

Rocanal
Cemento Endocanalare

MOST TRUSTED BRAND

+3 Buoni motivi per scegliere Rocanal®

SWISS MADE

SEMPLICE
da applicare e da rimuovere

SICURO
affidabile e efficace

ECONOMICO
prezzo vantaggioso!
(ca. 40 trattamenti per confezione)

medirel
www.medirel.com

Italian Dental JOURNAL

Anno XXI Numero 3/2026



Nicola Scotti
Presidente Efed

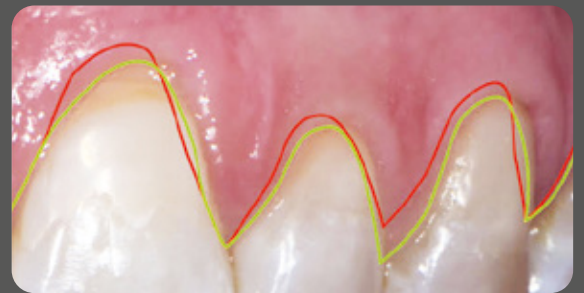
Aic-ConsEuro, il futuro della conservativa: sempre più digitale, ma resta una disciplina manuale

Il congresso Aic-ConsEuro riporta l'odontoiatria italiana al centro del confronto europeo, offre uno spazio di confronto internazionale tra ricerca, didattica e pratica clinica e si interroga sul futuro della disciplina.

«Di tutte le branche, è quella che probabilmente vedrà più tardi una completa digitalizzazione

dei flussi di lavoro» afferma il professor Nicola Scotti, presidente della European Federation of Conservative Dentistry. La conservativa resta infatti una disciplina con una componente manuale difficilmente eliminabile e condizionata «dalla capacità dell'odontoiatra di gestire situazioni complicate direttamente nel cavo orale».

Ricostruzione cervicale: la nuova tecnica Bovr



Injection technique, istruzioni per l'uso



TOP NEWS



DentalAcademy.it



AUTORE Aldo Crespi

Guarigione radiologica incompleta in un ritrattamento endodontico



AUTORE Marco Cirmeni

Riabilitazione estetica integrata: approccio digitale ortodontico restaurativo in un caso complesso

ULTIMI POST



PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE
GUIDA CHIRURGICA
€100,00*

CORONA IN ZIRCONIO INTEGRALE
O LEGA-CERAMICA A PARTIRE DA:

€50,00*



VITE IMPIANTARE
CON MONCONE INCLUSO
€55,00*

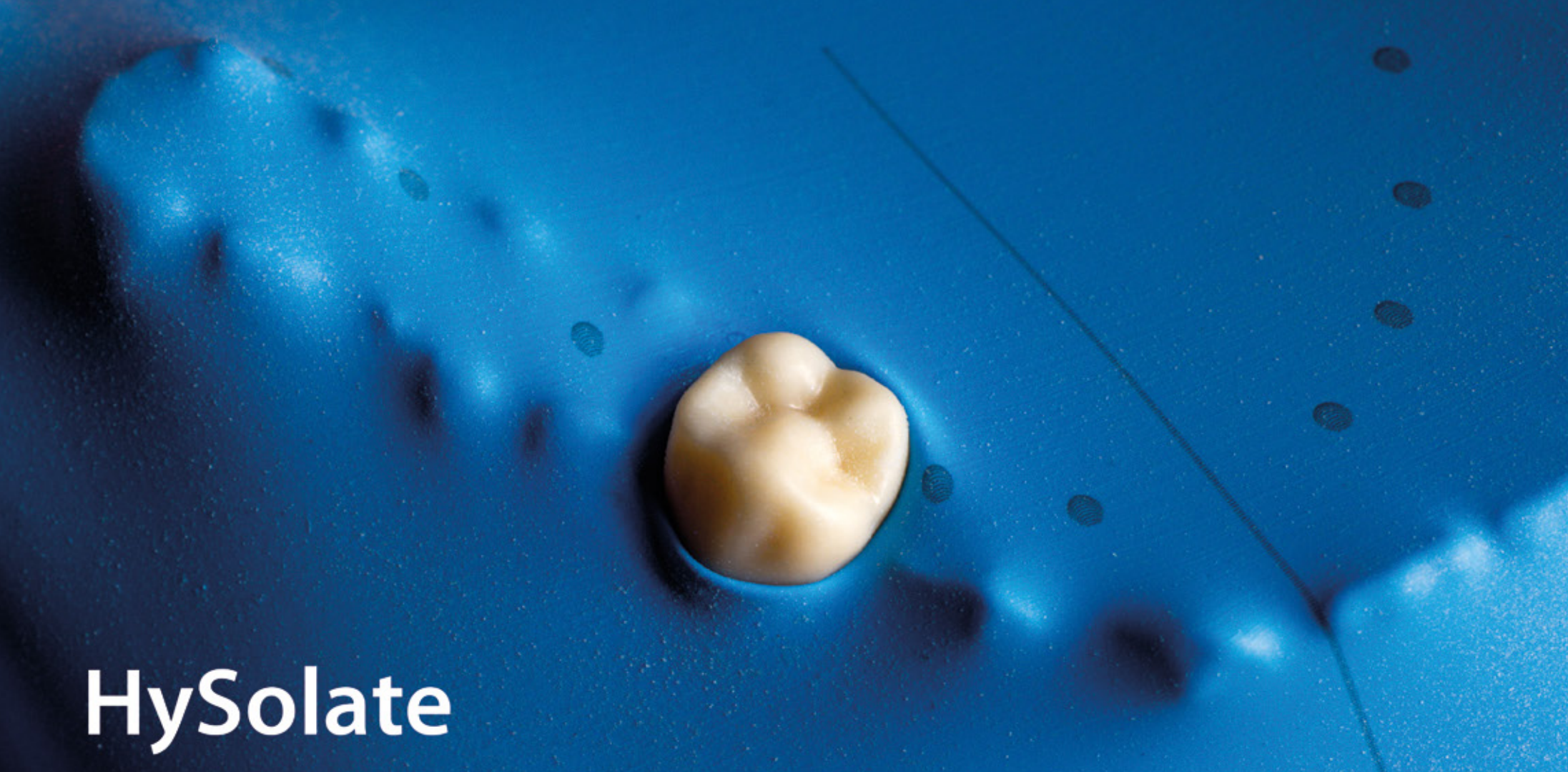
*Si applicano termini e condizioni



DIADEMA DENT
La Qualità al Primo Posto

Via Ennio Bonifazi, 47 00167 Roma (RM)
☎ 06/97858717 - 351/9985219
✉ diademadent.it@gmail.com
🌐 www.diademalab.it





HySolate

SyntX Dam Non Latex

La diga dentale senza lattice più evoluta per un isolamento più rapido e una retrazione sicura

Perché HySolate SyntX?



- + Anallergica, in poliisoprene
- + Estremamente elastica e resistente
- + Facile da posizionare anche in situazioni operative complesse
- + Resistente alle soluzioni irriganti endodontiche

 **COLTENE GROUP**

Efcd oltre ConsEuro: «materiali e protocolli per migliorare la clinica»

Nicola Scotti, alla guida della Federazione europea, vuole favorire lo sviluppo di materiali e protocolli per affrontare le reali necessità cliniche del dentista generico ed elevare la qualità media dell'odontoiatria conservativa in Europa



Nicola Scotti

Dal 7 al 9 maggio Bologna ospita il 27° Congresso dell'Accademia italiana di odontoiatria conservativa e restaurativa (Aic), che quest'anno accoglierà ConsEuro 2026, frutto della collaborazione tra Aic e la European Federation of Conservative Dentistry (Efcd).

Ad aprire i lavori saranno il presidente Aic, **Mario Alessio Allegri**, e il presidente Efcd **Nicola Scotti**, che sottolineano come l'incontro prometta di coniugare la tradizionale eccellenza clinica italiana con contenuti scientifici di respiro internazionale.

Il programma si articola in tre giornate. Giovedì spazio alle tavole cliniche con le aziende partner Aic e al teacher meeting dedicato alla deep margin elevation, con focus su interfaccia parodontale-restaurativa, fratture profonde e riassorbimenti cervicali. Venerdì è la giornata dell'odontoiatria conservativa ed estetica: tendenze globali, restauri diretti estesi, pianificazione digitale, materiali innovativi e un simposio sui materiali bioattivi. Sabato chiusura con restaurativa indiretta full-mouth e cariologia moderna, in una sessione aperta anche agli igienisti dentali.

Oltre a essere presidente della Federazione europea, Nicola Scotti è professore all'Università di Torino e figura di riferimento in ambito restaurativo: lo abbiamo intervistato su alcuni dei temi chiave del congresso.

Professor Scotti, il congresso Aic, che quest'anno ospita ConsEuro, rappresenta un momento di confronto tra la scuola italiana e quella europea. Qual è, a suo avviso, il valore aggiunto di questa sinergia scientifica?

Il congresso rappresenta un'occasione duplice. Da un lato, consente di valorizzare e mettere in evidenza la qualità dell'attività scientifica dell'Aic in un contesto europeo. ConsEuro, infatti, è il congresso della federazione europea che riunisce le diverse società scientifiche nazionali e si svolge con cadenza biennale in Paesi diversi: ospitarlo in Italia significa riportare l'odontoiatria italiana al centro del confronto europeo.

Dall'altro lato, è soprattutto un momento di incontro. Al termine congresso, io preferisco quello di meeting, che mette al centro il confronto diretto tra colleghi e realtà internazionali, favorendo lo scambio di idee ed esperienze. In questa direzione si inseriscono anche alcuni momenti specifici del programma, come il Teacher Meeting e il Bioactive Symposium, pensa-

ti per promuovere il dialogo su temi centrali della conservativa. Il primo è dedicato agli aspetti educazionali, in particolare alla gestione dei margini profondi e alla rilocalizzazione del margine; il secondo riunisce esperti europei per fare il punto sui materiali bioattivi e sviluppare documenti di consenso utili alla pratica clinica. ConsEuro si configura quindi non solo come un evento di aggiornamento, ma come uno spazio di confronto internazionale tra ricerca, didattica e pratica clinica.

Cosa c'è nel futuro dell'odontoiatria conservativa riguardo a nuovi materiali e nuove tecniche? Quali innovazioni ritiene davvero destinate a modificare la pratica clinica?

Una grande innovazione sarà costituita dai materiali bioattivi. Non si è visto ancora molto ma si stanno sviluppando e certamente si affermeranno in futuro, essendo in grado di interagire con i substrati dentali per indurre una modifica tendente a una guarigione e a una ricostituzione, limitando

così la complessità della procedura operativa. Se ne parla molto riguardo alla prevenzione e alla remineralizzazione, quindi negli interventi iniziali su lesioni cariose.

Dal lato totalmente opposto, quello della ricostruttiva pura, ancora si è visto molto poco, si stanno studiando materiali stampabili in 3D; attualmente c'è una tendenza verso materiali che guardano molto al passato, a resine simili ai compositi di vent'anni fa, ma che sicuramente potranno incidere molto sull'aspetto gestionale ed economico, perché la stampa 3D, rispetto all'attuale tecnica di fabbricazione dei manufatti, limita lo spreco dei materiali, ne permette il riutilizzo e rende la produzione più rapida. Quindi, in questo caso, i materiali potrebbero essere simili a quelli attuali, ma le metodiche con cui verranno confezionati cambieranno la realtà quotidiana della conservativa.

Nel programma congressuale trovano spazio temi come restauri diretti estesi e pianificazione digitale. Quanto sta cambiando l'integrazione tra approccio analogico e workflow digitale nella restaurativa moderna?

Ha già cambiato moltissimo. Oggi si tende a considerare il digitale rivoluzionario e innovativo, dimenticando che i flussi digitali, incluse le scansioni intraorali, contano già vent'anni di evoluzione. Sono comunque effettivamente destinati, in tutti gli aspetti dell'odontoiatria, a produrre una rivoluzione, soppiantando progressivamente il mondo analogico.

Per i chirurghi è già normale pilotare dei robot, noi non siamo arrivati a questo ma credo sia solo questione di tempo. Ma l'analogico resterà un fondamento, innanzitutto conoscitivo. Per governare dei flussi digitali è necessario conoscere i processi analogici; e lo stesso per capire come far ragionare le macchine e per guidarle.

