
Tel. 02.2100941
info-italy@kulzer-dental.it
www.kulzer-dental.it/venus-pure

i Uragme
Tel. 06.87201556
info@uragme.it
www.uragmeonline.com



LUNOS®
MAKING SMILES BRIGHTER

MYLUNOS DUO

Progettato per l'eccellenza: la sinergia perfetta con il trealosio



Video
MyLunos Duo®

Il nuovo dispositivo combinato MyLunos Duo®

- Profilassi completa con ultrasuoni e spray con polvere Lunos di trealosio
- Flusso d'aria costante per proteggere dalle ostruzioni
- Due serbatoi per un rapido cambio della polvere, da Gentle Clean a Perio Combi
- Terminali compatibili con il manipolo MyLunos®

Per maggiori informazioni consultare il sito www.lunos-dental.com

**DÜRR
DENTAL**
THE BEST, BY DESIGN

IGIENE ORALE

Curasept Drymouth

La xerostomia è dovuta a una diminuzione del flusso salivare ed è un problema che accompagna circa il 20% della popolazione, una percentuale che arriva al 55% fra gli over 50. Secondo un'indagine interna condotta da Curasept, azienda italiana leader nella salute orale, presso 104 ospedali, il 78,6% dei reparti di patologia orale ha in cura pazienti per un problema di secchezza del cavo orale: nella maggior parte dei casi la percentuale di pazienti in cura per xerostomia è di circa il 20-30% del totale.

Le cause della xerostomia sono da ricercare principalmente nell'avanzare dell'età e nell'assunzione di farmaci che riducono la secrezione salivare a meno del 50%, soglia oltre la quale è percepita la sensazione della bocca asciutta. I farmaci ad azione xerogenica possono agire a livello periferico o centrale in modi molto diversi. «Secondo la nostra indagine i pazienti più a rischio sono coloro che assumono terapie farmacologiche, seguiti da pazienti diabetici, oncologici e anziani. Sono circa 500 i farmaci di uso comune che possono provocare la sensazione di secchezza nella bocca, tra antinfiammatori, antistaminici, ansiolitici, antidepressivi, antipertensivi, analgesici, antinfiammatori non steroidei, diuretici e beta-bloccanti. A queste si affiancano le terapie oncologiche e va anche detto che esiste una correlazione tra incidenza di xerostomia e numero di farmaci assunti» commenta Restituta Castellaccio, responsabile Ricerca & Sviluppo e Assicurazione Qualità di Curasept. Altre cause sono da ricercare in patologie come il diabete, disturbi neuropsichiatrici, malattie autoimmuni come la Sindrome di Sjogren, apnee notturne, stress, malattie

virali, Hiv e Hcv.

Curasept ha così sviluppato la linea Curasept Drymouth, pensata con lo scopo di portare benefici rapidi e tangibili per le diverse condizioni di riduzione del flusso salivare. La linea presenta una formula arricchita con un mix equilibrato di sostanze idratanti e dona sollievo immediato e prolungato nei casi di secchezza del cavo orale. L'azione sinergica tra elementi già presenti nella naturale composizione della saliva e agenti antiplacca favorisce la protezione del cavo orale, riducendo il rischio di carie e stimolando l'idratazione delle mucose orali. La linea ha inoltre un'azione muco-adesiva e protettiva sulle mucose irritate di coloro che soffrono di bocca secca.

La linea Curasept Drymouth è composta da cinque diversi prodotti dedicati a diverse esigenze di trattamento e situazioni cliniche: collutorio, spray e compresse sono suggeriti in caso di sintomi lievi e moderati per stimolare la salivazione residua (le compresse sono dotate di "tecnologia FizzFrapTech", dal forte potere stimolante della salivazione); l'applicazione combinata di gel e collutorio, invece, è consigliata in presenza di sintomatologia più grave, per alleviare bruciore e irritazione delle mucose. Il dentifricio, infine, è adatto in ogni circostanza per limitare i fenomeni irritativi durante le normali manovre di igiene orale.

i **Curasept**
Tel. 02.9622799
www.curaseptspa.it



BIOMATERIALI

Membrana di collagene Striate+

Striate+ è una membrana di collagene riassorbibile di origine suina per la rigenerazione guidata ossea e di tessuti molli. Si tratta dell'ultima generazione di membrane di collagene che, grazie al particolare processo di produzione, crea un ambiente favorevole per la rigenerazione rapida di tessuto osseo e molle di qualità elevata. È possibile utilizzare la membrana prima o contestualmente all'inserimento implantare e anche con tecniche di rialzo del seno mascellare. Grazie alle proprietà della struttura a doppio strato, la membrana si può applicare anche nel trattamento chirurgico di difetti parodontali.

La membrana è facile da fissare: è possibile suturare, fissare o stabilizzare la membrana senza lacerarla. Provoca una risposta antinfiammatoria minima e il suo riassorbimento è prevedibile entro 4-6 mesi, con una stabilizzazione e guarigione ottimali della ferita.

La matrice è ottimale per le seguenti indicazioni (1): trattamento dei difetti dell'osso mascellare in chirurgia orale e maxillo-facciale; rigenerazione ossea guidata (Gbr); rigenerazione tissutale guidata (Gtr); rigenerazione di difetti parodontali.

Striate+ offre una manipolazione facile: si adatta con facilità alla superficie ossea e non collassa quando viene idratata.



