

cosmetic

dentistry _ beauty & science

2²⁰¹⁵

| **l'intervista**

Come nasce un corretto piano di trattamento protesico

| **research**

Massima estetica nel mascellare anteriore compromesso

| **special**

Designing real smiles with digital tools

La vera evoluzione!

Approfittate subito delle offerte!*



LA PRIMA CERAMICA PER OTTURAZIONI

- Il primo materiale da restauro al mondo basato puramente sulla ceramica
- Di gran lunga la contrazione da polimerizzazione più bassa (1,25 Vol-%) e notevolmente basso stress dalla contrazione paragonato**
- Inerte e perciò perfetta stabilità del colore
- Soddisfa le esigenze più alte nei settori anteriori e posteriori
- L'ottima manipolazione, una lucidatura splendida e facile oltre all'alta durezza superficiale garantiscono risultati di prima classe a lungo tempo
- Compatibile con ogni adesivo convenzionale

* Tutte le offerte attuali sono disponibili su www.voco.it

**ai compositi da restauro convenzionali

Admira Fusion



AMICI DI BRUGG

58°
CCT-CONTRAC

Venite a trovarci a Rimini
21.-23.5.2015



L'università deve formare la futura classe dirigente



Patrizia Gatto

Enrico Gherlone, presidente del Collegio dei Docenti per il prossimo quadriennio, ha inaugurato il 9 aprile a Milano il 22° Congresso nazionale, sottoponendo alla platea di 800 partecipanti scenari e problemi attualmente non ancora risolti nella formazione universitaria.

Le prospettive per il futuro dell'università sono state affidate alla lectio magistralis di Massimo Cacciari, già preside della facoltà di Filosofia del San Raffaele. L'università deve formare la futura classe dirigente e politica, "libertas philosophandi", questa la sintesi dell'attenta e appassionata analisi di Cacciari, alla quale giunge partendo proprio dalle origini delle università in Europa, perché lì si trova la vera mission di questa storica istituzione. Nata infatti in un grande momento di crisi europea, l'università sorse dalla pressione di nuovi ceti sociali e soggetti economici. Nacque dal e nel conflitto che permette competizione e sviluppo di potenzialità; dalla ricerca di libertà, in una situazione che crea un sano pluralismo competitivo. Università libere che si contendevano gli studenti e che, se deboli numericamente, chiudevano per la necessità di stare "nel mercato". Competizione europea, non regionale. Fondamentale era di certo l'integrazione dei saperi all'interno della stessa sede, in un'ottica internazionale.

Da qui la tesi sostenuta da Cacciari. L'università deve educare non istruire, ossia trasmettere il sapere; educare a far uscire le potenzialità degli studenti e questo implica un dialogo personale. Nelle prospettive di riforma ministeriali tutto ciò sembra solo un'utopia, laddove il reclutamento dei professori e il piano didattico sono uniformati e dove la statualità universitaria impedisce la competizione. C'è una crisi delle università italiane ed europee, luoghi che hanno finito per dimenticare le loro origini; e prima di affrontare un discorso più ampio di riforma bisognerebbe chiedersi se si condivide il concetto di "libertas philosophandi".

Se da un lato anche la Facoltà di Odontoiatria deve avere le capacità di "sforare" la futura classe dirigente, dall'altro si è di fronte al problema dei test d'ingresso e in particolare Massimo Clementi, preside dell'Università Vita-Salute del San Raffaele, suggerisce l'istituzione di un percorso che preveda di intercettare la motivazione del futuro studente e professionista. In un test, se pur perfetto, risulta difficile compiere questo tipo di valutazione. La motivazione invece è indispensabile per diventare un professionista odontoiatra. Che cos'altro dovrebbe fare dopo 6 anni di studio così specialistici?

_Patrizia Gatto



| editoriale

- 03 **L'università** deve formare la **futura classe dirigente**
_P. Gatto

| l'intervista

- _Mauro Fradeani
06 Come nasce un **corretto piano di trattamento protesico**
_P. Gatto

| aziende

- _news
08 Nuovo **Sonicare AirFloss Ultra di Philips** con tecnologia Triple Burst
Per una migliore igiene di denti e gengive

| research

- _impianto immediato
10 **Massima estetica nel mascellare anteriore** compromesso dal punto di vista parodontale: impianto immediato
_N. Papagiannoulis, E. Sandberg, M. Steigmann

| special

- _digital smile design
14 **Designing real smiles** with digital tools
_E. Mahn, G. Mahn, C. Cáceres, L. Bustos, C. & C. Coachman

| expert article

- _soci attivi AIOP
20 **Trattamento estetico-funzionale in un caso di amelogenesi imperfetta generalizzata**
_A. Savi

| l'intervista

- _Total Face Approach
26 **Total Face Approach** secondo tre grandi esperti italiani
Dental Tribune intervista Gianni, Perrotti e Testori

| industry report

- _medicina estetica
32 **Ringiovanimento del viso** con tecnica intraorale
Grazie al laser Fotona Er:YAG 2940 nm SMOOTH Mode

| news

- 36 _medicina estetica

| opinion

- 38 _comunicazione

| eventi

- 40 _stili di vita

| aziende

- 42 _news

| l'editore

- 48 _norme editoriali
50 _gerenza





OFFERTA LANCIO
 (ricambio - cod. 3292-EU)
1 flacone da 5ml
€ 79,00

Un'unica soluzione per tutte le procedure adesive



CLEARFIL™ Universal Bond

Dagli inventori della tecnologia self-etching, il nuovo adesivo universale e veloce.