Inoltre, anche se il flusso digitale è già parte integrante dell'odontoiatria, bisogna ricordare che la conservativa resta una disciplina con una componente manuale difficilmente eliminabile. I processi diagnostici e terapeutici di grossi restauri, le pre-visualizzazioni, la pianificazione e tutti i flussi orientati al protesico o all'implantare sono sempre più digitali, ma la conservativa è sempre molto caratterizzata dalla manualità e dalla capacità dell'odontoiatra di gestire situazioni complicate direttamente nel cavo orale: di tutte le branche, è quella che probabilmente vedrà più tardi una completa digitalizzazione dei flussi di lavoro.

La gestione dei margini profondi e l'interfaccia parodontale-restaurativa sono temi sempre più centrali. Quali sono oggi i criteri decisionali che guidano il clinico tra approccio conservativo, chirurgico o combinato?

L'approccio chirurgico si rende necessario nel momento in cui si arriva a invadere aree che sono proprie dei tessuti parodontali.

Per quanto riguarda la rilocalizzazione del margine, si tratta di un tema oggi molto centrale, ma in realtà introdotto nei primi anni Duemila e sviluppato in maniera più sistematica intorno al 2012. Non è una procedura che consente di evitare la chirurgia: l'approccio chirurgico resta necessario quando il margine, in posizione profonda, invade spazi biologicamente propri dei tessuti di supporto.

La chirurgia, tuttavia, non esclude la successiva rilocalizzazione del margine, che consiste nell'apposizione di materiale in senso orizzontale per creare un nuovo margine restaurativo, più coronale.

È quindi importante fare chiarezza su questo punto, perché spesso si ritiene che la rilocalizzazione del margine possa evitare un approccio chirurgico, mentre in realtà non è propriamente così.

EFCD: DIALOGO CON LE AZIENDE PER LO SVILUPPO DI MATERIALI E PROTOCOLLI

«Sono al primo anno del mio mandato biennale e la Federazione sta attraversando una fase di forte cambiamento. Storicamente è stata un'organizzazione che riuniva le diverse società scientifiche nazionali e trovava il suo momento principale nel congresso biennale ConsEuro, ma oggi ci rendiamo conto che questo non è più sufficiente»: sono le parole di **Nicola Scotti**, che presiede la European Federation of Conservative Dentistry.

«ConsEuro – chiarisce il professore – non può essere l'unica attività di una federazione europea, che deve invece promuovere e sviluppare connessioni tra i diversi livelli educazionali, mettendo in relazione realtà universitarie, undergraduate e postgraduate, nell'ambito della conservativa, della prevenzione e della restaurativa».

Un altro obiettivo che Scotti si propone per il suo mandato, è aiutare le aziende a comprendere le reali necessità cliniche, non solo dei grandi esperti ma soprattutto dei dentisti generici, rispondendo a domande concrete su quali siano le difficoltà più frequenti nella pratica quotidiana, ad esempio nella gestione delle cavità di seconda o quarta classe.

«L'obiettivo finale – afferma il presidente – è favorire lo sviluppo di materiali e protocolli condivisi tra Federazione, università e società scientifiche europee, contribuendo così a elevare la qualità media dell'odontoiatria conservativa in Europa. La Federazione sta quindi evolvendo da semplice organizzatrice di un congresso a vero elemento di collegamento tra università, società scientifiche, industria e clinici europei. C'è molto lavoro da fare, ma anche grande entusiasmo».

R. T.

Nel rapporto tra evidenze scientifiche e pratica clinica quotidiana, quanto è ancora ampia la distanza? E quali strumenti possono aiutare il professionista a tradurre la ricerca in protocolli realmente applicabili?

È una domanda molto critica e affronta un problema in cui sono personalmente coinvolto. Da un lato sono un clinico odontoiatra, dall'altro insegno all'università e svolgo attività di ricerca quotidianamente: posso dire che individuare e validare scientificamente protocolli è sempre più complesso.

Da una parte, l'evoluzione dei materiali è estremamente rapida; dall'altra, la ricerca clinica richiede tempi lunghi, oltre a importanti risorse organizzative ed economiche. Tutta

la ricerca in vivo su paziente, così come gli studi clinici prospettici, necessita di anni per produrre risultati realmente affidabili.

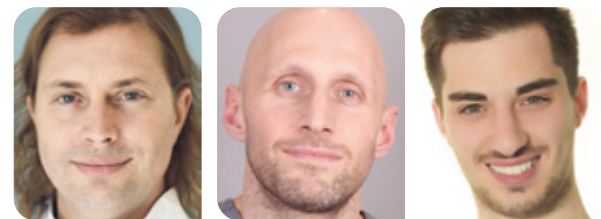
Se oggi ricevo un materiale, magari non ancora in commercio ma già utilizzabile su paziente, il tempo necessario per disegnare uno studio, raccogliere campioni, analizzarli e valutarli nel corso degli anni porta spesso ad arrivare a un follow-up medio quando quel materiale è già stato superato o sostituito.

Di conseguenza, la ricerca fatica a stare al passo con l'evoluzione dei materiali e delle tecniche. Molto spesso i protocolli clinici si affinano sulla base di studi di laboratorio, che tuttavia presentano limiti tecnici evidenti.

Renato Torlaschi

Ricostruzione cervicale, tecnica Bover può ridurre l'indicazione chirurgica

La nuova tecnica propone una ricostruzione cervicale biologicamente orientata nei casi di recessione associata a lesioni cervicali non cariose. Un condizionamento gengivale potenzialmente capace di ridurre l'indicazione chirurgica



Davide Farronato, Luciano Laveglia e Giuseppe Messina

La gestione delle recessioni gengivali di tipo 1 secondo la classificazione di Cairo (RT1) associate a lesioni cervicali non cariose rappresenta una delle aree più dibattute della moderna odontoiatria interdisciplinare. Tradizionalmente l'approccio terapeutico si è articolato in tre possibili strategie: esclusivamente conservativa, esclusivamente chirurgica, oppure combinata. Tuttavia, la tempistica tra ricostruzione cervicale e chirurgia mucogengivale e, soprattutto, il ruolo biologico della morfologia dentale nella modulazione della risposta tissutale, rimangono temi non completamente chiariti.

In questo contesto si inserisce la tecnica Bover (Biologically oriented V class restoration), oggetto di uno studio prospettico tridimensionale pubblicato lo scorso anno (1), che propone un cambio di paradigma: non limitarsi a ricostruire l'anatomia cervicale originaria, ma modificare intenzionalmente il profilo di emergen-

za per indurre una risposta gengivale favorevole.

Lo studio – i cui autori principali sono **Davide Farronato, Luciano Laveglia e Giuseppe Messina** – ha incluso sette pazienti per un totale di 50 elementi dentari con recessione di tipo RT1 allo zenit vestibolare, alcuni dei quali associati a lesioni cervicali non cariose. Tutti i casi sono stati trattati inizialmente con ricostruzione conservativa secondo protocollo Bover, rinviando l'eventuale chirurgia a una rivalutazione a quattro mesi. L'elemento metodologicamente distintivo dello studio è rappresentato dall'analisi tridimensionale: modelli in gesso ottenuti da impronte in alginato sono stati digitalizzati, sovrapposti con algoritmi di allineamento point-based e best-fit, e analizzati attraverso piani di riferimento verticali e orizzontali centrati sullo zenit vestibolare. Ciò ha consentito una quantificazione oggettiva delle variazioni di spessore dentale, spessore gengivale e migrazione coronale del margine.

I vantaggi clinici della tecnica

La tecnica Bover prevede che la ricostruzione non riproduca la giunzione amelo-cementizia originaria ma crei una nuova morfologia cervicale, con aumento controllato dello spessore trasversale in relazione allo spessore gengivale iniziale. Il punto più apicale della ricostruzione viene posizionato in relazione alla massima copertura radicolare stimata e corrisponde alla giunzione dentina-composito, che funge da nuovo riferimento cervicale restaurativo. Nei primi 0,5 mm coronali il composito viene progressivamente ispessito per ottenere una convessità cervicale biologicamente orientata.

I risultati hanno mostrato una correlazione statisticamente significativa tra incremento dello spessore dentale e aumento dello spessore gengivale a 0,5 mm, 1 mm e 1,5 mm dallo zenit. Anche la migrazione coronale del margine gengivale ha evidenziato un'associazione significativa con l'aumento di

spessore cervicale. L'entità media della riduzione clinica della recessione è stata di circa 0,12 mm dopo quattro mesi, un dato che, pur contenuto, suggerisce un fenomeno di maturazione tissutale compatibile con un meccanismo di *creeping attachment* indotto morfologicamente.

Un ulteriore dato rilevante riguarda la salute parodontale. L'incremento di spessore non ha comportato peggioramento degli indici di placca, sanguinamento o profondità di sondaggio; al contrario, si è osservata una riduzione significativa dell'indice di placca e del sanguinamento al sondaggio al tempo di rivalutazione a quattro mesi. Questo aspetto è particolarmente interessante alla luce delle discussioni presenti in letteratura sull'influenza del profilo di emergenza sull'accumulo di biofilm. In questo studio, l'aumento di spessore vestibolare, associato a superfici lucide e transizioni morbide, non ha compromesso la gestione igienica domiciliare.

Da fase preparatoria ad alternativa terapeutica

Clinicamente, il dato forse più significativo è che nel 50% degli elementi trattati non è stato necessario ricorrere alla chirurgia mucogengivale dopo il periodo di osservazione. Questo suggerisce che, almeno nelle reces-

sioni Rt1 di entità limitata, la modulazione morfologica cervicale possa rappresentare non solo una fase preparatoria, ma in alcuni casi un'alternativa terapeutica.

Rimangono tuttavia alcune limitazioni: il campione ridotto, l'assenza di un gruppo controllo e la mancata misu-

IL RAZIONALE BIOLOGICO DELLA TECNICA BOVER E COME CAMBIA IL FLUSSO TERAPEUTICO

Professor Farronato, perché modificare il profilo cervicale?

La domanda tocca il cuore del nostro lavoro. Alla base di questa ricerca c'è un razionale biologico preciso, che si inserisce in un quadro più ampio di studi sull'interazione tra morfologia dentale e biologia dei tessuti. Questo ampio lavoro è svolto in team e desidero accreditare il contributo di tutti i coautori, senza la cui collaborazione non sarebbe stato possibile delineare tale chiarezza di risultato.

L'ipotesi iniziale è nata da un meccanismo ben noto in ortodonzia: durante la deglutizione, si genera nella bocca una pressione negativa che causa una leggera compressione dei tessuti molli periorali – guance e labbra – contro i denti e il parodonto. Questa pressione, se costante, contribuisce a mantenere l'equilibrio delle arcate, opponendosi alla spinta della lingua.

Uno studio che abbiamo recentemente pubblicato ha confermato questa dinamica, misurando su un campione di soggetti una riduzione pressoria post-deglutizione che valida l'esistenza di questo meccanismo di compressione tissutale (2).

Da un punto di vista biologico, quando un tessuto molle viene compresso cronicamente, si riduce il flusso vascolare locale. Questo porta, nel tempo, a una ipotrofia, ovvero a una riduzione volumetrica del tessuto stesso. Al contrario, laddove la compressione viene rimossa, si creano le condizioni per un trofismo, una maturazione volumetrica positiva.

Tornando alla Bover, quando andiamo ad aumentare lo spessore vestibolare del dente nella regione cervicale, allontaniamo il tessuto della guancia e delle labbra da quella microcompressione che eserciterebbero sul parodonto in modo costante e continuativo. Il risultato clinico è che il tessuto, alleviato da questa pressione, va incontro a un recupero volumetrico, migliorando la copertura radicolare.

C'è ancora molto lavoro da fare, specialmente in ambito implantare, dove la gestione dei volumi dei tessuti molli è una sfida cruciale, ma i presupposti sono estremamente promettenti.

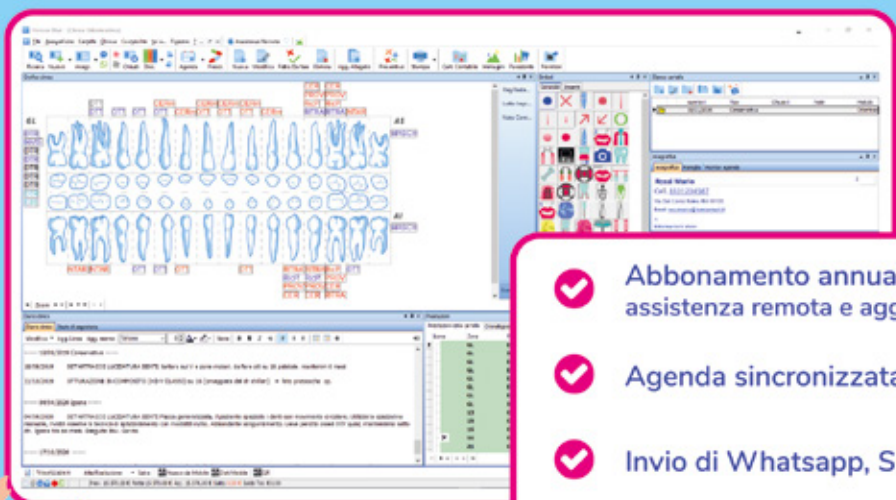
Bover vs ricostruzione di V classe: evoluzione o rivoluzione?