1) Allan B, Ruan R, Landao-Bassonga E, Gillman N, Wang T, Gao J, Ruan Y, Xu Y, Lee C, Goonewardene M, Zheng M. Collagen Membrane for Guided Bone Regeneration in Dental and Orthopedic Applications. Tissue Eng Part A. 2021 Mar;27(5-6):372-381.

i **BioHorizons Camlog Italia**
Tel. 051.590700
marketing.italia@biohorizons.com

ATTREZZATURE

Centrifuga Process for PRF



La centrifuga Duo Quattro per la produzione di PRF, ideata e prodotta dal dottor Joseph Choukroun e distribuita in esclusiva per l'Italia da Intra-lock System Europa, è progettata con sei impostazioni pre programmate facili da usare. Queste impostazioni consentono di selezionare il protocollo di centrifugazione appropriato in base alle esigenze del paziente. Viene inoltre fornita una settima impostazione che consente di modificare le velocità di centrifuga e il tempo di ciclo. Il design del Duo Quattro limita le vibrazioni che riducono il decadimento della fibrina.

La scelta della provetta per il prelievo del sangue dipende dal tipo di PRF che si desidera creare.

- Provetta Rossa A-PRF: fibrina ricca di piastrine avanzata, con una maggiore concentrazione di fattori di crescita.
- Provetta Viola I-PRF: fibrina ricca di piastrine iniettabile, indicata per trattamenti estetici e rigenerativi.
- Provetta Verde S-PRF: fibrina ricca di piastrine utilizzata in combinazione con biomateriali per la creazione dello sticky bone.

Tutte le provette vengono utilizzate con PomPac e PomCol per ottenere coaguli più grandi e tempi di coagulazione più ottimali.

Gli strumenti forniti nel sistema Process for PRF consentono la manipolazione e il trasporto di coaguli di fibrina PRF. Incluso nel kit il nuovo PRF Box; un contenitore in acciaio inossidabile che consente la pressatura dei coaguli di fibrina in varie forme. PRF Box consente ai medici di produrre membrane A-PRF, tappi A-PRF e membrane plasmatiche S-PRF.

Nel kit sono inclusi anche una serie di strumenti manuali che danno la possibilità di modificare e trasportare facilmente le membrane di fibrina. Le ciotole in acciaio inossidabile e un vassoio sono inclusi nel kit, offrendo agli operatori una superficie di lavoro sterile per modificare i coaguli di fibrina e mescolare i materiali di innesto. Questi strumenti forniscono ai medici tutti gli strumenti necessari per elaborare A-PRF, i-PRF e S-PRF in modo semplice e prevedibile. Gli strumenti forniti dal sistema Process for PRF possono essere facilmente trasportati e sterilizzati nel PolySteribox. Questa cassetta ha un filtro in PTFE unico che consente di sterilizzare la scatola al di fuori di una confezione sterile. Una volta sterilizzati, i filtri PolySteribox manterranno sterile il contenuto all'interno della scatola per diverse settimane. Grazie al suo materiale semitrasparente, il contenuto del PolySteribox è visibile e può essere esaminato senza aprire la scatola. I sigilli di sterilizzazione indicano se la scatola è già stata sterilizzata. La manutenzione del PolySteribox è semplice e richiede solo controlli visivi di base. Questa cassetta consente di conservare e sterilizzare tutta la strumentazione fornita nel sistema Process for PRF.

i **Intra-lock System Europa**
Tel. 089.233045
info@intra-lock.it
www.intra-lock.it

Nuovi Tbase

per la linea implantare conica FTK



Piano **antirotazionale coronale** per dare maggiore ampiezza e migliorare la stabilità dei restauri protesici.

Nuove linee di taglio per l'altezza coronale, gestibili anche nel workflow **digitale**.

Altezze transmucose aumentate per gestire meglio i tragitti transmucosi lunghi negli impianti sottocrestali.



I nuovi Tbase sono disponibili anche per la linea implantare conometrica ImpLassic FTP

Inquadra il QR code per le specifiche tecniche



Dental Tech

A colorful future

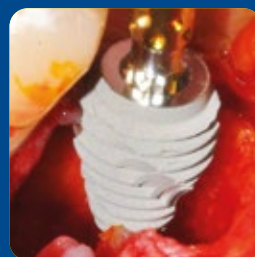
I CASI CLINICI DI

DentalAcademy.it

ESPERIENZE CLINICHE IN ORTODONZIA



Follow-up a 10 anni di cinque impianti a carico immediato posizionati con chirurgia protesicamente guidata



Sostituzione di un molare con impianto post estrattivo di largo diametro



Impianto in 4.4: ottimo sviluppo dei tessuti molli perimplantari senza modulazione del provvisorio



Riabilitazione post estrattiva a carico immediato con sostituti ossei, matrici eterologhe e gel a base di polinucleotidi

IN LIBRERIA



Autori:
Claudio Di Maria
Marzia Niso

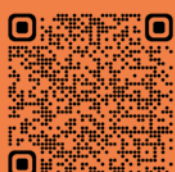
Coordinatore scientifico:
Roberto Pistilli



Prevenzione e gestione delle emergenze nello studio odontoiatrico



Autore: Carlo Ripa



Medicina globale per il benessere. Sistema nervoso centrale, sport e stile di vita



Autori:
Marco Salin
Mario Scilla
Alessio Casucci
Francesco Di Gioia



Allungamento chirurgico di corona clinica

CASO CLINICO

Follow-up a 10 anni di cinque impianti a carico immediato posizionati con chirurgia protesicamente guidata

La paziente, di 19 anni di età, si è presentata presso il reparto di Implantologia dell'Università degli Studi di Cagliari in quanto, a seguito di un incidente stradale, aveva perso cinque elementi dentari del gruppo frontale superiore, con conseguente riassorbimento del tessuto osseo.