CLEARFIL™ Universal Bond è un adesivo universale in quanto può essere usato su tutti i substrati (*dentina, smalto, ma anche materiali diversi come metallo, zirconia, ceramica, composito, disilicato di litio*) e in tutte le esigenze cliniche: dai restauri diretti alla ricostruzione di monconi ai restauri indiretti e riparazioni intraorali. E' un adesivo **veloce, facile da utilizzare e garantisce ottimi livelli di adesione.**

E' anche molto versatile perché utilizzabile in due modalità differenti: **"etch&rinse"** (*mordenzatura con acido fosforico dello smalto e della dentina*) e **"self-etch"** (*senza alcun pretrattamento dei tessuti del dente con acido fosforico*).

Tutto questo è possibile grazie all'ottimale combinazione del **monomero adesivo 10-MDP** (*brevetto Kuraray Noritake Dental*)

UNA SOLA GOCCIA PER...



RESTAURI DIRETTI



RICOSTRUZIONE MONCONI



RESTAURI INDIRETTI



RIPARAZIONI*

e la nostra esclusiva tecnologia di silanizzazione che permette di ottenere risultati eccellenti e duraturi nel tempo.

Un'importante caratteristica di CLEARFIL™ Universal Bond è la **possibilità dell'uso combinato con CLEARFIL™ DC Activator, l'attivatore che rende l'adesivo duale** permettendo la sua polimerizzazione anche in situazioni cliniche in cui la luce della lampada ha difficoltà ad arrivare. Di conseguenza, CLEARFIL™ Universal Bond può essere utilizzato anche nella cementazione di perni e intarsi.

La grande esperienza e l'affidabilità di Kuraray Noritake Dental, inventore di prodotti "gold standard" della tecnologia adesiva, assicura la certezza di ottimi risultati clinici.

SCIENCE.KNOWLEDGE.SUPPORT.

Kuraray Europe Italia S.r.l

Via San Marco 33 IT-20121 Milano / Italy Telefono: +39 02 63471228 - Fax: +39 02 63470380

E-Mail: dental-italia@kuraray.eu - Sito Internet: www.kuraray-dental.eu/it

facebook.com/Noritakeltalia

Come nasce un **corretto piano** di trattamento protesico

Dental Tribune intervista il Dott. Mauro Fradeani alla vigilia della presentazione, il 16 maggio, del nuovo progetto mondiale a cura del Mauro Fradeani Education Group. L'evento con il titolo "Study Club 2015 – The Future is now" si terrà a Pesaro, sede della Clinica e dell'ACE Institute.

In questi ultimi anni che cosa è cambiato per il protesista?

Da oltre un decennio si è sostanzialmente modificato il nostro modo di operare. I trattamenti protesici oggi sono molto meno invasivi, grazie alla possibilità di effettuare preparazioni dentali molto meno aggressive che permettono di mantenere una maggiore quantità di smalto. Questo grazie allo sviluppo di tecniche adesive sempre più all'avanguardia che, al di là di ogni altra tecnologia a disposizione, CAD/CAM e digitale, ci consentono di preservare il più possibile la struttura dentale.

In una lezione lo scorso febbraio, al congresso di Milano della SIO, lei ha ribadito che l'analisi dell'estetica e della funzione devono precedere tutto.

Certo, ritengo che sono alla base della formulazione di un corretto piano di trattamento. Tutto parte dall'analisi estetica, banalmente dai principi ormai noti dai tempi di Pound, che ci "insegnò" a realizzare la protesi totale: si parte dalla determinazione della posizione dei denti anteriori a livello estetico e quindi si segue l'andamento della cresta incisale, fino a determinare il corretto orientamento del piano occlusale. Si procede poi all'analisi dei rapporti occlusali per assicurare ai nostri restauri una corretta funzione. Al termine dell'analisi di tutti questi parametri si è pronti per procedere alla formulazione del piano di trattamento vero e proprio.

Quali semplici concetti devono essere ricordati in questa analisi?

Bisogna tenere a mente che l'analisi riguarda tutti i parametri estetici e funzionali classici. Si parte per prima dall'analisi del viso, per passare poi all'analisi dento-labiale e valutare poi, nell'ordine: l'andamento e il profilo incisale; l'esposizione dentale a riposo; la linea e l'ampiezza del sorriso; e il corridoio labiale. Solo alla fine ci si sofferma all'aspetto dentale e quello gengivale, concentrando a mano a mano la nostra attenzione sempre più sul dettaglio.

In una recente intervista ha dichiarato che i clinici devono prendersi la responsabilità estetica e funzionale, non delegabili al tecnico. Può ribadire per i nostri lettori questo suo punto di vista?

Purtroppo molto spesso il tecnico è costretto a inventarsi un lavoro senza avere i necessari input da parte del clinico su come modificare la posizione dentale originale al fine di ottenere un risultato ideale. Questa è in realtà una valutazione che spetta al clinico, al quale compete la valutazione di tutti gli aspetti sia estetici che funzio-

nali oltre, naturalmente, a quelli fonetici che ci danno indicazioni utili sulla posizione dei denti. Solo il clinico è infatti in grado di analizzare il paziente alla poltrona, ed è quindi lui l'unico soggetto preposto a rilevare tutti i dati. Sulla base dei quali potrà, poi, indicare al tecnico le modifiche da apportare alla situazione originale. Sulla base delle informazioni ricevute il tecnico creerà prima la ceratura di diagnosi e poi il provvisorio, che rappresenterà nient'altro che la materializzazione del piano di terapie stabilito dal clinico con il paziente.