La Bover non si discosta tanto nella tecnica esecutiva dalle ricostruzioni di V classe associate a chirurgia parodontale, come quelle descritte dai professori Giovanni Zucchelli e Massimo De Sanctis. La vera differenza, e qui sta il cambio di prospettiva, risiede nell'intenzionalità progettuale.

Noi non ci limitiamo a riempire un difetto, ma aumentiamo



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**

razione dell'angolo di emergenza reale della giunzione dentina-composito. Inoltre, il rapporto tra incremento di spessore dentale e risposta gengivale suggerisce che potrebbero essere necessari aumenti volumetrici più marcati per ottenere effetti clinicamente più evidenti. Nel complesso, questo studio propone una visione biologicamente orientata della ricostruzione cervicale: la forma dentale non come semplice elemento anatomico da ripristinare, ma come fattore attivo nella modulazione della risposta tissutale. La ricostruzione conservativa diventa così uno strumento di condizionamento gengivale, potenzialmente capace di ri-

durere l'indicazione chirurgica e di ridefinire la sequenza terapeutica nei casi di recessione associata a lesioni cervicali non cariose.

Renato Torlaschi

1) Farronato D, Messina G, Lavaglia L, Pasini PM, Azzi L, Farronato M. Spontaneous Growth Induced by a Biologically Oriented V Class Restoration (BOVR) Technique: A 3D Prospective Study. Dent J (Basel). 2025 Jun 30;13(7):296.

2) Davide F, Gabriele D, Antonio ZP, Andrea M, Leonardo R, Lorenzo A. Intraoral Vestibular Pressure: Quantification and Implications on Gum Trophism. Int J Dent. 2026 Jan 30;2026:8857779.

CASO CLINICO CON TECNICA BOVR



Davide Farronato

Docente e ricercatore presso
l'Università degli Studi dell'Insubria

consapevolmente il profilo mediano-buccale dell'elemento, nella regione cervicale, in modo più marcato di quanto si faccia comunemente. Modifichiamo così la morfologia dentale con l'obiettivo primario di intercettare la risposta biologica dei tessuti molli.

Il secondo, e forse più importante, elemento distintivo è l'introduzione di una finestra di attesa di circa quattro mesi tra questa ricostruzione e l'eventuale chirurgia mucogengivale. Questo approccio, che non era stato ancora descritto in letteratura, si è rivelato cruciale. In casi di recessioni di piccole dimensioni, abbiamo verificato che questo intervallo può portare a una remissione completa del difetto, annullando, di fatto, la necessità dell'intervento chirurgico.

L'obiettivo ultimo, quindi, è ridurre l'invasività e l'impatto delle terapie, offrendo al paziente un percorso che, partendo da un atto conservativo minimo, può risolvere il problema senza dover ricorrere al bisturi.

BOVR e indicazioni chirurgiche, quando può essere risolutiva?

È importante chiarire che la BOVR non nasce con l'intento di sostituire o mettere in discussione le terapie chirurgiche validate in letteratura per la copertura radicolare, che rimangono il gold standard per molte situazioni. La BOVR propone piuttosto un cambiamento nel flusso terapeutico.

Si inserisce come un passaggio intermedio, modificando due parametri: la morfologia della ricostruzione e le tempistiche che separano questo intervento conservativo dall'atto chirurgico. Questo crea una nuova opportunità: alla rivalutazione dopo quattro mesi, la componente chirurgica potrebbe non essere più necessaria.

È fondamentale sottolineare che il successo di questo approccio è strettamente subordinato a due condizioni imprescindibili: la rimozione di tutte le cause eziologiche che hanno generato la recessione e l'adozione di tecniche di igiene orale domiciliare ottimizzate, che siano atraumatiche per i tessuti ma al contempo efficaci nel mantenere la salute parodontale. Solo rispettando questi presupposti si può creare l'ambiente ideale perché la BOVR esprima il suo potenziale, rendendosi una valida alternativa alla chirurgia in casi selezionati di recessioni Rt1 di entità contenuta.

Renato Torlaschi



**PIÙ FACILE
DI COSÌ?
PAGODIL**

**ZERO COSTI PER I TUOI CLIENTI,
ZERO PENSIERI PER TE.**

PagoDIL by Cofidis è la soluzione di credito che permette ai tuoi clienti di pagare a rate senza interessi, e a te di incassare subito l'intero importo senza rischi. Facile, veloce, PagoDIL.



Injection technique: indicazioni, vantaggi e istruzioni per l'uso

A fare la differenza in questa tecnica sono, oltre alle corrette indicazioni, la scelta del composito, la precisione della fase di progettazione e l'isolamento del campo operatorio. Attenzione anche alle fasi di rifinitura e lucidatura: sono determinanti



Alessandro Iorio Siciliano

L'injection technique (o flowable injection technique) è una metodica di odontoiatria estetica mininvasiva che si sta affermando grazie alla sua versatilità. Basata sull'uso dei compositi fluidi, vede nella progettazione la sua parte più importante: wax-up e mock-up precedono la creazione di una accurata mascherina in silicone, che consentirà di attuare la tecnica con grande precisione, seguendo a pieno il progetto restaurativo.

Con **Alessandro Iorio Siciliano**, esperto protesista e già docente a master in protesi, impianto-protesi e odontoiatria estetica, abbiamo fatto il punto su questa tecnica, analizzando punti di forza e controindicazioni e confrontando l'injection technique con le tradizionali faccette adesive.

Dottor Iorio Siciliano, negli ultimi anni l'injection technique ha acquisito grande popolarità nella restaurativa estetica. Quali sono, secondo la sua esperienza, le principali indicazioni cliniche per questa tecnica e in quali casi invece la sconsiglia?

L'injection technique rappresenta oggi una delle strategie più interessanti nell'ambito della restaurativa estetica minimamente invasiva. Le principali indicazioni riguardano la gestione di discromie, diastemi, anomalie di forma e dimensione, usura dentale iniziale e riabilitazioni additive nei settori anteriori. È particolarmente indicata quando si desidera preservare al massimo la struttura dentale, evitando o limitando la preparazione.

Un altro ambito di grande interesse è quello delle riabilitazioni estetiche guidate da wax-up diagnostico: la tecnica consente infatti di trasferire con grande precisione il progetto protesico direttamente in composito.

Le principali controindicazioni riguardano invece situazioni con severe alterazioni occlusali, perdita importante di struttura dentale o casi in cui sia necessario un cambiamento cromatico significativo, condizioni nelle quali i restauri indiretti possono offrire risultati più prevedibili. Anche una scarsa gestione dell'umidità o pazienti con elevato rischio carioso possono rappresentare fattori limitanti.

Quali sono i principali vantaggi dell'injection technique rispetto alle faccette adesive tradizionali? Possiamo considerarlo un trattamento realmente reversibile?

Il vantaggio principale dell'injection technique è rappresentato dal suo approccio estremamente conservativo. Nella maggior parte dei casi i restauri sono puramente additivi, senza necessità di preparazione meccanica del dente, con una preservazione quasi totale della struttura dentale.

Un ulteriore vantaggio è la possibilità di trasferire con grande precisione il progetto

diagnostico realizzato tramite wax-up. L'utilizzo della mascherina consente infatti di riprodurre fedelmente le forme progettate, rendendo la procedura altamente prevedibile e ripetibile anche in riabilitazioni multiple.

Per quanto riguarda la reversibilità, è importante fare una distinzione. Il trattamento non può essere considerato reversibile, poiché la procedura adesiva richiede comunque la mordenzatura dello smalto, che comporta una modificazione irreversibile della sua superficie.

Il composito fluido è il materiale chiave di questa procedura. Quali caratteristiche dovrebbe avere il materiale ideale per ottenere risultati prevedibili e duraturi? Ha delle preferenze cliniche particolari?

Il composito fluido utilizzato per la injection technique deve possedere alcune caratteristiche fondamentali.

Innanzitutto una viscosità adeguata, che consenta un corretto flusso all'interno della mascherina senza creare bolle o difetti di riempimento. Allo stesso tempo deve garantire una buona stabilità dimensionale e un adeguato contenuto di riempitivo, per

assicurare resistenza meccanica e limitare la contrazione da polimerizzazione.

Un altro aspetto molto importante è la lucidabilità e la stabilità cromatica nel tempo, fattori essenziali per il mantenimento del risultato estetico. Nella mia pratica clinica preferisco utilizzare compositi flow con un buon equilibrio tra fluidità e contenuto di carica, che permettano di ottenere superfici ben definite e facilmente rifinibili.

Naturalmente la scelta del materiale deve sempre essere integrata con una corretta gestione delle fasi di finishing e polishing.

Uno degli aspetti più interessanti della injection technique è il ruolo del mock-up, che non è solo una previsualizzazione estetica ma anche una guida operativa. Quali sono i passaggi fondamentali per realizzare una mascherina precisa e affidabile?

Il successo della injection technique dipende in larga misura dalla precisione della fase di progettazione. Tutto parte da un wax-up diagnostico accurato, che rappresenta il vero progetto restaurativo.

Dal wax-up viene realizzata una mascherina in silicone trasparente, che deve essere stabile, precisa e sufficientemente rigida per mantenere la forma del progetto. È fondamentale che la mascherina registri correttamente i margini cervicali e le superfici interprossimali, poiché questi dettagli guideranno il posizionamento del composito.

Successivamente vengono creati piccoli fori di iniezione, attraverso i quali il composito fluido viene inserito all'interno della mascherina. Durante questa fase è importante mantenere un corretto isolamento del campo operativo e assicurarsi che la mascherina sia perfettamente adattata ai denti.

Una progettazione accurata e una mascherina ben realizzata consentono di trasferire con grande precisione il

wax-up in bocca, riducendo significativamente il tempo necessario per rifinitura e modellazione.

necessariamente sostituire l'intero restauro.

Che consiglio darebbe a un clinico che vuole iniziare a integrare la injection technique nella propria pratica quotidiana?

Il consiglio principale è di considerare la injection technique non solo come una tecnica restaurativa, ma come parte di un workflow di progettazione estetica. La pianificazione diagnostica, il wax-up e il mock-up rappresentano la vera chiave del successo.

Suggerirei inoltre di iniziare con casi semplici, come la chiusura di piccoli diastemi o la modifica di lievi anomalie di forma, per acquisire familiarità con la tecnica e con la gestione delle mascherine.

Infine, è fondamentale dedicare attenzione alle fasi di rifinitura e lucidatura, che giocano un ruolo determinante nel risultato estetico finale e nella longevità del restauro.

Andrea Peren

INJECTION TECHNIQUE, GLI ERRORI PIÙ COMUNI

Abbiamo chiesto ad **Alessandro Iorio Siciliano** di elencarci gli errori più frequenti che i clinici commettono all'inizio della curva di apprendimento dell'injection technique.

«Uno degli errori più comuni è sottovalutare l'importanza della fase di pianificazione – ci ha risposto l'esperto –. Senza un wax-up preciso e una mascherina accurata, la tecnica perde gran parte della sua prevedibilità».

Non solo. «Un altro errore frequente riguarda la gestione dell'isolamento, che deve essere rigorosa per garantire un'adesione ottimale – continua Iorio Siciliano –. Anche la scelta del materiale e la corretta polimerizzazione rappresentano aspetti fondamentali».

Infine, molti clinici tendono erroneamente a considerare l'injection technique come una procedura completamente "automatica". «In realtà – spiega Alessandro Iorio Siciliano –, anche se la tecnica facilita la riproduzione del progetto, rimane essenziale una corretta gestione delle fasi finali di rifinitura, lucidatura e controllo occlusale».



GENGIVE LESIONATE?

Curasept svolge un'azione coadiuvante nella biorigenerazione dei tessuti.