La pianificazione del caso aveva come punto focale la preparazione di una dima radiologica costruita in laboratorio a seguito di una ceratura diagnostica che permettesse il massimo sfruttamento dei tessuti residui per il miglior risultato estetico (figg. 1 e 2). Sulla base di un esame radiografico Cbct, eseguito con la suddetta dima radiologica posizionata in bocca, è stato pianificato con il software 3Diagnosys Leone l'inserimento di cinque impianti Max Stability Ø 3,75 x L 12 mm XCN Leone (fig. 3); sovrapponendo i dati digitalizzati provenienti dall'impronta del paziente, si è stampato un modello master 3D in resina trasparente bicolore con gli impianti nella posizione

pianificata. Su questo modello il laboratorio ha costruito una mascherina per la chirurgia guidata e realizzato, sulla base del progetto diagnostico, cinque corone provvisorie in resina unite e solidarizzate agli impianti per mezzo di monconi temporanei in Peek (fig. 4).

La chirurgia si è tenuta a ottobre 2012 (figg. 5, 6 e 7). Dopo quattro mesi, sono state prese le impronte per la realizzazione di cinque corone singole in ossido di zirconio con ceramica stratificata cementate extra-oralmente su monconi anatomici in titanio (figg. 8, 9 e 10).

Gli obiettivi estetici, la simmetria con l'emiarcata controlaterale, l'armonia di gruppo e l'integrazione con i tessuti molli sono stati ampiamente raggiunti e sono rimasti stabili nel tempo come conferma il controllo clinico e radiografico a distanza di 10 anni dalla chirurgia (figg. 11 e 12).

Questo case report con follow-up a 10 anni dimostra che le

Nazario Russo, libero professionista a Benevento

Giacomo Coppola, libero professionista ad Arzano (Napoli)

Davide Montisci, libero professionista a Oliena (Nuoro)

Renato Turrini, libero professionista a Massarosa (Lucca)

Si ringrazia Massimiliano Pisa, titolare del laboratorio Dental Giglio di Firenze, per l'apporto a questo articolo e per la realizzazione dei dispositivi chirurgici e protesici

nuove tecnologie, quali la radiologia 3D, i software di pianificazione implantare, la chirurgia guidata e il Cad/Cam protesico, se utilizzate con i corretti protocolli e materiali, possono tradursi in predicibilità dei risultati sia chirurgici che protesici, contribuendo alla diminuzione dell'invasività dell'intervento e a una migliore prognosi nel tempo. Il mantenimento a distanza di 10 anni del risultato ottenuto è sicuramente anche da attribuire alla stabilità meccanica e al perfetto sigillo microbiologico della connessione a cono Morse tra moncone e impianto XCN Leone, oltre all'igiene accurata della paziente.



Fig. 1: ceratura diagnostica che guiderà tutte le fasi successive



Fig. 2: dima radiologica con denti in bario al 6% che riporta la forma e posizione ideale della protesi che dovrà essere realizzata

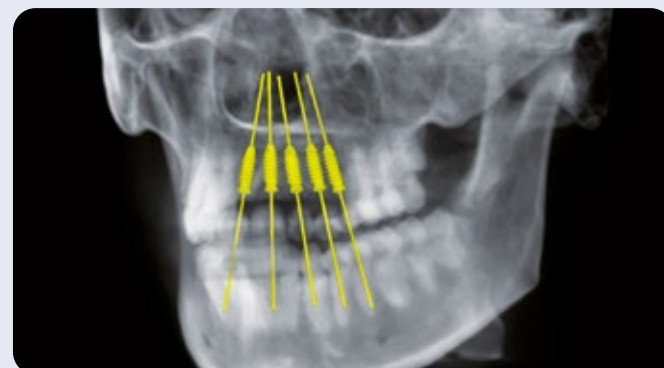


Fig. 3: Cbct con le informazioni protesiche trasmesse dalla dima radiologica e con gli impianti pianificati



Fig. 4: modello master 3D con gli impianti nella posizione pianificata e i monconi temporanei preparati, provvisorio immediato e guida chirurgica



Fig. 5: fresaggio guidato dalle bocche nella guida; preparazione dei siti con fresa pilota, fresa Zero1 e fresa svasatrice per chirurgia guidata



Fig. 6: inserimento guidato degli impianti



Fig. 7: provvisorio immediato cementato sui monconi temporanei



Fig. 8: corone cementate extra-oralmente su monconi anatomici



Fig. 9: rimozione dei monconi temporanei e consegna delle corone definitive



Fig. 10: corone appena attivate negli impianti



Fig. 11: controllo clinico ottobre 2022 a distanza di 10 anni dalla chirurgia

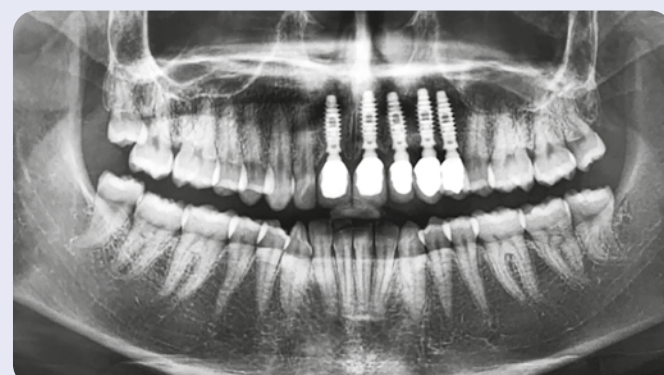


Fig. 12: controllo radiografico ottobre 2022 a distanza di 10 anni dalla chirurgia; si nota un ottimo mantenimento dei livelli ossei perimplantari