Lei ha sempre coltivato relazioni e collaborazioni straordinarie con odontotecnici italiani.

Il panorama odontotecnico italiano è davvero ricco di personaggi eccellenti, ed è superfluo che io ribadisca quanto sia fondamentale nel nostro lavoro il rapporto tra protesista e odontotecnico. Al di là di quella che è un'esperienza ultratrentennale con Giancarlo Balducci, che per me è stato ed è tutt'ora un riferimento fondamentale, ho collaborato anche con altri tecnici, sviluppando con tutti un tipo di collaborazione e d'intesa straordinarie. In Italia ci sono non solo grandi artisti ceramisti, ma anche grandi odontotecnici, che sono due figure ben diverse. L'abbinamento di queste qualità diventa fondamentale al fine del mantenimento nel corso degli anni, del manufatto protesico, idealizzato sia sotto il profilo estetico sia sotto quello funzionale, con indubbia soddisfazione nostra e del paziente.

Parliamo dell'aspetto economico del piano di trattamento. È una funzione che può incidere sull'estetica?

L'aspetto estetico ed economico non sono necessariamente in contrasto. È ovvio che una protesi fissa realizzata su numerosi impianti ha un costo completamente diverso da una protesi totale mobile, una "dentiera" per intenderci. Questo non vuol dire che sul piano estetico, a prescindere dal fatto che il risultato finale sia una protesi fissa o rimovibile, ci debba essere una gestione dell'aspetto estetico differente. I parametri da valutare sono gli stessi, sia in una riabilitazione fissa sia in una riabilitazione rimovibile. È doveroso, in ogni caso, cercare di garantire al paziente la migliore estetica e funzione.

E il digital dentistry?

Bè: devo dire che non è il futuro, è il presente... E in questo campo ci stiamo davvero sforzando al massimo per tracciare un tipo di percorso digitale assolutamente innovativo, ma ne parlerò meglio in seguito.

Dott. Fradeani, dal 1987 oltre di clinica, si occupa di formazione, sia in qualità di relatore, presso congressi nazionali e

internazionali, sia con il centro corsi ACE a Pesaro, fondato 15 anni fa. Qual è la sua percezione attuale?

In tutti questi decenni si è sviluppato un tipo di informazione sempre più facile e alla portata di tutti, che oggi ci permette davvero di non avere più nessun tipo di barriera. Questa immediatezza rende disponibile quasi istantaneamente quanto di nuovo viene scoperto e messo a punto e, proprio per questo, rappresenta per noi anche uno stimolo continuo nel fare nuove ricerche e sviluppare nuove tecniche, che ci portano a migliorare il nostro lavoro. Quindi, molto è cambiato. Il mondo digitale e Internet ci hanno fornito molti vantaggi professionali. Negli anni Ottanta avevamo praticamente solo la TV e quello era il tempo dei guru provenienti dagli Stati Uniti: ci sembravano intoccabili, anche quando proponevano per dieci anni la stessa presentazione, senza cambiare una diapositiva. Oggi l'accesso alle informazioni è facilitato, la richiesta formativa sempre più esigente e riguarda una platea sempre più qualificata. Tutti i giorni dobbiamo migliorarci, cambiare al fine di ottimizzare le nostre presentazioni, tenendo in considerazione lo sviluppo che quotidianamente ha la nostra professione, cosa che ci obbliga a tenerci informati, aggiornati e preparati. Se non altro per soddisfare le aspettative di chi ambisce a imparare da te il più possibile se ti succede, come è accaduto a me di recente, di ritrovarmi lo stesso dentista in sala nelle prime file dei congressi ai quali ho preso parte negli ultimi tre mesi tra Milano, New York e Sidney.

Si sente più un insegnante o un clinico?

Una cosa non può escludere l'altra: sono assolutamente interconnesse, al cento per cento. Sono un clinico. Cerco di insegnare quello che faccio e che metto in pratica a livello clinico. Dedicandomi tanto alla didattica (i corsi che tengo presso l'ACE Institute e i vari impegni congressuali mi occupano ogni anno mediamente per 100/120 giornate) a un certo punto ho anche pensato di smettere di lavorare e fare solo l'insegnante, ma è impossibile. Puoi insegnare solo se hai ovviamente un'adeguata preparazione che va, comunque, continuamente testata e corroborata dalla tua esperienza clinica quotidiana. L'esperienza cambia continuamente: grazie all'aiuto delle tecnologie in regolare sviluppo, al fine di migliorarsi in ciò che si fa ogni giorno, si elaborano e si mettono a punto nuove metodologie. Per cui devo dire che questa è forse una domanda insidiosa, che tende a separare due ruoli che invece a mio avviso devono per forza convivere, nel senso che non si può essere un grande insegnante se non si è un grande clinico. A meno che non si faccia il ricercatore puro.

Ma la storia continua: sappiamo che adesso Mauro Fradeani inizia un altro ambizioso progetto.