Il Trattamento Rigenerante Curasept ADS NEW|DNA con **Clorexidina**, **Polinucleotidi** e **Acido ialuronico**, contribuisce alla biorigenerazione dei tessuti gengivali* lesionati a seguito di intervento chirurgico/implantare o estrazione dentale. I **Polinucleotidi** stimolano i processi di riparazione del tessuto gengivale e riducono i sintomi infiammatori. L'**Acido ialuronico**, grazie alla sua viscosità e ai diversi pesi molecolari, agisce su più livelli della lesione preservando l'idratazione e l'elasticità dei tessuti. La **Clorexidina** svolge una riconosciuta azione antiplacca e antisettica. Il risultato di questa sinergia è la cicatrizzazione delle lesioni in tempi più rapidi.

ESTRAZIONE

INTERVENTO
IMPLANTARE

CHIRURGIA PARODONTALE

CLOREXIDINA ADS
DNA POLINUCLEOTIDI

CURASEPT.
ADS | DNA
NEW
**TRATTAMENTO
RIGENERANTE**

*Early periodontal wound healing after
chlorhexidine rinsing: a randomized clinical trial.
F. Graziani

curasept.it

Sbiancamento dentale, social sono veicolo di pericolosa disinformazione

L'epidemia di false informazioni non risparmia la salute orale, come i pericolosi consigli per uno sbiancamento fai-da-te. Sulla disinformazione sanitaria le società scientifiche lanciano allarmi a vuoto: serve un intervento deciso delle autorità



Pare che si stia creando un'irreversibile e fatale corrispondenza tra l'aumento delle capacità degli smartfoni e la riduzione di quelle del cervello umano, in senso sia volumetrico sia funzionale, al punto che si è innescata un'epidemia di disinformazione sanitaria (1) che tale non sarebbe, o quanto meno non così preoccupante, se i contagiati usassero anche il

proprio software oltre quello del dispositivo che prolunga stabilmente i loro arti superiori. Gli appelli di autorità e società scientifiche non sono mancati negli ultimi anni, ma sono insufficienti per avviare in discarica una montagna tossica di chat, video, post e via inquinando, tanto che pure Lancet ha pubblicato un preoccupante editoriale (2). La disinformazione conti-

nuerà a provocare danni se le autorità non interverranno in modo più efficace come (forse a breve) in Australia, dove potrebbero essere sanzionate le piattaforme che non la contrastano, e nello stato di New York, dove si sta discutendo di vietare i chatbot basati sull'intelligenza artificiale che forniscono informazioni sanitarie o giuridiche. La posta in gioco è

altissima perché la disinformazione sanitaria sfrutta i meccanismi psicologici che inducono a sospettare, generando sfiducia e teorie complotte come purtroppo si è visto durante la pandemia. Quindi perché pagare dentisti e igienisti dentali se è possibile sbiancare i denti con pochi euro di bicarbonato e limone?

Bufale sullo sbiancamento dentale

Misurare scientificamente la pseudoscienza è possibile, anche se probabilmente i risultati non arrivano agli occhi di chi ne avrebbe più bisogno. Un'università brasiliana ha scelto le tecniche di sbiancamento come obiettivo di ricerca e le conclusioni si potrebbero condensare nelle parole della prima autrice: «È sconcertante vedere la distanza tra la realtà scientifica e il seguito di pubblico che hanno certi video su YouTube».

I ricercatori hanno valutato qualità, affidabilità e valore informativo dei video in lingua portoghese reperibili fino a dicembre 2024. L'analisi ha tenuto conto di elementi come engagement metrics (tempo dedicato alla visione e altri parametri), fonte (professionale o non professionale), qualità tecnica del video, utilità e qualità didattica. Dei 366 disponibili, solo 43 video hanno superato il primo filtro e soltanto il 4,7% ha riportato il punteggio massimo di 5, mentre il 71% non ha superato 2. Ripartendo i video per parole chiave, "sbiancamento dentale" si è rivelata la categoria peggiore (punteggio zero per un video su tre), mentre al primo posto si è piazzata "dentifrici sbiancanti".

Un risultato che si potrebbe definire "illuminante", se non facesse pensare più alle tenebre che alla luce, è la forza di attrazione dei video prodotti da fonti non qualificate rispetto a quelli dei

professionisti sanitari: come purtroppo spesso capita, la forma prevale sulla sostanza e l'utente ignaro crede a chi gliela racconta meglio, anche se consiglia di usare limone e bicarbonato o dentifrici a base di carbone abrasivo ma privi di fluoro (il 90% di quelli acquistabili via internet).

Un interessante esperimento di psicologia sociale, difficilmente proponibile a un comitato etico, potrebbe essere la diffusione di video per consigliare uno sbiancante usato nell'antica Hispania (le urine del mattino), deriso dal poeta latino Catullo in uno dei suoi carmi.

Bufale sulle e-cig

Se le bufale sullo sbiancamento possono nel peggiore dei casi danneggiare lo smalto, lo scenario cambia quando si tratta di bufale al tabacco. Un gruppo dell'università di San Francisco si è dedicato a questo tema (3) passando al setaccio i messaggi Twitter riguardanti il rapporto tra tabagismo e salute orale inviati nel periodo della pandemia; ne hanno identificati circa il 7% che contenevano false informazioni, tra cui l'innocuità delle sigarette elettroniche (e-cig), mentre è oramai certo che così non è, anche se il rischio è minore rispetto a quelle tradizionali. La scelta del biennio pandemico è dovuta al radicale cambiamento avvenuto nelle modalità di comunicazione. Interessante anche la scoperta di messaggi rilasciati

Firenze, 15-16 maggio
Palazzo dei Congressi

WHAT GOES AROUND COMES AROUND

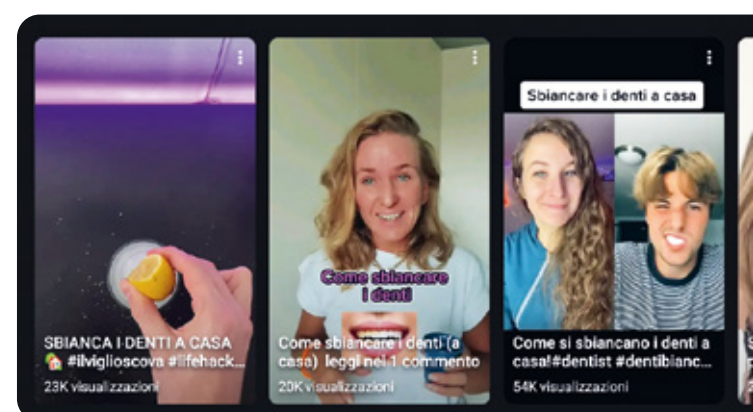
CORSO DI AGGIORNAMENTO

PREVENZIONE DEGLI ERRORI E GESTIONE DELLE COMPLICANZE DELLE PROCEDURE PARODONTALI E IMPLANTARI

per Odontoiatri, Igienisti Dentali, Studenti CLMOP e CLIP

Relatori e Coordinatori:
Francesco Cairo, Maria Clotilde Carra, Matteo Chiapasco, Jan Derks, Camilla Donghi, Rodolfo Gianserra, Filippo Graziani, David Herrera, Giovanni Lodi, Francesca Manfrini, Matteo Marzadori, Monica Mele, Silvia Musella, Isabella Rocchietta, Andrea Rocuzzo, Lorenzo Tavelli, Leoluca Valeriani

www.sidp.it



Una schermata di ricerca da YouTube ("sbiancamento dentale a casa")

da industrie del tabacco che rinviavano a ricerche favorevoli all'uso delle e-cig. Gli autori raccomandano che i dentisti affrontino questo tema nei loro incontri con i pazienti che usano e-cig.

Giovani: agili ma vulnerabili

I giovani, a differenza di molti adulti, mostrano una sintonia naturale coi dispositivi digitali ma ne sono anche facilmente vittime, un cervello d'Achille che si rivela più vulnerabile anche verso la disinformazione in tema di salute, come dimostra una ricerca eseguita dall'American Association of Endodontists. In sintesi, le informazioni contenute nei video di natura sensazionalistica e infarciti di falsità incutono in loro timori infondati che possono portarli a rinviare o perfino rifiutare le cure distortamente rappresentate. Più in dettaglio, quasi la metà dei due campioni, generazione Z (nati post-1995) e millennials (nati tra il 1980 e il 1995), aveva timore di sottoporsi a una terapia endodontica che, invece, preoccupava solo il 38% di tutti i soggetti intervistati. Nell'indagine, è stato appurato che i timori non erano quelli atavicamente collegati alla figura del dentista, ma derivavano dai contenuti dei video.

L'endodonzia sembra essere il bersaglio preferito degli avvelenatori digitali, come dimostra il caso del film Root Cause trasmesso e poi ritirato da Netflix (4) interamente dedicato a dipingerla come la versione professionale di Satana. Questo sondaggio trova conferma nell'edizione 2025 di Edelman Trust Barometer che misura annualmente la fiducia del pubblico verso le istituzioni sanitarie: nelle decisioni in fatto di salute il 45% dei giovani tra 18 e 34 anni di età si affida ai consigli di persone non competenti (influencer,

conoscenti, amici). Bisogna solo sperare che, col tempo e col passaparola, si inverta tale tendenza, anche perché il 58% ammette di essersi pentito di aver seguito questi consigli.

Provato per voi

Il 14 marzo scrivendo "sbiancamento dentale a casa" nella finestra di ricerca, YouTube ha offerto una serie di video: i primi tre erano realizzati da giovani che consigliavano bicarbonato con o senza limone, nel quarto una giovane consigliava mascherine senza specificare il prodotto; fortunatamente seguivano un'igienista dentale e un odontoiatra a bilanciare un po' la situazione. Al sesto posto una giovane con mascherina senza indicazioni sui prodotti e un odontoiatra senza camice di cui era visibile solo il lato destro del volto (non si sa per quale strategia comunicativa). Infine un giovane che consigliava olio di cocco ha professionalmente concluso la rassegna...

Cosma Capobianco
Odontoiatra

1) de Azevedo Lima Silva L, da Silva Rolim HJ, da Silva GR, Sette-de-Souza PH, Costa MJF. The Dental Misinformation Epidemic: An Evaluation of Quality, Accuracy and Educational Impact in Youtube's Tooth Bleaching Content. Eur J Dent Educ. 2026 Feb 23.

2) The Lancet. Health in the age of disinformation. Lancet. 2025 Jan 18;405(10474):173.

3) Han EL, Chaffee BW, Ling PM. Tobacco and Oral Health Misinformation on Twitter (X): Implications for Dental Professionals. Journal of the California Dental Association 2025, 53(1).

4) Ondata di fake news non risparmia l'odontoiatria. www.dentaljournal.it/ondata-fake-news-non-risparmia-odontoiatria/ ottobre 2019.

OLTRE IL PEROSSIDO

La disponibilità di procedure sbiancanti su mascherine individuali rischia di mettere nel dimenticatoio i dentifrici sbiancanti che, nonostante le loro limitazioni, possono ancora svolgere il ruolo di primo trattamento quando le discromie non sono così evidenti. A fare il punto della situazione è apparsa circa un anno fa una revisione sistematica con metanalisi (5) eseguita su 14 ricerche (tra cui una italiana) per un totale di quasi 1.600 soggetti. L'analisi dei dati aggregati ha sentenziato che i dentifrici sbiancanti sono significativamente più efficaci di quelli non sbiancanti sia nel ridurre l'area delle discromie esterne, sia nel ridurre l'intensità. In particolare, l'effetto positivo è stato rilevato nel 94% dei casi per il primo parametro e nel 78% dei casi per il secondo. In alcune ricerche, alle tradizionali molecole (carbone vegetale, bicarbonato di sodio, ossido di alluminio, perlite, polvere di diamante, ecc.) sono state aggiunte molecole addizionali (triclosan, polifosfati di sodio, copolimero PVM/MA).

Negli ultimi anni sono entrati in sperimentazione diversi composti privi di perossido di idrogeno al fine di evitare l'ipersensibilità che spesso ne accompagna l'uso. Uno di essi è l'asso-

ciazione di acido ftalimidoperossicaproico e glucolattato di calcio per uso domiciliare su mascherine individuali. Il primo ha effetto sbiancante mediante ossidazione ma senza rilascio di radicali liberi responsabili dell'ipersensibilità dentinale; il secondo libera ioni di calcio favorendo la remineralizzazione dello smalto. La sua efficacia è finora stata osservata in una sola ricerca di tipo randomizzato e in doppio cieco su un campione di 40 soggetti divisi in gruppo sperimentale e gruppo controllo (6). Il prodotto è stato applicato per 20 minuti e la valutazione del colore è stata confrontata con quella iniziale al termine del trattamento e 24 ore dopo. L'effetto sbiancante ha superato la soglia di significato statistico, ma naturalmente si attendono ulteriori conferme.