**CONTENUTO
EXTRA**

VIDEO - Follow-up a 10 anni di cinque impianti a carico immediato posizionati con chirurgia protesicamente guidata



CASO CLINICO

Impianto in 4.4: ottimo sviluppo dei tessuti molli perimplantari senza modulazione del provvisorio

A dieci anni dal lancio di Prama, è stata immessa nel mercato la sua evoluzione: Prama Power. L'impianto, sempre un intramucoso "one piece", è stato ottimizzato nel profilo endosseo per facilitare l'inserimento senza compromettere la stabilità primaria, ma il suo massimo beneficio resta la capacità di indurre un perfetto sigillo biologico e l'attivazione precoce dei fibroblasti grazie alla combinazione del profilo convergente con la superficie UTM. Questo caso clinico dimostra come il solo collo sia in grado di massimizzare lo sviluppo dei tessuti molli perimplantari senza ulteriori input morfologici da parte della corona.

Caso clinico

Il paziente, di anni 66, non fumatore e in buona salute generale, si presenta alla nostra osservazione con un'igiene evidentemente trascurata e un fallimento endodontico a livello dell'elemento 4.4 che ha causato un grave riassorbimento radicolare. L'intera

area, radiotrasparente alla prima valutazione con radiografia endorale, al momento dell'estrazione si è rivelata piena di tessuto granulomatoso. Dopo accurato curettaggio del sito, si è proceduto a una bio-socket preservation con plasma ricco in fattori di crescita piastrinici.

Al rientro a tre mesi l'osso risultava essere maturato in maniera soddisfacente, raggiungendo una densità ossea tipo D2-D3 (Leckholm&Zarb 1985). Data la forma dell'osso evidenziata dalla Tac, si è optato per un impianto a carico immediato utilizzando un Prama RF Power Short Neck Ø 3.80 mm e altezza 10 mm per sfruttare la convergenza del collo e l'ottima stabilità primaria ottenibile. Al momento della chirurgia si è generata una frattura vestibolare a legno verde, a cui si è ovviato effettuando una Gbr con osso recuperato dal fresaggio a basso numero di giri (80 Rpm senza irrigazione esterna; Dr. Cianci's Surgical Protocol) e membrana bovina riassorbibile (Geistlich Bio-Gide). Per



Massimo Cianci
Libero professionista
presso Stomatologico
Lariano di Dubino
(Sondrio)

Tommaso Cianci
Libero professionista
presso Stomatologico
Lariano di Dubino
(Sondrio)

Ines Cianci
Odontotecnico presso
Stomatologico Lariano
di Dubino (Sondrio)

ottenere un corretto posizionamento del collo in relazione ai tessuti molli, che preoperatoriamente erano spessi circa 2,55 mm in cresta, è stata effettuata una sovrappreparazione in lunghezza per 1,5 mm, con gli strumenti già presenti nel kit chirurgico, per poter affondare il collo dell'impianto in posizione parzialmente sub-crestale.

Dopo aver rilevato una scansione intraorale con scanner Trios 3Shape e utilizzando il programma Cad 3Shape Dental System, è stato confezionato in laboratorio un provvisorio avvitato per carico immediato in Pmma stampato in 3D incollato su un pilastro Lmdt non rotatorio da 6 mm (Ines Cianci Cad Cam Tech), che ha la particolarità di avere un profilo a finire che permette di personalizzare il margine di chiusura in base all'emergenza. Questo abutment consente in modo davvero facile al clinico e all'odontotecnico di dare una forma biologicamente rispettosa al profilo di emergenza al fine di avere molto spazio per la modellazione della porzione estetica. Presenta inoltre una finestra per poter angolare il foro vite fino a 30°.

In questo caso specifico si è preferito non modificare il provvisorio durante tutto il periodo di guarigione dei tessuti molli: questo ci ha consentito di apprezzare quanto il loro sviluppo dipenda sostanzialmente dalle peculiarità del collo Prama, ovvero la morfologia iperbolica e la finitura Utm.

Per non ostacolare in alcun modo la cicatrizzazione e la crescita dei tessuti molli, nell'immediato post operatorio è stato suggerito al paziente di pulire la corona con uno spazzolino a setole morbide, evitando il lembo. Sono stati prescritti sciacqui con clorexidina 0,2%, non prima di 24 ore dopo l'intervento. Immediati, voluminosi e ben documentati in questo caso i processi di guarigione dei tessuti molli perimplantari nella prima settimana dall'inserimento del Prama Power.

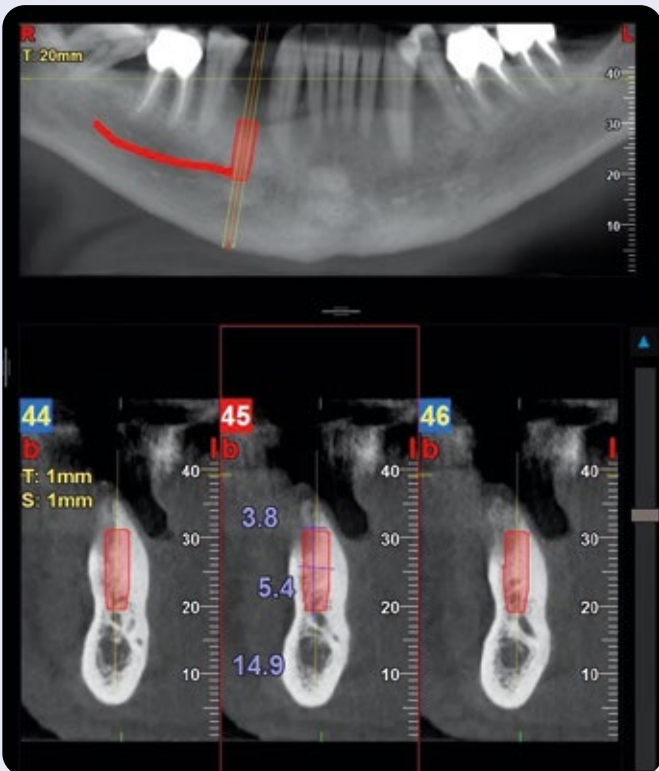


Fig. 1: Tac prechirurgica con studio del posizionamento implantare



Fig. 2: guarigione dei tessuti molli a 24 ore



Fig. 3: guarigione dei tessuti molli a una settimana, alla rimozione delle suture