Questo è davvero un progetto ambizioso, uno dei più importanti della mia vita. Nel corso di tanti anni dedicati alla formazione ho avuto il privilegio di conoscere presso l'ACE Institute, in occasione dei miei corsi annuali, molti colleghi animati dalla mia stessa passione per la professione. La frequentazione e la collaborazione assidua con alcuni di loro, particolarmente talentuosi e veramente interessati, mi ha portato a creare un gruppo di lavoro con l'obiettivo di condividere, divulgare e promuovere a livello internazionale e mondiale un modello italiano di eccellenza odontoiatrica, caratterizzato dal rispetto del rigore clinico e associato alla massima semplicità operativa, che oggi è veramente il cuore del nostro lavoro. Ho formato questo gruppo, che ho chiamato Mauro Fradeani Education Group, che si propone



di diffondere schemi operativi didattici fondati sulla tradizione e sull'esperienza, ma proiettati assolutamente verso l'innovazione tecnologica. Quali sono i nostri obiettivi e che cosa facciamo in pratica? Stiamo predisponendo un progetto piuttosto ambizioso, che andrà ad affiancare alla modalità didattica più tradizionale dei corsi, sia base sia avanzati, che continueremo a tenere qui presso l'ACE Institute ma anche in altre sedi sia in Italia sia all'estero, una sorta di community online e offline, finalizzata a trasmettere aggiornamenti professionali in maniera mirata e continuativa. Naturalmente continuerà anche l'attività congressuale di tutto il gruppo in conferenze nazionali e internazionali. Ma, soprattutto, stiamo ultimando la realizzazione di un'app multimediale ideata per guidare il professionista nella formulazione del piano di trattamento protesico.

Un grazie davvero sentito a tutti i colleghi che condividono con me questa avventura e che hanno permesso la formazione del Mauro Fradeani Education Group, li voglio citare qui: Leonardo Bacherini, Tiziano Bombardelli, Giacomo Fabbri, Stefano Gori, Francesco Mintrone e Roberto Turrini.

Siamo particolarmente coinvolti da questo nuovo progetto che verrà ufficialmente presentato il 16 maggio prossimo nell'ambito di un appuntamento gratuito e aperto a tutti: "Study Club 2015 – The Future is now" che si terrà a Pesaro, presso l'Hotel Cruiser in Viale Trieste 281, sul lungomare di Pesaro.

Che cos'è l'estetica per Mauro Fradeani.

Per sua stessa definizione l'estetica è una nozione impossibile da definire in modo univoco, sulla base di criteri oggettivi. Ma la mia esperienza mi fa rispondere senza alcuna remora che l'estetica, in ambito odontoiatrico è la capacità di realizzare restauri perfettamente integrati sotto il profilo sia estetico sia funzionale, non solo nell'ambito orale, ma anche nel contesto del viso del paziente modulandone le esigenze estetiche con le necessità funzionali. Al termine del trattamento, grazie alla ritrovata capacità di sorridere serenamente, il paziente acquisisce una nuova sicurezza che ne cambia sostanzialmente la mimica del volto. Se lo sguardo e il sorriso giocano un ruolo fondamentale nella qualità espressiva di ognuno di noi e raccontano le emozioni meglio delle parole, è normale che un bel sorriso ci faccia sentire più sicuri e meglio accettati dagli altri. Un trattamento appropriato può, quindi, cambiare in maniera determinante l'atteggiamento dei pazienti nella vita di relazione.

_Patrizia Gatto

Nuovo Sonicare AirFloss Ultra di Philips con tecnologia Triple Burst Per una migliore igiene di denti e gengive

AirFloss Ultra fornisce ai pazienti che non utilizzano abitualmente il filo interdentale tutto ciò di cui hanno bisogno per migliorare la loro igiene interprossimale e la condizione delle gengive¹. Il nuovo design del beccuccio e la tecnologia Triple Burst, con getto a triplo impulso, creano tre sequenze di microgetti di aria pressurizzata e micro gocce d'acqua che rimuovono fino al 99,9%² di placca

nelle zone trattate. È possibile selezionare tre diversi livelli d'intensità del getto in base alle esigenze personali e utilizzarlo con acqua o collutorio.

AirFloss Ultra Philips Sonicare è un prodotto innovativo, facilita la pulizia tra dente e dente in soli 60 secondi, e ha un ottimo riscontro nei pazienti che lo hanno utilizzato: il 95% dichiara infatti che è facile da utilizzare³.



¹Se usato in combinazione con uno spazzolino manuale e un collutorio antibatterico nei pazienti con gengivite lieve o moderata; AirFloss è progettato per aiutare chi non usa abitualmente il filo a sviluppare ogni giorno una routine di sana igiene interdentale. Studio condotto da un laboratorio indipendente su 287 partecipanti, negli USA, nel 2014.

²Studio interno condotto nel 2014 su 48 campioni in combinazione con acqua e collutorio antibatterico. Gli effettivi risultati possono variare.

³Studio condotto da un Istituto indipendente negli USA, su 74 partecipanti.

Philips Zoom WhiteSpeed, DayWhite e NiteWhite



Philips Zoom offre sistemi diversi per soddisfare le aspettative del paziente e del professionista... così entrambi avranno motivo di sorridere!

Philips Zoom **WhiteSpeed** è la nuova generazione di sbiancamenti professionali foto-attivati che dà risultati evidenti in una sola seduta in studio mentre i trattamenti domiciliari Philips Zoom **DayWhite** e **NiteWhite** offrono la praticità e la flessibilità del trattamento a casa.



innovation ✨ you



Distributore per il canale professionale - info@simitdental.it - www.simitdental.it



PHILIPS
ZOOM!