C. C.

5) Hajisadeghi S et al. Effect of Whitening dentifrice on discoloration of tooth surface: an updated systematic review and meta-analysis. BMC Oral Health. 2025 Apr 21;25(1):610.

6) Bizhang M et al. Effectiveness of a new non-hydrogen peroxide bleaching agent after single use - a double-blind placebo-controlled short-term study. J Appl Oral Sci. 2017 Sep-Oct;25(5):575-584.



DENTALTECH

PIANO FORMATIVO 2026

Un percorso di crescita professionale Step by Step.

Con Dental Tech non scegli semplicemente un corso... scegli dove vuoi arrivare.

SCOPRI IL TUO PROFILO PROFESSIONALE
In meno di 2 minuti individua il tuo livello e i corsi più adatti a te.

2026
DENTAL TECH EDUCATIONAL

INQUADRA IL QR CODE, FAI IL TEST E OTTieni UN COUPON SCONTO PER IL TUO PROSSIMO CORSO



Estetico.
Funzionale.
Affidabile.



**white
SKY**



SUCCESSO
scientifico
riconfermato

*Open
for
next*



ALVEO LINE

TISSUE LINE

Salvo modifiche ed errori.



360° IMPLANTOLOGY
- MORE THAN IMPLANTS -



Bone Growth Concept

SKY
IMPLANT SYSTEM

LEADER NELLE RIABILITAZIONI
A CARICO IMMEDIATO
CON PROTESI FISILOGICHE

brexent
medical



www.brexent.it



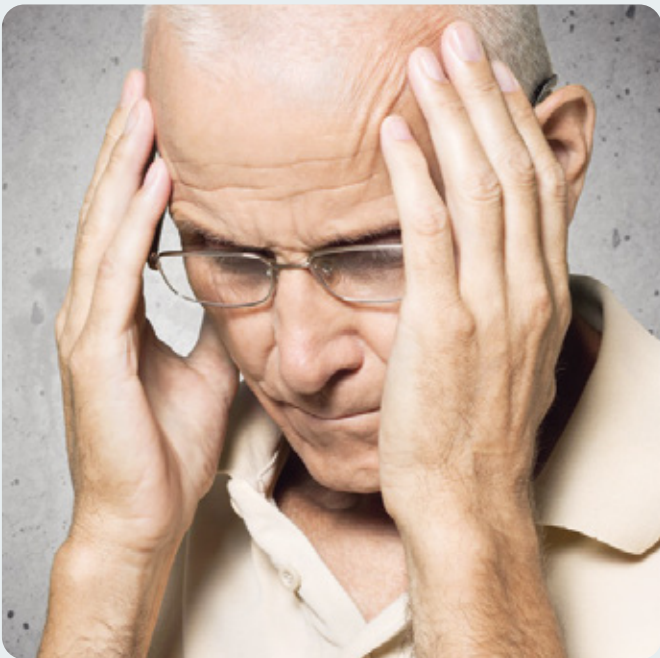
www.brexent.it

PARODONTOLOGIA

Ampio studio conferma: carie e malattia parodontale sono associate a un aumento del rischio di ictus

Una salute orale compromessa, caratterizzata dalla presenza concomitante di carie e malattia parodontale, è associata a un aumento del rischio di ictus ischemico. È quanto emerge da uno studio pubblicato sulla rivista *Neurology Open Access*, rivista ufficiale della American Academy of Neurology, che ha analizzato la relazione tra condizioni del cavo orale e rischio di eventi cerebrovascolari.

Lo studio ha analizzato i dati di 5.986 adulti con un'età media di 63 anni e senza precedente storia di ictus al momento dell'inclusione. Tutti i partecipanti sono stati sottoposti a un esame odontoiatrico per valutare la presenza di malattia parodontale, carie o entrambe le condizioni. In base ai risultati, i soggetti sono stati suddivisi in tre gruppi: individui con salute orale normale, individui con sola malattia parodontale e individui con malattia parodontale associata a carie. I partecipanti sono stati seguiti per due decenni mediante contatti telefonici e revisione delle cartelle cliniche al fine di identificare l'insorgenza di ictus. Durante il periodo di osservazione, l'ictus si è verificato nel 4% delle persone con bocca sana, nel 7% di quelle con sola malattia parodontale e nel 10% dei soggetti con malattia parodontale e



carie. Dopo l'aggiustamento per variabili come età, indice di massa corporea e abitudine al fumo, i ricercatori hanno osservato che i soggetti con entrambe le condizioni presentavano un rischio di ictus superiore dell'86% rispetto alle persone con buona salute orale, mentre la sola malattia parodontale era associata a un aumento del rischio del 44%. La presenza contemporanea di carie e malattia parodontale risultava inoltre associata a un rischio maggiore del 36% di eventi cardiovascolari maggiori, tra cui infarto miocardico, cardiopatia fatale o ictus. Lo studio ha inoltre evidenziato che i partecipanti che riferivano visite odontoiatriche regolari presentavano una probabilità inferiore dell'81% di avere contemporaneamente carie e malattia parodontale e una probabilità inferiore del 29% di presentare la sola malattia parodontale.

Giampiero Pilat

Wood S, Logue L, Meyer J, et al. Combined Influence of Dental Caries and Periodontal Disease on Ischemic Stroke Risk. *Neurology Open Access*. 2025; 1(4): e000036.

THE BEST OF EVIDENCE BASED DENTISTRY



a cura di
Stefano Daniele
odontoiatra

TEST PER LA VITALITÀ PULPARE NON SONO SEMPRE AFFIDABILI: ATTENZIONE A FALSI POSITIVI E FALSI NEGATIVI

Condizione clinica

In endodonzia i test pulpari sono delle procedure che permettono, in quelle condizioni di dolore dentale anormale e inconsistente oppure non odontogeno, di porre una diagnosi e decidere l'eventuale e successivo trattamento endodontico.

Un cambiamento della pressione intrapulpale ha degli effetti sulle terminazioni nervose dell'organo pulpo-dentinale, vale a dire che un aumento pressorio blocca l'attività delle fibre nervose di calibro maggiore (A delta) e riduce l'attività di quelle di piccolo diametro come le fibre sensitive di tipo C, che possono mantenere la loro attività anche se i processi degenerativi si sono già instaurati.

I test pulpari comprendono il test del freddo (spray refrigerante) o del caldo (guttaperca calda), che provocano un flusso di fluido pulpale all'interno dei tubuli dentinali, con conseguente stiramento delle fibre nervose collegate ai prolungamenti degli odontoblasti, oppure il test elettrico (o della corrente faradica) in grado di stimolare la conduzione dell'impulso nervoso lungo le fibre sensitive pulpari. Nessuno dei test sopracitati è in grado di indagare lo stato di salute dell'organo pulpo-dentinale in termini di apporto ematico. Il test che sfrutta l'impiego di un ossipulsimetro è in grado di misurare la saturazione di ossigeno all'interno della camera pulpale, così come la laser doppler flowmetry e l'ultrasound doppler flowmetry sono in grado di misurare la concentrazione e la velocità delle cellule sanguigne. Questi dispositivi che valutano il flusso sanguigno e la sua saturazione, misurano la reale vitalità pulpale. Sfortunatamente questi dispositivi non sono disponibili per l'odontoiatria sia a causa della complessità tecnica di realizzazione sia per il fatto che richiedono una realizzazione su misura in base alla diversa anatomia degli elementi dentali.

I test pulpari a disposizione dell'odontoiatria rimangono, alla fine, i test termici e il test elettrico.

Dati di evidenza scientifica

Un recente lavoro ha valutato la sensibilità (veri positivi) e la specificità (falsi positivi) dei test termici e di quello elettrico nel misurare la vitalità pulpale in quelle situazioni cliniche dove sono presenti condizioni che possono averla alterata come la lesione cariosa, il trauma, la frattura/incrinatura della porzione coronale del dente.

L'outcome della revisione sistematica è stato attribuire un valore di sensibilità e specificità ai test termici e al test

elettrico rispetto all'indagine della vitalità pulpale con ossipulsimetro, un dispositivo estremamente affidabile. I test termici (caldo e freddo) presentano valori di sensibilità e specificità abbastanza simili tra loro ma inferiori, di quasi la metà, rispetto a quelli evidenziati dall'indagine mediante l'ossipulsimetro. Anche il test elettrico presenta valori di sensibilità e specificità simili a quelli evidenziati dai test termici e, ancora, inferiori rispetto a quelli misurati dall'ossipulsimetro.

Le conclusioni degli autori sono che l'ossipulsimetro è lo strumento più accurato per testare la vitalità pulpale, ma le difficoltà tecniche e i costi per realizzare un dispositivo dedicato sono di rilievo e non permettono la sua introduzione come mezzo diagnostico in odontoiatria.

Implicazioni cliniche

1) Testare la vitalità pulpale è importante per stabilire lo stato di salute dell'organo pulpo-dentinale e decidere, di conseguenza, l'approccio terapeutico più opportuno.

2) I test termici (freddo, caldo) e il test elettrico sono gli unici disponibili nell'ambulatorio odontoiatrico ma i loro valori di sensibilità e specificità non sono molto elevati se comparati al test con l'ossipulsimetro e dunque espongono al rischio di incorrere in falsi positivi e falsi negativi riguardo la vitalità pulpale.

Fonte: Patro S, Meto A, Mohanty A, Chopra V, Miglani S, Das A, Luke AM, Hadi DA, Meto A, Fiorillo L, Karobari MI, Wahjuningrum DA, Pawar AM. Diagnostic Accuracy of Pulp Vitality Tests and Pulp Sensibility Tests for Assessing Pulpal Health in Permanent Teeth: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Aug 4;19(15):9599.

PROTESI

Pulizia delle protesi rimovibili: detergenti chimici sono i più efficaci contro la candida

Le specie di candida, in particolare *Candida albicans*, rappresentano uno dei principali fattori coinvolti nello sviluppo della stomatite associata a protesi rimovibili, in quanto sono in grado di formare biofilm sulla superficie delle protesi dentarie. I detergenti chimici risultano efficaci nel controllo di questi microrganismi, ma le possibili alterazioni dei materiali protesici e il rischio di irritazione delle mucose hanno stimolato l'interesse verso alternative non chimiche. Una revisione sistematica ha quindi confrontato in modo sistematico l'efficacia dei detergenti chimici e non chimici per la riduzione delle specie di *Candida* sulle protesi dentarie rimovibili.

Pubblicata sul *Journal of Exploratory Research in Pharmacology* (1), la revisione ha incluso 20 studi, di cui 10 trial clinici randomizzati e 13 studi in vitro.

I risultati indicano che i detergenti chimici, tra cui ipoclorito di sodio a concentrazioni comprese tra 0,25% e 2,5%, clorexidina tra 0,2% e 2% e compresse effervescenti a base di perossido, hanno ottenuto nella maggior parte degli studi una riduzione della contaminazione microbica (valutata dalle unità formanti colonia) compresa tra l'80% e il 100%, con alcuni lavori che riportano anche l'eradicazione completa del biofilm. Gli agenti non chimici (a base di prodotti vegetali tipici della medicina cinese, spesso contenenti eugenolo, antiossidanti e antimicrobici, aceto), hanno invece mostrato una riduzione inferiore della contaminazione, compresa tra il 40% e l'85%. Tuttavia, in sei dei dieci studi inclusi è stato osservato che i detergenti chimici determinano un aumento della rugosità superficiale e fenomeni di discromia dei materiali. Gli agenti non chimici, al contrario, mantengono l'integrità del materiale e sono stati preferiti dai pazienti per il gusto e per la facilità d'uso. La valutazione del rischio di bias ha evidenziato un livello basso o moderato nell'80% dei trial clinici randomizzati e un rischio basso in 10 dei 13 studi in vitro analizzati.