Fig. 4: guarigione dei tessuti molli a tre mesi, visione occlusale

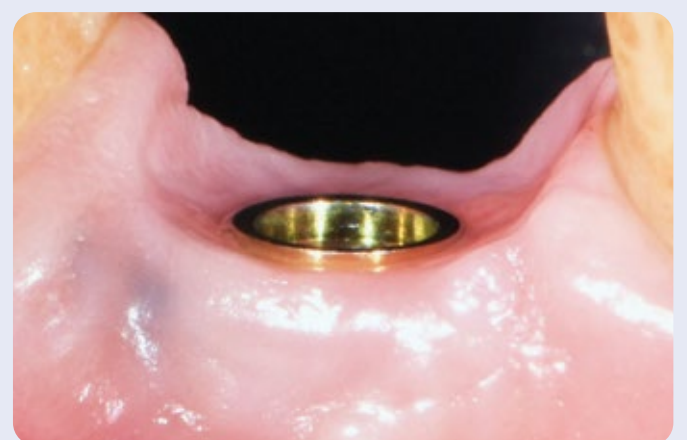


Fig. 5: guarigione dei tessuti molli a tre mesi, visione vestibolare

sweden & martina

Le cose che funzionano non cambiano, **EVOLVONO.**



Prama è unico.

PRAMA POWER



CASO CLINICO

Sostituzione di un molare con impianto post estrattivo di largo diametro

Quando nella regione molare dobbiamo posizionare un impianto post estrattivo, la difficoltà principale che incontriamo è la discrepanza tra le dimensioni dell'alveolo e il diametro dell'impianto.

Nella maggioranza dei casi il diametro dell'impianto è troppo stretto rispetto alle dimensioni dell'alveolo per poter ottenere una soddisfacente stabilità primaria. Inoltre, in diverse occasioni, ci troviamo in contiguità con strutture anatomiche quali il seno mascellare o il nervo alveolare inferiore, che non ci consentono di trovare stabilità anatomica più apicalmente rispetto alla profondità dell'alveolo. Questo rende impossibile posizionare un impianto, quindi si deve attendere la completa guarigione del sito post estrattivo. Si assiste così a un'importante contrazione del volume dell'osso alveolare, che può subire un riassorbimento an-

che del 40% già nei primi 3/4 mesi. Dopo tale alterazione morfologica, per ripristinare l'elemento mancante si deve ricorrere all'utilizzo di impianti standard, che dal punto di vista biomeccanico e anatomico non rappresentano la scelta migliore. Seguendo questo approccio il paziente deve subire due interventi: l'estrazione e, dopo 4 mesi, l'inserimento di un impianto standard. Con l'approccio Ultra post estrattivo è possibile invece trattare il paziente con un unico intervento chirurgico, durante il quale verranno eseguiti l'estrazione e il contestuale inserimento dell'impianto Ultra (Btk) così da poter, a distanza di 4 mesi, finalizzare il caso. Questo trattamento comporta anche molti vantaggi dal punto di vista biologico in quanto si sfrutta il potere rigenerativo di guarigione ossea dell'organismo per l'osteointegrazione dell'impianto, riducendo le contrazioni volumetriche dei tessuti ossei e gengivali che fisiologicamente seguono l'estrazione.

Caso clinico

Uomo di 55 anni, dopo l'estrazione del 36 a causa di una frattura radicolare (fig. 1), utilizzo la fresa diamantata da 5 mm per creare una "doccia" al centro dell'alveolo; utilizzo poi una fresa lanceolata puntata al centro della "doccia" (è molto importan-



Antonio Olivo
Chirurgo maxillo-facciale
Libero professionista presso il centro
Medical Center Padova

te puntare la tracciante esattamente nella posizione desiderata, altrimenti è molto difficile spostare poi la posizione di perforazione con le frese successive) (fig. 2). Dopo l'utilizzo di una fresa finale a forma, si posiziona l'impianto Ultra. L'impianto nella foto ha lunghezza 10 mm e diametro 8 mm: questo impianto ha un disegno delle spire molto tagliente per un'ottima presa nell'alveolo chirurgico (fig. 3). L'impianto non deve mai entrare in contatto con la corticale buccale (fig. 4), mentre l'alveolo, nella sua porzione distale, è occupato dal corpo implantare. Eseguo un riempimento dell'area cistica con biomateriale sintetico Rigena della Btk e una membrana contenitiva PRGF, con lo scopo di mantenere il volume dell'osso buccale, riducendo le modificazioni post estrattive dell'alveolo. La vite di guarigione in peek 8x8 mantiene un profilo di emergenza ideale (fig. 5), sostenendo in maniera appropriata i tessuti gengivali buccali ed esercitando una funzione di "tappo" contenitivo per il biomateriale posizionato buccalmente.

Il risultato protesico del definitivo, a distanza di tre mesi, è più che soddisfacente dal punto di vista biologico, biomeccanico e di disegno protesico e migliorerà con i mesi a venire stimolando una rigenerazione delle papille mesiali e distali.