Massima estetica nel mascellare anteriore

compromesso dal punto di vista parodontale:
impianto immediato

Autori _ Nikolaos Papagiannoulis, Eduard Sandberg & Marius Steigmann, Germania

_ Introduzione

Oltre alle malattie sistemiche e alle abitudini parafunzionali e il bruxismo, anche le malattie parodontali rappresentano un problema per l'implantologia orale. In questo ambito, i chirurghi hanno a che fare con la perdita di denti, l'epitelio prolungato, il riassorbimento osseo e la perdita di legamento parodontale. Nel caso qui presentato, abbiamo potuto vedere chiaramente al momento dell'analisi preclinica che si era verificato un importante riassorbimento osseo sia orizzontalmente sia verticalmente. I difetti ossei erano a carico di più di una parete, il riassorbimento osseo intorno alla radice era simile a un cratere, con infiltrazione di tessuto molle. Era quindi difficile ottenere la stabilità primaria dell'impianto. Il trattamento parodontale rappresentava il primo passo, accompagnato da otturazioni ed estra-

zioni per curare le infiammazioni acute e ripristinare l'igiene orale. In ogni caso, i trattamenti parodontali solitamente portano a situazioni compromesse dal punto di vista funzionale ed estetico e a pazienti insoddisfatti. Inoltre, il trattamento parodontale non assicura il corretto trattamento protesico del paziente. In base al tipo di restauro, i denti spesso devono essere estratti, nonostante il successo del trattamento parodontale. Così, la domanda che bisogna porsi è se e quando ha senso un trattamento parodontale come trattamento definitivo o se dovrebbe essere uno strumento per migliorare le successive procedure chirurgiche e protesiche.

_ Risultati clinici e radiologici

L'esame clinico mostrava un grave difetto parodontale, indice di screening di grado IV, tasche fino a 6 mm, mobilità dentale di grado II-III e un indice



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

- Fig. 1_ Situazione clinica iniziale.
- Fig. 2_ Vista coronale della situazione clinica iniziale.
- Fig. 3_ Modelli per la pianificazione dei provvisori.
- Fig. 4_ Ceratura del ponte provvisorio.



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7

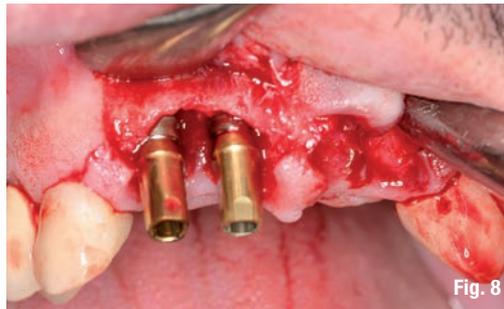


Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10

Fig. 5_Ponte provvisorio con pontic.

Fig. 6_Vista frontale del ponte provvisorio.

Fig. 7_Alveoli estrattivi.

Fig. 8_Scollamento del lembo e posizionamento degli impianti.

Fig. 9_Inserimento di quattro impianti.

Fig. 10_Vista coronale degli impianti inseriti.

di sanguinamento di 3-4. La funzionalità era molto limitata e la situazione estetica insoddisfacente. Le protesi esistenti sugli incisivi centrali erano troppo lunghe per coprire le recessioni, con il risultato di un'ulteriore perdita di attacco. Anche l'estetica era compromessa a seguito della perdita di fibra parodontale e supporto osseo. Soprattutto gli incisivi laterali soffrivano gravemente della perdita di osso interprossimale, seguita da mesiorotazione e ante-inclinazione (Figg. 1 e 2).

I risultati radiologici confermavano che tutti i quattro incisivi superiori dovevano essere estratti.

Piano di trattamento

Tenendo in considerazione che l'obiettivo dei trattamenti parodontali chirurgici è un indice di screening di 2-3 mm e che essi quasi sempre esitano in recessioni, il risultato di queste procedure è esteticamente scarso. Soprattutto in biotipi altamente festonati, difficilmente i pazienti sono soddisfatti. D'altra parte, queste procedure non hanno sempre successo, risultando ulteriormente in sensibilità termica e mobilità dentale persistente. A causa dei costi elevati della parodontologia chirurgica e le precedenti argomentazioni, i pazienti richiedono sempre più procedure alternative. Nel caso discusso in questo articolo, il trattamento parodontale non avrebbe

portato a un miglioramento estetico e funzionale, ma solo al mantenimento dei denti per alcuni mesi o anni. Il rischio sarebbe stato quello di un'ulteriore perdita di osso e tessuto molle, compromettendo piani futuri e possibilità protesiche. Il piano di trattamento di questo caso includeva un trattamento parodontale conservativo e richiami per il trattamento di infiammazioni, estrazione dei denti e impianto immediato con rigenerazione ossea e tissutale guidata.

Chirurgia

Prima di estrarre gli incisivi, le corone 13 e 23 sono state rimosse e i denti sono stati preparati per l'applicazione di un ponte provvisorio. Con una ceratura sul modello della situazione e sui pontic, è stata creata una forma ottimale per supportare e modellare il tessuto mole durante la fase di guarigione. Nello stesso tempo, il ponte provvisorio funziona come copertura della ferita se non è possibile la chiusura primaria (Figg. 3-6)¹⁻⁴. Nella fase successiva, i denti da 12 a 22 sono stati estratti. Il contorno del lembo risparmiava la papilla mediana e quella mesiale su 12 e 22. A causa dei difetti ossei interprossimali, lo scollamento della papilla in questa regione avrebbe portato a gravi recessioni. I difetti ossei verticali, soprattutto tra 11 e 12, erano ovvi dopo lo scollamento del lembo a tutto spessore. Sono state

Fig. 11_Controllo radiologico dopo la chirurgia.