In conclusione, la revisione mostra che sia i detergenti chimici sia quelli non chimici sono in grado di ridurre le specie di *Candida*, sebbene gli agenti chimici presentino un'azione antifungina più costante. Tuttavia, la compatibilità con i materiali, la tollerabilità da parte del paziente e la sicurezza rimangono fattori rilevanti nella scelta del metodo di detersione. I risultati supportano l'impiego di agenti non chimici come opzione aggiuntiva o alternativa, tra cui detergenti di origine vegetale o basati sull'ozono, in particolare per un utilizzo a lungo termine o nei soggetti sensibili. Gli autori sottolineano inoltre che la decisione clinica per la scelta del prodotto dovrebbe bilanciare l'efficacia antimicrobica con la conservazione dell'integrità



della protesi e l'aderenza del paziente alle procedure di igiene. «In generale, le conoscenze sono tuttora insufficienti sul biofilm presente sulle protesi mobili – commenta per *Italian Dental Journal* Livia Barengghi, esperta di prevenzione dell'infezione crociata dell'Università degli Studi di Milano –. Tuttavia, le ripercussioni cliniche sono rilevanti viste le conseguenze sulla salute orale e sistemica (infezioni respiratorie), sulle funzioni orali e qualità della vita (nutrizione, socializzazione) legate alla stomatite fungina e infiammazioni mucose; ciò considerando l'estesa e persistente contaminazione da *Candida* (fino all'80% nei portatori di protesi). Anche i materiali usati per ribasature morbide possono essere colonizzati (2). Inoltre, è noto che infezioni opportunistiche fungine siano associate a co-infezioni mucose batteriche e virali. Nei pazienti Long Covid portatori di protesi, la maggiore prevalenza di sintomi ricorrenti oro-facciali è attribuito alla persistente o successiva colonizzazione fungina legata a deficit immunitari e xerostomia (3).

Renato Torlaschi

1) Nazer MW, Alzuwaihri AZ, Alakkad BA, et al. A Comparison of the Efficacy of Non-chemical versus Chemical Cleansers against *Candida* Species on Removable Dental Protheses: A Systematic Review. *J Explor Res Pharmacol*. 2026;11(1):e00041.

2) Redfern J, Tosheva L, Malic S, Butcher M, Ramage G, Verran J. The denture microbiome in health and disease: an exploration of a unique community. *Lett Appl Microbiol*. 2022 Aug;75(2):195-209.

3) Chatzidou P, Stratos A, Chint M, Niakou A, Pissiotis A, Kamalakidis S. Denture-Associated Candidiasis and Mucormycosis in Post-COVID-19 Older Adults Managed Through an Integrated Prosthodontic and Infectious Disease Approach: A Narrative Review. *Cureus*. 2026 Feb 12;18(2):e103448.

CHIRURGIA

Efficacia del drenaggio linfatico manuale dopo estrazione dei terzi molari inclusi

L'estrazione chirurgica dei terzi molari mandibolari inclusi rappresenta una delle procedure più frequenti in chirurgia orale ed è comunemente associata a edema post-operatorio, dolore e limitazione dell'apertura orale conseguente a spasmo muscolare, con un impatto sulla qualità di vita nei primi giorni dopo l'intervento.

Ricercatori dell'Università Katip Çelebi di Smirne, in Turchia, hanno condotto uno studio clinico randomizzato controllato, in modalità split-mouth e in singolo cieco, valutando l'efficacia del drenaggio linfatico manuale nel ridurre le complicanze dopo avulsione di terzi molari mandibolari inclusi bilateralmente e simmetrici. Come riferiscono su *Bmc Oral Health*, hanno incluso 46 pazienti sani, di età compresa tra 18 e 26 anni, con inclusioni di classe II, posizione B o C secondo Pell e Gregory, sottoposti a due interventi distanziati di due settimane, eseguiti dallo stesso operatore. Nel lato test è stato applicato drenaggio linfatico manuale, mentre nel lato controllo è stato seguito il protocollo post-operatorio routinario con terapia farmacologica.

La tecnica di drenaggio, eseguita da fisioterapista con metodo Vodder, è stata iniziata il pomeriggio stesso dell'intervento, con una seduta di 40 minuti seguita da altre due applicazioni a intervalli di 24 ore, stimolando inizialmente i linfonodi sovraclaveari e guidando il flusso linfatico dalla regione prossimale verso quella distale mediante manovre circolari, di pompaggio e spinta, con l'obiettivo di favorire il drenaggio dell'edema verso le stazioni sottomandibolari e sovraclaveari.

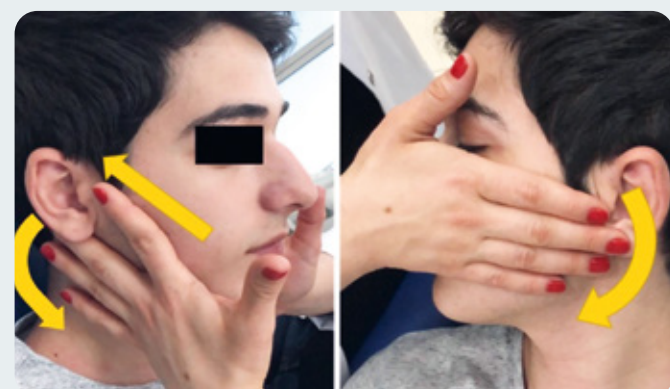
L'edema è stato valutato tridimensionalmente, con analisi volumetrica delle variazioni tra il preoperatorio, il terzo e il settimo giorno, allineando immagini standardizzate secondo il piano di Francoforte e marcando punti di repere anatomici quali subnasale, tragion, gonion e menton. Il dolore è stato registrato tramite Vas nei giorni uno, due, tre e sette, mentre il trisma è stato misurato come distanza interincisiva massima con calibro digitale prima dell'intervento, al terzo e al settimo giorno.

I risultati hanno evidenziato una riduzione statisticamente significativa dell'edema nel gruppo con drenaggio linfatico manuale rispetto al controllo. Analogamente, l'apertura orale massima è risultata significativamente maggiore nel gruppo del drenaggio, con incremento significativo tra il primo controllo e quello successivo. I punteggi Vas hanno mostrato valori inferiori nel gruppo drenaggio in tutti i tempi di rilevazione post-operatoria.

Gli autori sottolineano come il drenaggio linfatico manuale aumenti la capacità di trasporto del sistema linfatico, migliori la microcircolazione e l'ossigenazione tissutale, favorisca la rimozione dei cataboliti e contribuisca alla riduzione della pressione sui nocicettori e delle contratture muscolari protettive, con conseguente beneficio su edema, dolore e trisma. In assenza di complicanze e di differenze basali tra i gruppi, la tecnica si è dimostrata semplice, priva di effetti collaterali indesiderati e potenzialmente più efficace rispetto ai metodi convenzionali nel contenimento della morbidità post-estrattiva, pur con il limite rappresentato dal possibile effetto placebo e dalla percezione soggettiva del paziente.

Renato Torlaschi

Ulu M, Ünal N, Şahin O, Kayalı Y. Evaluation of the effect of manual lymphatic drainage method on edema, pain and trismus after impacted bilateral mandibular third molar surgery: a randomized clinical trial. *BMC Oral Health*. 2025 Mar 26;25(1):438.



DentalAcademy.it

750

CASI CLINICI ONLINE!

LEGGI E COMMENTA

MUCOSITI BLACKSTAIN BOCCA SECCA

Forhans
Lattoferrina



Antibatterico naturale



Lattoferrina con
purezza certificata



Azione protettiva
del microbiota orale



Uso quotidiano



**BENESSERE ORALE
NATURALE**

www.uragmeonline.com



dal 1951



Ecm e polizze assicurative: con deficit formativo saranno inoperative dal 31 dicembre 2028

L'articolo 38 bis del decreto legge 152/2021 sul Pnrr aveva previsto, a partire da quest'anno, che l'efficacia delle polizze assicurative fosse condizionata all'assolvimento in misura non inferiore al 70% dell'obbligo formativo individuale dell'ultimo triennio utile in materia di formazione continua in medicina, ovvero del triennio formativo 2023-2025.

In questi giorni però, con l'approvazione del decreto legge 200/2025 (decreto Milleproroghe 2026), il termine del triennio 2023-2025 è stato prorogato dal 2026 al 31 dicembre 2028: i professionisti sanitari avranno così tre anni in più per acquisire eventuali crediti mancanti, evitando l'inoperatività della copertura assicurativa. Copertura che rimane obbligatoria per legge, ma che verrà garantita al contraente solo in caso di assolvimento dell'obbligo formativo (150 crediti ogni triennio).

Intanto il primo gennaio si è aperto il nuovo triennio formativo 2026-2028 e il 31 dicembre 2028 diventa la data ultima entro cui recuperare i crediti del triennio precedente e acquisire quelli del nuovo ciclo formativo.

«Di fatto l'inoperatività delle polizze assicurative per chi non ha assolto l'obbligo formativo è stata prorogata alla fine del 2028, dando tempo ai sanitari non in regola con il programma Ecm di recuperare i crediti mancanti – ci confermano gli avvocati **Monica Civati** e **Roberto Rossi** dell'Ordine di Monza, che nell'ambito civilistico si occupano anche di responsabilità medica/sanitaria –. La norma è comunque confermata e prevede una corrispondenza tra obbligo formativo e copertura assicurativa che, salvo ulteriori proroghe, verrà attivata dal primo gennaio 2029. In ragione di ciò – proseguono gli avvocati – non



Roberto Rossi



Monica Civati

si può escludere che le compagnie assicurative possano chiedere al professionista attestazione sulla regolarità dell'obbligo formativo, nonché in caso di inadempimento possano disdettare o non rinnovare la polizza».

Pertanto, non solo il rapporto tra copertura assicurativa e obbligo formativo Ecm – che comporterebbe l'esclusione dell'operatività della copertura e l'esercizio di un'azione di rivalsa nei confronti del professionista responsabile – ma altresì la legittimità e/o validità e/o efficacia di eventuali modifiche e nuove previsioni di polizza, ovvero comunicazioni di disdette o mancato rinnovo, nonché quant'altro ad esso conseguenziale e connesso, potranno essere, come osservato dagli avvocati Civati e Rossi, un tema di acceso dibattito dottrinale, giurisprudenziale e di legittimità costituzionale.

Andrea Peren

Expodental Meeting, a Rimini dal 14 al 16 maggio con fiera e programma culturale



Si avvicina l'appuntamento con la fiera Expodental Meeting 2026, in programma a **Rimini dal 14 al 16 maggio**. Rivolta a odontoiatri, igienisti dentali, odontotecnici, Aso e operatori del settore, la manifestazione si configura come una piattaforma integrata in cui area espositiva e programma formativo si affiancano. Per l'odontoiatra, Expodental Meeting rappresenta un'occasione per valutare nuove soluzioni cliniche e tecnologiche, approfondire protocolli di trattamento e confrontarsi con colleghi su temi di immediata applicazione nella pratica quotidiana. Il programma culturale 2026 è articolato in aree tematiche specialistiche, sul modello della scorsa edizione. Expo3D è dedicata ai flussi digitali in odontoiatria; Expodental RDH agli igienisti dentali; Medaesthetica approfondisce la medicina estetica applicata all'odontoiatria; Tecnodental Forum propone contenuti mirati per il mondo odontotecnico. Infine, Expodental Live on Stage ospita dimostrazioni e interventi dal vivo su pazienti reali, con focus su chirurgia, medicina estetica e oral care.

Oral Cancer Day 2026: «impennata di casi di carcinomi dell'orofaringe è riconducibile all'infezione da Hpv»

Sabato 16 maggio i dentisti volontari Andi torneranno, come ormai consuetudine, nelle piazze italiane per incontrare i cittadini proseguendo il lavoro di educazione e sensibilizzazione per intercettare precocemente le possibili lesioni tumorali del cavo orale. La campagna 2026 amplia significativamente il suo raggio d'azione promuovendo con decisione la vaccinazione contro il papilloma virus (Hpv) come strumento di prevenzione primaria. L'Oral Cancer Day (www.oralcancerday.it) proseguirà il suo programma per un mese, con le visite di screening negli studi dei soci Andi volontari aderenti all'iniziativa in tutta Italia.

«Un mese dedicato in modo specifico all'intercettazione di lesioni sospette per la cui diagnosi il "fattore tempo" è di vitale importanza – dichiara il presidente di Fondazione Andi Evangelista Giovanni Mancini –. Infatti, nonostante il lavoro svolto in questi vent'anni, oltre il 50% dei casi di tumore del cavo orale viene diagnosticato in una fase ormai avanzata, quando l'intervento chirurgico demolitivo e ricostruttivo può essere molto impattante sull'anatomia, sulle funzionalità, ma anche sulla psiche del paziente stesso, in un distretto corporeo molto delicato».