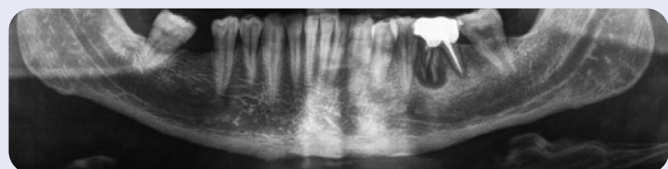


Fig. 1



Fig. 2

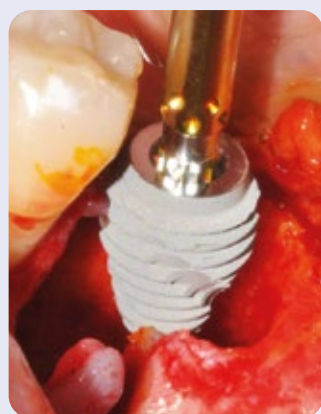


Fig. 3

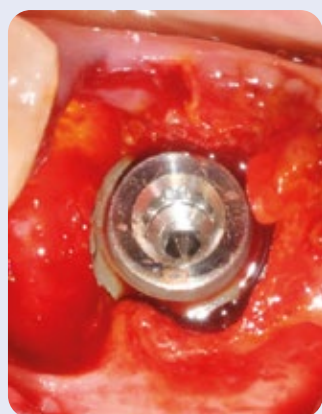


Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Implanting Trust,
Smile Again!

ULTRA

**L'IMPIANTO POST ESTRATTIVO
DI LARGO DIAMETRO
PER SETTORI POSTERIORI**

**KIT E PROCEDURA CHIRURGICA DEDICATA
E VITI DI GUARIGIONE ANATOMICHE**



12 SELF
TAPPING





Inquadra il QR code
e guardalo in azione



CASO CLINICO

Riabilitazione post estrattiva a carico immediato con sostituti ossei, matrici eterologhe e gel a base di polinucleotidi

Il caso clinico riguarda una paziente di 44 anni, Asa 1, non fumatrice, che si è presentata con restauri incongrui e un aspetto estetico compromesso (fig. 1). La paziente ha richiesto una riabilitazione fissa del primo quadrante mediante impianti.

Le valutazioni cliniche e radiologiche preliminari hanno evidenziato la presenza di processi cariosi radicolari, fratture dentali, infiltrazioni e lesioni endo-parodontali sugli elementi dentali coinvolti (fig. 2). Valutate diverse opzioni, è stata pianificata una riabilitazione implantologica post estrattiva a carico immediato con programmazione computer assistita.

La pianificazione è stata eseguita con scansioni intraorali e software dedicati, permettendo una visualizzazione dettagliata delle strutture ossee e una precisa progettazione dell'inserimento degli impianti.

L'impronta digitale delle arcate e la relazione intermascellare sono stati realizzati utilizzando uno scanner intraorale (Trios 5, 3Shape). Una tomografia computerizzata cone-beam (Cbct) è stata eseguita per valutare l'anatomia del maxillare e le radici dei denti residui.

I file stl ottenuti dalla scansione digitale sono stati sovrapposti ai dati Dicom della Cbct utilizzando un software di pianificazione (RealGuide, 3Diemme).

La posizione degli impianti è stata pianificata virtualmente mediante una ceratura digitale con l'ausilio di software Cad dentale (exocad DentalCad) (fig. 3).

Contemporaneamente, sono state progettate e realizzate protesi provvisorie in polimetilmetacrilato (Pmma) rinforzato con struttura metallica. Il progetto digitale è stato trasferito in una guida chirurgica prodotta tramite stampa 3D (fig. 4).

Durante l'intervento, gli elementi dentali dal 1.1 al 1.7 sono stati estratti utilizzando una tecnica minimamente invasiva e con l'ausilio di una dima chirurgica a supporto dentale, stabilizzata con pins chirurgici, sono stati inseriti impianti (Camlog progressive line, BioHorizon Camlog) nelle posizioni 1.1 (3.8x13 mm), 1.3 (3.8 x 13 mm), 1.4 (3.8 x 13 mm) e 1.6 (4.3 x 11 mm), seguendo i parametri definiti dal protocollo di chirurgia guidata (fig. 5).

Per minimizzare il rimodellamento osseo nei siti post estrattivi, è stata adottata una tecnica di preservazione dell'alveolo



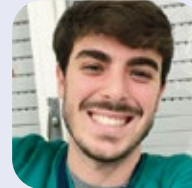
Mario Beretta



Pier Paolo Poli



Mattia Manfredini



Andrea Sanci



Giorgia Creminelli

Università degli Studi di Milano
Dipartimento di Scienze biomediche, chirurgiche e odontoiatriche
Fondazione Irccs Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico
Chirurgia maxillo-facciale e odontostomatologia

(socket preservation) utilizzando un sostituto osseo bovino deproteinizzato (Geistlich Bio-Oss, Geistlich Pharma) miscelato con un gel viscoelastico a base di polinucleotidi e acido ialuronico (Regenfast, Officina Biofarmaceutica Mastelli). Questa miscela è stata posizionata in tutti gli alveoli post estrattivi e negli spazi tra la superficie implantare e la parete ossea alveolare (fig. 6).

Per incrementare lo spessore del tessuto molle vestibolare è stata eseguita una tecnica di avanzamento coronale con approccio bilaminare. È stata impiegata una matrice collagenica cross-linkata (Geistlich Fibro-Gide, Geistlich Pharma), impregnata con gel a base di polinucleotidi e acido ialuronico (Regenfast) fissata vestibolarmente al piano periostale (fig. 7).