Fig. 12_Chiusura del lembo.

Fig. 13_Ponte provvisorio in situ.

Fig. 14_Riapertura con abutment di guarigione.

Fig. 15_Tre settimane dopo la riapertura.

Fig. 16_Morfologia della papilla dopo gli abutment di guarigione.

Fig. 17_Prova degli abutment definitivi.

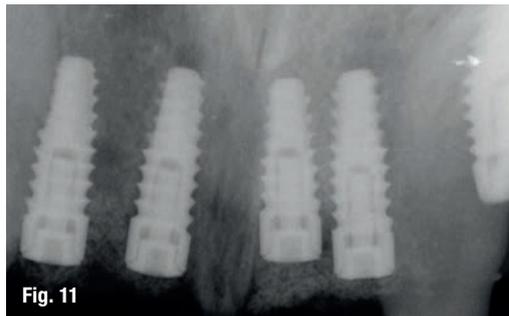


Fig. 11



Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14



Fig. 15



Fig. 16



Fig. 17

eseguite incisioni di rilascio distalmente ai canini e solo nella gengiva aderente per evitare la formazione di cicatrice attraverso tagli verticali nella mucosa. Il vestibolo basso rendeva meno logico un lembo a spessore parziale o a tasca periostale. Mobilizzando il tessuto molle dalle labbra mediante altri design di lembo porterebbe a limiti funzionali, tensione della sutura e plastica gengivale secondaria per riposizionare il tessuto molle coronale tras-posizionato. I margini della ferita sono stati ridefiniti per rimuovere l'epitelio prolungato e i difetti ossei liberati dalla crescita interna del tessuto molle (Figg. 7-10). La perdita di osso orizzontale era moderata. Gli impianti sono stati posizionati leggermente sottocrestali. Sebbene il gap tra gli impianti e il piano buccale fosse circa 1-1,5 mm e lo spessore del piano buccale 1-1,5 mm a causa del riassorbimento, abbiamo optato per impianti 3,8 mm, lasciando un gap di 1,5 mm al piano buccale⁵⁻¹⁰. Lo spazio interimpianto e il piano buccale sono stati incrementati con una combinazione di alloinnesto e xenoinnesto. Lo xenoinnesto è stato applicato anche sul piano buccale, in modo da manipolare il riassorbimento del piano buccale. Come barriera è stata utilizzata una membrana di pericardio (Fig. 11). L'anatomia dell'arcata superiore e il vestibolo basso non permettevano una chiusura primaria. Per proteggere la membrana dal riassorbimento proteolitico e l'incremento, abbiamo applicato due strati di tessuto sulla membrana. Attraverso lo strato di collagene e la protezione del ponte prov-

visorio, dopo due settimane ci si aspettava granulazione libera della copertura dell'alveolo estrattivo (Fig. 12)^{11,12}.

Il paziente è stato sottoposto a richiami settimanali con profilassi e istruzioni di igiene. Tre settimane dopo l'intervento, sono state rimosse le suture. La situazione clinica non mostrava irritazione e la guarigione e la chiusura della ferita erano ideali (Fig. 13).

Seconda fase e protesi

La riapertura è stata eseguita dopo 3 mesi con incisioni crestali minimamente invasive. Una papillo-plastica ha modificato i margini della ferita tra 11-12 e 21-22 (Fig. 14). Dopo 3 ulteriori settimane, è stata rilevata l'impronta. La situazione guarita mostrava una qualità ottimale del tessuto molle e una quantità di gengiva aderente adeguata. Abbiamo misurato 2-2,5 mm di altezza di tessuto molle sopra ai colletti implantari, sufficienti per il necessario profilo di emergenza. Con l'aiuto di protesi con forma convessa o concava il tessuto molle può essere modellato nella direzione necessaria per l'estetica (Figg. 15-16)¹³⁻¹⁶. Le corone finali mostravano un risultato di successo. Le papille e le pseudo papille riempivano lo spazio prossimale. Il contatto prossimale doveva essere più lungo e largo del normale al fine di compensare la precedente perdita ossea verticale, soprattutto nella regione 11-12. In ogni caso, non vi erano triangoli neri, il paziente era soddisfatto e con



Fig. 18



Fig. 19

Fig. 18_Protesi finale.

Fig. 19_Formazione di pseudo papilla dopo 3 mesi di carico.

un'igiene corretta il risultato estetico si sarebbe ottimizzato nei mesi successivi. Quindi, non vi era necessità di intervenire con ceramica rosa (Figg. 17-19).