Mancini afferma che dati ancora da analizzare ci dicono che c'è un riscontro negativo riguardo l'aumento dell'insorgenza del tumore in giovani che non presentano particolari fattori di rischio

come fumo e alcol. I dati sono epidemiologici, si conosce solo l'incidenza legata all'afferenza dei pazienti nei reparti e a quanti sono in cura.

Va considerato – riporta Fondazione Andi – che l'impennata di casi di carcinomi dell'orofaringe è riconducibile all'infezione da Hpv, che si trasmette per via sessuale e per il quale oggi esiste un vaccino molto efficace. Secondo le statistiche l'Hpv è responsabile del 70-80% dei casi di carcinoma dell'orofaringe che si registrano in una fascia di popolazione più giovane, compresa mediamente fra 30 e 50 anni. «Per questo motivo abbiamo ritenuto di intensificare ulteriormente il messaggio a sostegno della vaccinazione contro l'Hpv, in particolare verso i più giovani – conclude Mancini –. Infatti, benché anche gli adulti possano beneficiare della vaccinazione, l'efficacia del vaccino è maggiore se effettuato prima dei 16 anni e dell'inizio dell'attività sessuale (e del conseguente rischio di esposizione al virus). Inoltre, vaccinando sia femmine sia maschi si limita la circolazione del virus. I vaccini anti-Hpv oggi utilizzati proteggono contro i sierotipi di HPV più pericolosi e sono estremamente sicuri ed efficaci: possono prevenire oltre il 90% delle forme tumorali associate all'Hpv».

I sintomi del tumore della bocca possono essere piuttosto sfumati e per questo trascurati o confusi con gli ascessi dentali. Il tumore del cavo orale può apparire in diverse forme e può



interessare tutte le parti della bocca, della lingua e delle labbra. I sintomi da monitorare sono:

- la formazione di un rigonfiamento che non guarisce;
- la comparsa di chiazze bianche o rosse sulla superficie della bocca;
- mal di gola costante;
- perdita improvvisa di uno o più elementi dentari;
- dolore e rigidità alla mandibola;
- dolore e difficoltà durante la deglutizione e masticazione;
- sensazione di qualcosa in gola;
- mutamenti nel tono della voce e difficoltà a parlare;
- perdite di sangue insolite dalla bocca;
- dolore nel tenere la dentiera e calo del peso corporeo.

TI SEI PERSO UN NUMERO?

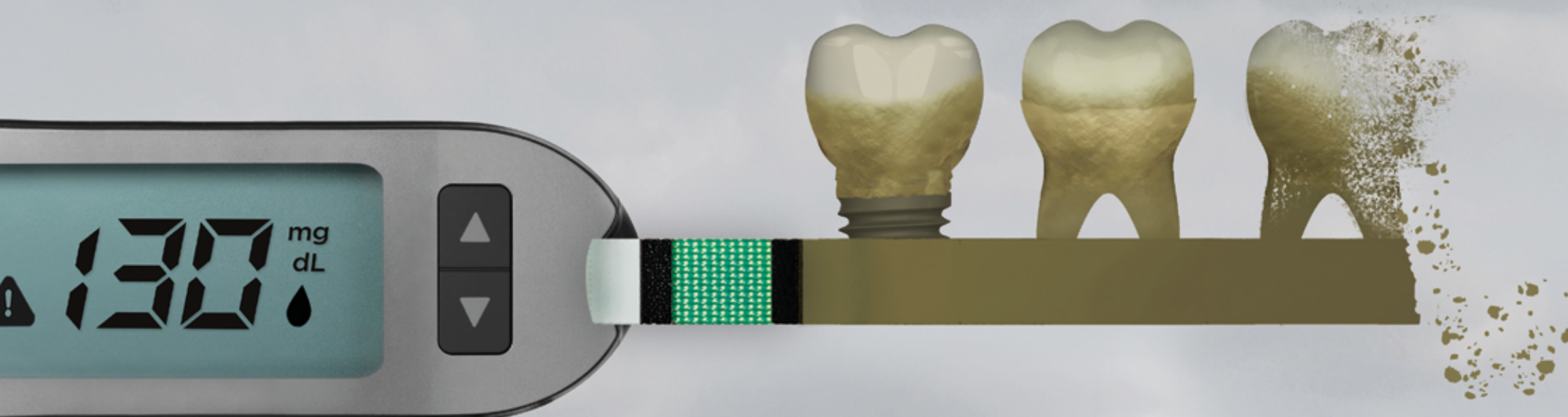
**LEGGI L'EDIZIONE
DIGITALE**

WWW.DENTALJOURNAL.IT/DENTAL-JOURNAL



SORRISO A RISCHIO

IL DIABETE AUMENTA DA 2 A 8 VOLTE*
IL RISCHIO DI PROBLEMATICHE PARODONTALI.



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

SCEGLI LA PREVENZIONE

Diabete, obesità, fumo 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 brevettata 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



#EM26



EXPO
DENTAL
MEETING | 14-15-16
MAGGIO 2026
RIMINI - ITALIA

DOVE NASCE L'ECCELLENZA DENTALE

Disegna il futuro e vinci le sfide
di oggi e di domani



registrati!



expodental.it



EXPO DENTAL **LIVE ON STAGE**

EXPO DENTAL **RDH**

EXPO**3D**

TECNO DENTAL
FORUM

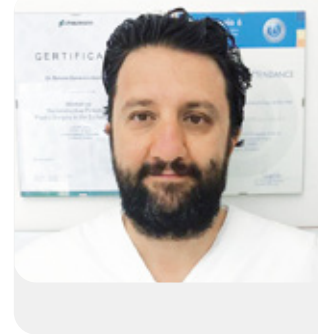
MEDAESTHETICA

UNIDI
Italian Dental Industries Association

Teriparatide: uso (off-label) nell'osteonecrosi mandibolare

La letteratura più recente conferma l'efficacia di un utilizzo off-label del farmaco teriparatide per il trattamento dell'osteonecrosi mandibolare da farmaci anti-riassorbitivi in pazienti esclusivamente non oncologici

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
Master in Odontologia forense

Teriparatide, rhPTH(1-34), prodotto in *E. coli* usando la tecnologia del Dna ricombinante, è un frammento attivo identico alla sequenza dei primi 34 aminoacidi N-terminale dell'ormone paratiroideo umano endogeno di 84 aminoacidi. Somministrato per via sottocutanea (20 µg/die), agisce in modo anabolico (costruttore osseo). Trova indicazione nel trattamento dell'osteoporosi nelle donne in post-menopausa e negli uomini ad aumentato rischio di frattura; nelle donne in post-menopausa, è stata dimostrata una riduzione significativa nell'incidenza delle fratture vertebrali e non vertebrali, ma non delle fratture femorali. Il farmaco viene impiegato anche nel trattamento dell'osteoporosi indotta da una prolungata terapia con glucocorticoidi per via sistemica nelle donne e negli uomini ad aumentato rischio di frattura e nella terapia sostitutiva ormonale per la cura dell'ipoparatiroidismo cronico grave.

Il razionale farmacologico si basa su osservazioni cliniche che hanno dimostrato come un'andamento intermittente della concentrazione del paratormone – compatibile quindi con una somministrazione farmacologica – vada a favorire il metabolismo osteoblastico più che quello osteoclastico (che comunque si attiva). In altre parole, viene avvantaggiata la deposizione di matrice, favorendo un incremento netto della densità minerale ossea. Il fenomeno viene detto "finestra anabolica" ed è maggiormente evidente nel corso dei primi 12 mesi di trattamento. La durata massima totale del trattamento con teriparatide non può superare i 24 mesi.

Il teriparatide è commercializzato, come forma più diffusa, con un dosaggio pari a 20 µg, somministrato quotidianamente, sotto forma di penna a uso sottocutaneo. In questo caso, l'emivita è di circa 1 ora.

Rispetto ai bisfosfonati, il teriparatide mostra un'efficacia

superiore nell'incremento dei valori di densità minerale ossea sull'osso trabecolare. In più, induce miglioramenti nella geometria dell'osso corticale. Complessivamente, la riduzione del rischio fratturativo dopo 21 mesi di trattamento, si attesta sul 65% per quanto riguarda le vertebre e sul 53% nelle altre sedi.

Nel paziente osteo-metabolico in terapia con teriparatide candidato a procedura odontoiatrica invasiva (estrazione dentale, implantologia) non vi è alcuna necessità di sospensione, proprio in virtù dell'azione anabolica del farmaco.

Impiego nell'osteonecrosi mandibolare

Nei ratti quattro settimane di terapia teriparatide, iniziate lo stesso giorno o due settimane prima dell'estrazione del dente, hanno prevenuto l'osteonecrosi mandibolare dopo estrazione dentaria in trattamento con bifosfonati (1). Otto settimane di terapia con teriparatide ha migliorato le caratteristiche cliniche e istologiche dell'osteonecrosi in modo dose-dipendente (2), ma secondo altri autori l'estensione della terapia da quattro a otto settimane non influenza il risultato (3) e comunque non è sufficiente da sola per la risoluzione.

In letteratura a partire dal 2010 sono segnalati diversi risultati positivi dell'uso di teriparatide nel trattamento dell'osteonecrosi delle ossa mascellari indotta da alendronato nell'uomo (4). Un netto miglioramento del quadro clinico e radiografico si è visto dopo quattro mesi di terapia anabolizzante con 20 µg al giorno di teriparatide per via sottocutanea con la concomitante sospensione del bisfosfonato alendronato (5).

Nel 2013 la somministrazione di teriparatide viene proposta come una modalità emergente per il trattamento dell'osteonecrosi della mandibola in pazienti in terapia con bisfosfonati per osteoporosi che inizialmente non hanno

risposto al trattamento conservativo (6). Nel 2014 viene descritto il primo caso di ruolo adiuvante del teriparatide nella gestione di un'osteonecrosi della mandibola indotta da denosumab in un soggetto maschio con osteoporosi idiopatica. I benefici clinici e la guarigione ossea valutati con TC sono stati ottenuti entro due mesi dall'inizio della terapia con teriparatide e dalla sospensione del denosumab. L'aumento del turnover osseo per la sospensione del trattamento con denosumab, insieme all'effetto stimolante del teriparatide sul rimodellamento osseo, favoriscono in modo sinergico la rapida guarigione dell'osteonecrosi della mandibola (7).

Nel 2015 viene confermato l'impiego di teriparatide per il trattamento dell'osteonecrosi mandibolare come opzione valida ed efficace nel promuovere la formazione ossea e il successivo sequestro in un breve periodo di tempo (8).

Posologia del farmaco

Un breve periodo di due mesi di trattamento giornaliero con teriparatide è sufficiente per aumentare significativamente i valori di osteocalcina e CTX e solo marginalmente al terzo mese (9). La scintigrafia ossea ha confermato che dopo 6 mesi di terapia si ottiene una notevole rigenerazione ossea, con un aumento significativo dei marcatori di formazione e riassorbimento osseo (10).

Per il trattamento dell'osteonecrosi mandibolare, la somministrazione giornaliera di teriparatide di almeno sei mesi, in aggiunta alla gestione conservativa come terapia parodontale, antimicrobica con o senza intervento chirurgico, si dimostra utile per la risoluzione delle lesioni specialmente nei soggetti con livelli di vitamina D più alti (11). Altri hanno protratto il trattamento fino a 12 mesi in base alle necessità e difficoltà del caso clinico (12).

I tempi per il miglioramento del tasso di risoluzione delle

osteonecrosi della mandibola si riducono a otto settimane con l'aggiunta supplementare di vitamina D e calcio al trattamento giornaliero con teriparatide (13).

Sia la somministrazione giornaliera che quella settimanale di teriparatide per il trattamento dell'osteonecrosi della mandibola con il ciclo di iniezioni eseguito quattro settimane prima dell'intervento e almeno otto settimane dopo sono sufficienti per determinare una guarigione più rapida e migliorare i risultati (14). Entrambe le modalità di somministrazione in aggiunta alla terapia convenzionale standard si sono rivelate efficaci nel promuovere la guarigione dell'osso esposto e nel ridurre i tempi di guarigione (15,16), mentre secondo altri autori l'efficacia della somministrazione giornaliera per sei mesi era superiore (17).

Conclusioni cliniche

Le più recenti evidenze scientifiche confermano che la somministrazione di teriparatide in aggiunta alle terapie convenzionali per il trattamento dell'osteonecrosi mandibolare aumenta la probabilità di guarigione totale (18): fornisce una chance in più in quei pazienti non idonei a intervento chirurgico (19); riduce potenzialmente la necessità di intervento chirurgico e accelera il recupero, influenzando significativamente il metabolismo osseo (20).