Il lembo chirurgico è stato avanzato coronalmente posizionando le papille chirurgiche a livello del tessuto interprossimale disepitelizzato. La sutura con filo di acido poliglicolico 6/0 ha permesso di stabilizzare il lembo in una posizione coronale per correggere le recessioni gengivali esistenti.

Gli impianti sono stati immediatamente caricati con protesi provvisorie in Pmma preparate precedentemente, garantendo un ripristino estetico e funzionale immediato.

I controlli post operatori hanno mostrato una guarigione priva di complicanze (fig. 8). Trascorsi 5 mesi, i provvisori sono stati modificati per condizionare la forma dei tessuti molli perimplantari, ottenendo un corretto profilo vestibolare della cresta e un'anatomia festonata dei tessuti molli.

Il caso clinico è stato finalizzato con l'inserimento di restauri definitivi in zirconia monolitica, evidenziando una corretta integrazione estetico-funzionale delle corone protesiche (figg. 9 e 10).



Fig. 1: situazione clinica pre operatoria



Fig. 2: Opt pre operatoria



Fig. 3: pianificazione computer assistita dell'inserimento implantare



Fig. 4: dima chirurgica a supporto dentale fissata con pin vestibolare e palatale

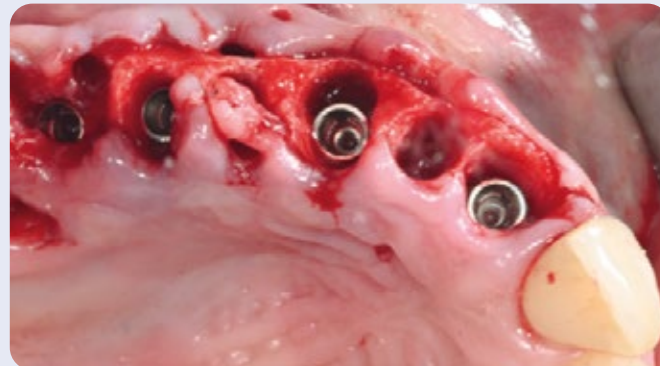


Fig. 5: visione occlusale degli alveoli post inserimento implantare



Fig. 6: miscela di osso bovino deproteinizzato e gel a base di polinucleotidi



Fig. 7: foto clinica dopo socket preservation e applicazione di matrice collagenica cross-linkata eterologa



Fig. 8: controllo a 8 giorni



Fig. 9: restauri definitivi in zirconia

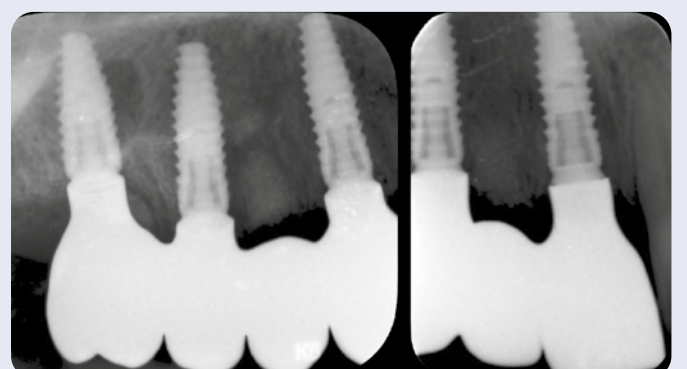


Fig. 10: radiografia endorale che evidenzia la rigenerazione ossea ottenuta

LA SENSIBILITÀ HA I MINUTI CONTATI.

REMINERALIZZA E MANTIENE A LUNGO I RISULTATI.



ATTIVITÀ
• REMINERALIZZANTE
BIOMIMETICA.

AZIONE
• DESENSIBILIZZANTE
PROLUNGATA.

• 3 BREVETTI E
24 STUDI CLINICI.

CURASEPT BIOSMALTO LINEA DENTI SENSIBILI

Numerosi studi clinici attestano che la linea **CURASEPT BIOSMALTO Denti Sensibili** grazie alla sua formulazione brevettata con Idrossiapatiti parzialmente sostituite e sali di Potassio **occlude i tubuli dentinali sin dal primo trattamento** con una riduzione quasi immediata della sensibilità. È dimostrata inoltre una **remineralizzazione duratura** delle superfici dentarie e una resistenza prolungata agli attacchi acidi.