_Discussione

Nella situazione parodontalmente compromessa, è importante decidere se un trattamento parodontale curativo offre risultati soddisfacenti a lungo termine. Come in questa occasione, l'estrazione in un momento cruciale aiuta a preservare ciò che abbiamo, usarlo al massimo per la chirurgia implantare e non rischiare ulteriore perdita di osso o recessioni. Qualunque altra procedura avrebbe portato a un approccio chirurgico a due fasi e probabilmente a una protesi mobile. Il biotipo spesso del paziente era molto favorevole, così come la linea labiale bassa. La quantità di tessuto molle era evidente. La tensione della chiusura del lembo era impossibilitata dal protocollo chirurgico e dalla granulazione libera della ferita. La quantità ossea ha assicurato un inserimento implantare con stabilità implantare. L'inserimento immediato dell'impianto ha assicurato la stabilità dell'incremento e l'uso di una minor quantità di materiale. Il posizionamento dell'impianto ha permesso di creare un profilo di emergenza ottimale, rendendo inutili le complicate procedure a carico del tessuto molle¹⁷⁻¹⁹. La situazione clinica e i difetti ossei rendevano chiaro durante la chirurgia che sarebbe stato necessario un compromesso estetico nella regione 11-12. Il supporto osseo del tessuto molle interprossimale è difficile da rigenerare e la formazione della pseudo papilla non predicibile. L'impianto immediato in queste aree conserva il tessuto duro e molle. Attraverso il posizionamento degli impianti e la granulazione libera della ferita di estrazione, abbiamo migliorato il tessuto molle, un vantaggio principale per la seconda fase e la protesi. Gli impianti posizionati presentavano micro filettature a livello del colletto implantare in un'altezza di 1 mm. Questo design realizzato a laser imita la biologia e promette una miglior adesione cellulare a questa superficie.

Questi design moderni, combinati con i vantaggi del platform switching, rappresentano prodotti innovativi. Il moderno mantenimento dell'osso crestale funziona grazie alla protezione dell'osso crestale. Quando gli impianti vengono posizionati sotto o a livello della cresta, sulla piattaforma si crea un anello di tessuto molle che protegge l'osso sottostante.

Quando gli impianti sono posizionati sotto cresta, le opzioni del colletto implantare fissano l'osso crestale sottostante, grazie all'attacco di fibre di tessuto molle sui loro colletti^{23,24}. Nei casi in cui la chiusura primaria non è possibile o non si vuole la mobilizzazione del tessuto molle adiacente mediante altri design di lembo, le protesi provvisorie diventano indispensabili. La modellazione del tessuto molle inizia giù dal primo momento e influisce sul risultato estetico²⁵⁻²⁷. La situazione clinica dopo 3 settimane con gli abutment di guarigione doveva essere modificata buccalmente a livello di 11 e 21 e manipolata per 0,5 mm apicalmente. Ciò è stato ottenuto mediante abutment individuali con base convessa e larghezza di 1 mm. Al contrario, i margini gengivali degli incisivi laterali necessitavano di una correzione coronale. Quindi, abbiamo utilizzato abutment stretti per dare al tessuto molle più spazio in direzione coronale¹³⁻¹⁵. La combinazione di biomateriali appartiene al nostro protocollo di incremento standard ed è ben documentata. I risultati della rigenerazione ossea guidata sono predicibili e possono essere pianificati, anche in caso di difetti importanti. Oltre alla combinazione dei biomateriali, è molto importante anche la loro struttura. Le particelle spigolose e taglienti aiutano la stabilizzazione interna dell'area di incremento. Spesso, non è necessaria una stabilizzazione esterna con perni o viti. La porosità delle particelle è definita dalla loro biologia. Questo è il motivo per cui preferiamo non utilizzare biomateriali alloplastici e beneficiare dei vantaggi della combinazione di alloinnesti e xenoinnesti. Nello stesso tempo, questi sono i requisiti dei moderni biomateriali, accompagnati ovviamente dall'induttività e dalla conduttività²⁸⁻³⁰. Le malattie parodontali sono un normale fattore di limite dell'implantologia orale. Quindi, vi sono situazioni in cui la malattia parodontale non pone controindicazioni all'implantologia. Le precondizioni per simili procedure sono la comprensione e la conoscenza della biologia, della chirurgia e della protesi. Queste procedure non hanno alla base algoritmi, bensì diagnosi corrette, analisi e pianificazione di ciascun paziente e la scelta del corretto sistema implantare e dei biomateriali. La moderna implantologia fornisce tutti gli strumenti per il successo del trattamento. Però, le complicanze sono serie e difficilmente possono essere risolte senza compromessi.

La bibliografia è disponibile presso l'Editore.

Designing real smiles with digital tools

Authors Drs Eduardo Mahn, Gustavo Mahn, Carlos Cáceres, Luis Bustos, Chile & Christian Coachman, Brazil

Dental materials and clinical procedures have changed dramatically in the last decades. Probably the major advances that have occurred during the last two decades have been in the fields of implantology and adhesive dentistry, but the main revolution is the development

of digital dentistry. Although these changes have certainly made diagnostics and certain procedures easier, the basics, such as function and the biological aspects, remain essential. At the same time, we have experienced major improvements in ceramics and composites, helping us to fulfil our patients' aesthetic demands.

A basic prerequisite for these indications is an in-depth understanding of the facial and dental aesthetic parameters. The clinician needs to understand the challenges that each clinical case presents and has to be able to develop an appropriate treatment plan that approaches the case from a multidisciplinary perspective. Tooth proportions need to be considered in relation to gingival aesthetics and in relation to the facial appearance. It is pointless to make the most beautiful direct veneer if the contours or the texture do not match that of the adjacent teeth or the gingival zeniths are clearly not symmetric and visible. As an example, if we add a tilted occlusal plane or a maxillary tooth midline shift in relation to the facial midline, the results can be frustrating.