Per quanto attiene al possibile ruolo del teriparatide per il trattamento dell'osteonecrosi mandibolare da farmaci anti-riassorbitivi in pazienti esclusivamente non oncologici, l'eventuale indicazione deve essere suggerita dall'odontoiatra all'esperto in osteoporosi (medico internista, geriatra o endocrinologo) e l'inizio della terapia deve essere sottoposta a consenso informato del paziente a terapia off-label, non essendoci un'indicazione nel foglietto illustrativo del farmaco, o ministeriale o di Aifa specifica di questo tipo di utilizzo.

Bibliografia

- 1) Zandi M et al. Short-term perioperative teriparatide therapy for the prevention of medication-related osteonecrosis of the jaw: A randomized, controlled preclinical study in rats. *J Craniomaxillofac Surg.* 2017 Feb;45(2):275-280.
- 2) Yu W, Su J. The effects of different doses of teriparatide on bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw in mice. *Oral Dis.* 2020 Apr;26(3):609-620.
- 3) Zandi M et al. Effect of different doses and durations of teriparatide therapy on resolution of medication-related osteonecrosis of the jaw: A randomized, controlled preclinical study in rats. *J Craniomaxillofac Surg.* 2018 Mar;46(3):466-472.
- 4) Cheung A, Seeman E. Teriparatide therapy for alendronate-associated osteonecrosis of the jaw. *N Engl J Med.* 2010 Dec 16;363(25):2473-4.
- 5) Narongroeknawin P et al. Bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw, with healing after teriparatide: a review of the literature and a case report. *Spec Care Dentist.* 2010 Mar-Apr;30(2):77-82.
- 6) Thumbigere-Math V, Gopalakrishnan R, Michalowicz BS. Teriparatide therapy for bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw: a case report and narrative review. *Northwest Dent.* 2013 Jan-Feb;92(1):12-8.
- 7) Neuprez A et al. Teriparatide therapy for denosumab-induced osteonecrosis of the jaw in a male osteoporotic patient. *Calcif Tissue Int.* 2014 Jul;95(1):94-6.
- 8) Kakehashi H et al. Administration of teriparatide improves the symptoms of advanced bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw: preliminary findings. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2015 Dec;44(12):1558-64.
- 9) Kwon YD et al. Short-term teriparatide therapy as an adjunctive modality for bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws. *Osteoporos Int.* 2012 Nov;23(11):2721-5.
- 10) Ohbayashi Y et al. Adjunct teriparatide therapy with monitoring of bone turnover markers and bone scintigraphy for bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.*

2013 Apr;115(4):e31-7.

- 11) Kim KM et al. Distinctive role of 6-month teriparatide treatment on intractable bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw. *Osteoporos Int.* 2014 May;25(5):1625-32.
- 12) Chopra K, Malhan N. Teriparatide for the Treatment of Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw. *Am J Ther.* 2020 Jun 22;28(4):e469-e477.
- 13) Sim IW et al. Teriparatide Promotes Bone Healing in Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw: A Placebo-Controlled, Randomized Trial. *J Clin Oncol.* 2020 Sep 10;38(26):2971-2980.
- 14) Kim KM, Kim S, Hwang H, Kim HY, Kim D, Park JH, Choo H, Kim JW. Effects of daily versus weekly teriparatide for medication-related osteonecrosis of the jaw: A case-control study. *Oral Dis.* 2024 Jul;30(5):3286-3295.
- 15) Yoshiga D et al. Weekly teriparatide injections successfully treated advanced bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws. *Osteoporos Int.* 2013 Aug;24(8):2365-9.
- 16) Yoshiga D et al. Effective ancillary role and long-term course of daily or weekly teriparatide treatment on refractory medication-related osteonecrosis of the jaw: a clinical case series. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2022 Jun;60(5):604-609.
- 17) Ohbayashi Y et al. A comparative effectiveness pilot study of teriparatide for medication-related osteonecrosis of the jaw: daily versus weekly administration. *Osteoporos Int.* 2020 Mar;31(3):577-585.
- 18) Dos Santos Ferreira L et al. Is teriparatide therapy effective for medication-related osteonecrosis of the jaw? A systematic review and meta-analysis. *Osteoporos Int.* 2021 Dec;32(12):2449-2459.
- 19) Anabtawi M, Tweedale H, Mahmood H. The role, efficacy and outcome measures for teriparatide use in the management of medication-related osteonecrosis of the jaw. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2021 Apr;50(4):501-510.
- 20) Park JH et al. Treatment period and changes in bone markers according to the application of teriparatide in treating medication-related osteonecrosis of the jaw. *BMC Oral Health.* 2025 Apr 11;25(1):528.

ATTREZZATURE

OptraGate Dry Control

Con OptraGate Dry Control, Ivoclar introduce un aspiratore di saliva e fluidi con retrattore linguale integrato, progettato specificamente per facilitare l'isolamento relativo e consentire un accesso agevole all'area di trattamento, soprattutto in combinazione con OptraGate 2. Il suo design supporta flussi di lavoro efficienti nei trattamenti odontoiatrici e nelle procedure di igiene dentale, anche senza l'assistenza alla poltrona. Il retrattore linguale integrato aiuta a proteggere la lingua del paziente dal contatto accidentale con gli strumenti rotanti.

Un adeguato controllo dell'umidità e un accesso libero all'area di trattamento sono requisiti fondamentali per il successo dei trattamenti odontoiatrici. OptraGate Dry Control è progettato per soddisfare entrambi i requisiti in modo efficace e supportare le procedure cliniche in modo efficiente. La copertura di aspirazione a 270 gradi con fessure multiple garantisce un controllo efficace dell'umidità su un'ampia superficie, mantenendo l'area del trattamento costantemente asciutta. Contemporaneamente, il retrattore linguale integrato mantiene la lin-



gua lontana, riducendo il rischio di contatto accidentale con gli strumenti rotanti. Ciò consente di creare un ambiente di trattamento sicuro con un accesso ottimizzato al campo operatorio, in particolare nei settori posteriori.

OptraGate 2 è un retrattore per labbra e guance privo di laticce che permette un accesso ampio all'area di trattamento. Se utilizzato insieme a OptraGate Dry Control, crea le condizioni ideali per un isolamento relativo efficace. L'ampia capacità di aspirazione a 270 gradi, il retrattore linguale integrato e il sistema di retrazione di labbra e guance garantiscono un'area di trattamento pulita e asciutta per prestazioni ottimali. Insieme, OptraGate Dry Control e OptraGate 2 offrono vantaggi decisivi, soprattutto nell'odontoiatria adesiva.

i Ivoclar Vivadent
Tel. 051.6113555
www.ivoclar.com/optragate-dry-control

ATTREZZATURE

Solventum Filtek



Solventum (precedentemente 3M Health Care) introduce il fornello scalda compositi Filtek, in grado di migliorarne la fluidità. Il dispositivo, sviluppato per il riscaldamento dei compositi, ha un design compatto e leggero e raggiunge rapidamente la temperatura desiderata. Inoltre, è semplice da usare, facile da pulire e, grazie alla base rimovibile, può essere spostato e utilizzato direttamente al punto di trattamento, contribuendo a velocizzare il flusso di lavoro.

Il design compatto e leggero del dispositivo lo rendono facilmente integrabile in qualsiasi studio dentistico ed è dotato di base rimovibile e portatile che mantiene il materiale caldo fino al momento dell'uso. I tempi di riscaldamento sono rapidi: 10 minuti per il riscaldamento iniziale, 2 minuti per le capsule, 5 minuti per le siringhe flowable.

I principali vantaggi del riscaldamento del composito sono un'estrusione più semplice, un controllo migliore della fluidità e un miglior adattamento. Il fornello scalda compositi Filtek è compatibile con i compositi della gamma 3M Filtek testati per il riscaldamento: Supreme XTE Universal, Easy Match Universal, Easy Match Flowable, Universal, One Bulk Fill, Bulk Fill Flowable, Supreme Flowable.

Sono stati testati e approvati per il riscaldamento sia i compositi della linea Filtek in pasta sia quelli fluidi. Le capsule possono essere riscaldate una sola volta fino a 70°C per massimo 1 ora. Le siringhe flowable possono essere riscaldate fino a 25 volte, sempre per massimo 1 ora a 70°C.

Test tossicologici e approfondite prove di laboratorio confermano che il tasso di conversione rimane invariato; non cambiano microdurezza, resistenza alla frattura, struttura superficiale e resistenza alla flessione.

i Solventum Italia
Tel. 02.38584090
www.solventum.com

CONSERVATIVA

HySolate SyntX Dam

Coltène amplia la propria gamma di dighe dentali con l'introduzione di HySolate SyntX Dam, la diga senza lattice più evoluta, che facilita le procedure di isolamento, garantendo una retrazione efficace.

Realizzata in poliisoprene, spesso denominato "lattice artificiale", questa diga evoluta offre le stesse prestazioni del lattice naturale, ma senza il rischio di allergie correlate al lattice. Estremamente elastica e resistente, non si lacera durante il posizionamento e garantisce stabilità e un isolamento eccellente.

Anche in situazioni operative complesse, HySolate SyntX Dam viene posizionata in maniera facile e veloce.

Progettata in una tonalità di azzurro ad alto contrasto per migliorare la visibilità, la diga SyntX è pre-marcata su un lato allo scopo di semplificare il flusso di lavoro, accelerando le procedure di isolamento.

Disponibile in spessore medio, offre il giusto equilibrio tra flessibilità e resistenza.

i Coltène Italia
Tel. 0362.626732
info.it@coltene.com
www.coltene.com



Italian Dental Journal

Mensile di attualità clinica, scientifica e professionale in odontoiatria

Anno XXI - numero 3 - aprile 2026

Numero chiuso in redazione il 9 aprile



Direttore responsabile
Andrea Peren a.peren@griffineditore.it

Redazione

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

Segreteria di redazione e traffico
Maria Camillo customerservice@griffineditore.it

Grafica e impaginazione
Marco Redaelli - www.creativastudio.eu

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

PUBBLICITÀ

Direttore commerciale
Giuseppe 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

Tipolitografia Pagani, Brescia
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.

Acqua pulita per il Suo studio

Che sia Bottle o automatico: METASYS copre la
decontaminazione dell'acqua a 360°

Ma perché l'igiene dell'acqua è così importante?

L'acqua nel riunito non solo alimenta i vostri strumenti, ma raggiunge anche i pazienti. L'acqua contaminata può rappresentare un rischio sia per i pazienti che per il personale curante. Inoltre, microrganismi e depositi di calcare possono compromettere il funzionamento del vostro riunito.

METASYS offre soluzioni efficienti:

Liquido decontaminante per bottiglie per riuniti:

GREEN&CLEAN WK

- > Soluzione al 2% di perossido d'idrogeno per la decontaminazione dell'acqua.
- > Protezione efficace contro la legionella.
- > Previene la formazione di incrostazioni di calcare.



Sistemi di decontaminazione dell'acqua completamente automatici:

WEK | WEK Light

- > Nessun riempimento continuo e faticoso delle bottiglie.
- > Decontaminazione automatica e permanente, senza necessità di intervento da parte dell'operatore.
- > Protezione efficace contro la legionella.
- > Previene la formazione di incrostazioni di calcare.
- > Conforme alla norma DIN EN 1717 (solo WEK).



SIMIT DAY 2026

Nuovi percorsi in endodonzia: un cambiamento necessario

Rimini Fiera, 15-16 maggio 2026

RELATORI CONGRESSO SCIENTIFICO

SABATO 16 MAGGIO 2026



Dott.ssa M. G. Barboni



Dott.ssa F. Cerutti



Dott. M. Giovarruscio



Dott. F. Gorni



Dott. F. Iacono



Dott.ssa C. Pirani



Prof. A. Putignano



Dott. R. Tonini



Prof. M. Gagliani
MODERATORE



Dott. J. Francinelli



Dott. A. Galentino



Dott. A. Pittaluga



Dott. M. Sed



Dott. A. Spinelli



Dott. V. Tosco

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Simit Education

Cel. 342.5521218 (Lucia Gadioli)

Tel. 0376.267832

E-mail: l.gadioli@simitdental.it

MODALITÀ D'ISCRIZIONE

Scegli il pacchetto e iscriviti online
con carta di credito o
bonifico bancario.

Scansiona il QR code per iscriverti