LA SCIENZA NON MENTE

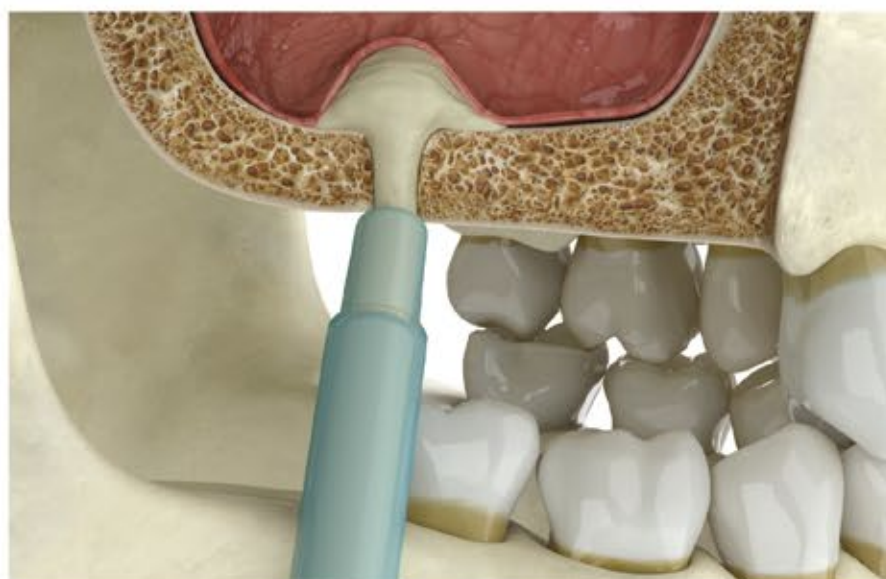
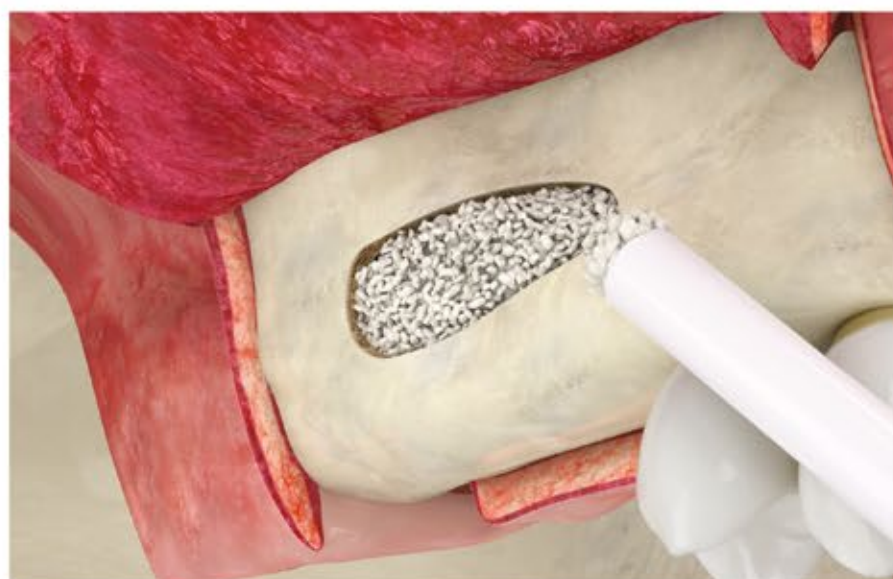
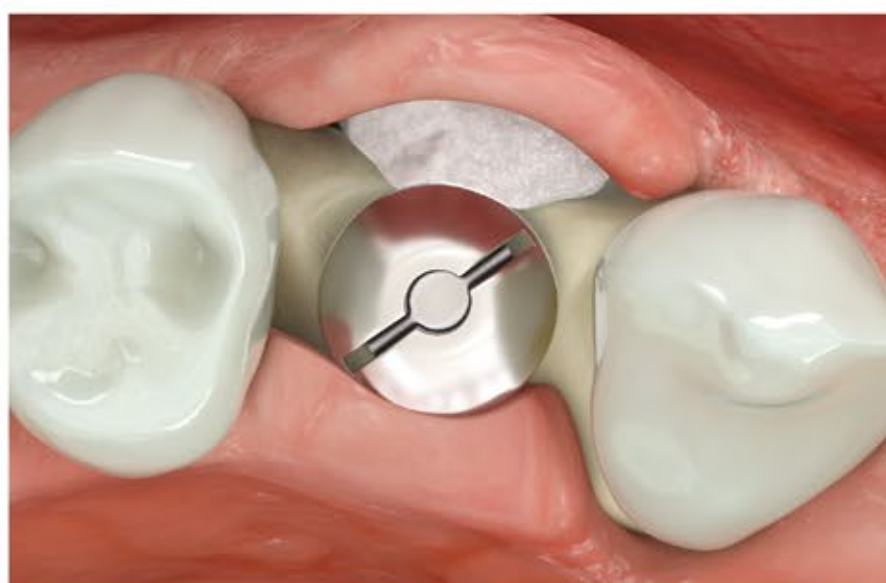
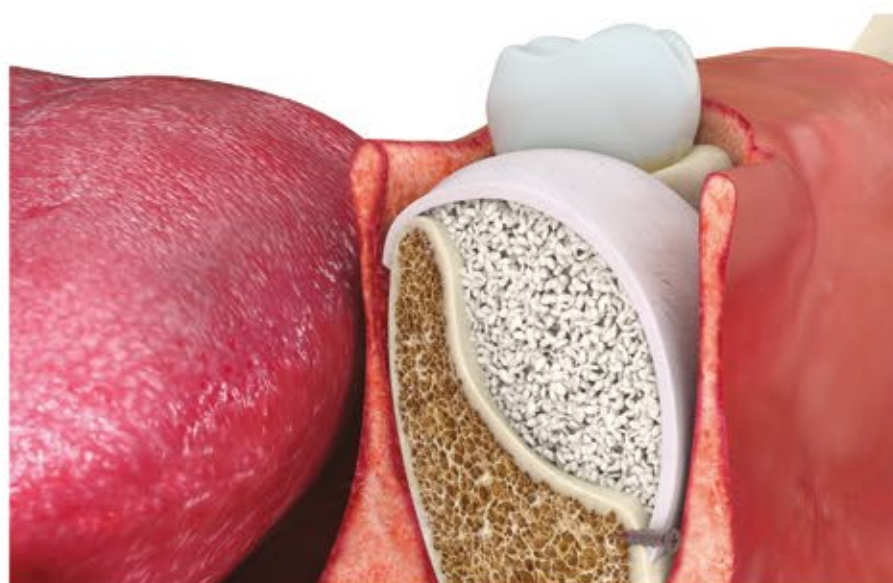
Inquadra il QR Code e registrati alla sezione contenuti extra. Potrai consultare il folder clinico Biosmalto con gli studi scientifici di riferimento.



curaseptspa.it



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