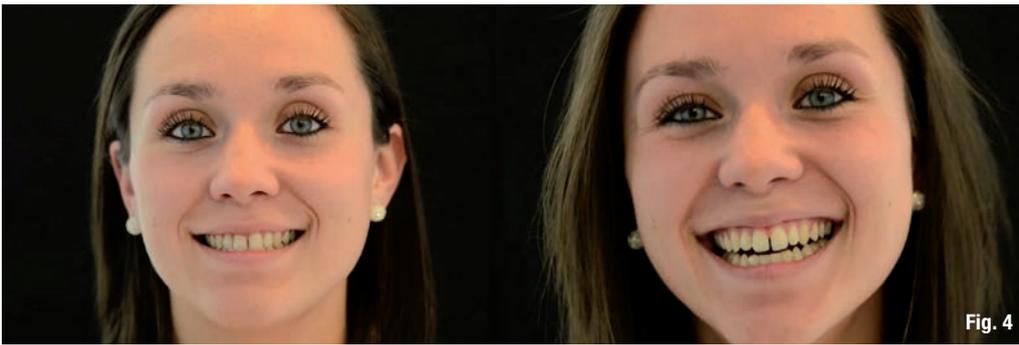
Fig. 1



Fig. 2

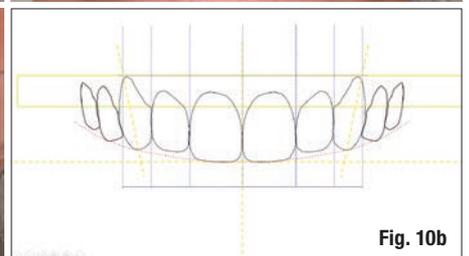


Fig. 3



Another important aspect is the proper analysis of the patient's smile and display (Figs. 1 & 2). When photographs are taken, people tend to be shy, especially at the beginning and even more so if the person taking the photographs is not a professional photographer and

the setting is a dental practice. Figure 3 shows the intra-oral view, where, besides the obvious diastema and the hypomineralised areas of both central incisors, the major discoloured areas of both mandibular lateral incisors, which were certainly in need of some sort of treatment, are





apparent. It is important to try to make a video while conversing with the patient about normal daily issues to avoid overlooking aspects that need to be considered in the treatment plan. The conversation will relax the patient and evoke natural smiles and laughs in response to something humorous or silly that we might say. Figure 4 shows the differences between the social smile we achieved with our traditional photographs (Figs. 1 & 2) and the spontaneous smile, which was captured during dynamic recording. In this particular clinical case, had we based our treatment plan on the social smile photograph, we would have failed to visualise the display of the mandibular incisors, which showed unpleasant stains.

The next step was to analyse the patient from the facial perspective based on the details of her teeth. The digital smile design (DSD) concept diagnoses aesthetic problems from a facial perspective and, based on a simplified digital analysis of a few photographs, proposes treatment options and assists with communication between the various specialists in the team.

The first step is to draw a horizontal and a vertical line. The photograph is centred, moved and rotated until the bi-pupillary line is horizontal. The facial midline is subsequently ascer-



tained. Then the same lines are superimposed on to a similar photograph, which has also been centred, but this time taken with lip retractors in place (Fig. 5). The same photographs are then magnified and analysed (Figs. 6 & 7). The upper lip line is re-created and then superimposed on to the photograph taken with lip retractors in place as reference of its position (Figs. 8 & 9). Then the tooth proportions are measured and their ideal contours are drawn (Figs. 9 & 10a). The isolated situation can be seen in Figure 10b. A photograph taken from the 12 o'clock position is used for the analysis of the labio-palatal position of the teeth and superimposed on to the analysis done previously (Fig. 11).

Once the clinician is clear about the treatment possibilities and limitations, a digitally designed mock-up can be created. This procedure reduces chair time dramatically and increases patient acceptance. Owing to easily accessible software such as Microsoft PowerPoint and Keynote, these effects are easily and quickly created by anyone with minimal training. Recently, new software has been released that simplifies the procedure even more, DSD software for iPads (www.digitalsmiledesign.com). The procedure is based on overlapping certain areas of the teeth in the manner previously described. The result can be seen in detail in Figure 12 and the display in Figure 13. A comparison from the facial perspective between the preoperative situation, the traditional mock-up and the digital mock-up can be seen in Figure 14. Traditional indirect mock-ups are made from a previously created wax-up from the laboratory. First, an impression is taken and a stone cast is then fabricated. Afterwards, the technician waxes the necessary teeth depending on the instructions given by the clinician.

The next step is taking an impression from that wax-up. The excess is removed and a flowable self-curing composite material (usually bis-acrylic based) is applied to the silicone guide and then placed in the patient's mouth. After a few minutes, the excess is removed and the patient is able to see the changes and the clinician is able to evaluate the proposal directly in the mouth. Generally, photographs are taken of the new situation and analysed. The option of a digital mock-up is much simpler. Once the final forms have been created, a photograph is superimposed on to them, and the texture of the new teeth is created. As seen in Figure 14, the results of the traditional and the digital methods are similar and it is difficult to differentiate between them. The protocol is based on photographs and videos that are ta-



Fig. 16



Fig. 17



Fig. 18



Fig. 19



Fig. 20



Fig. 21

ken during the first appointment. The analysis is performed, and eventually the case is discussed with the team if necessary. Once the presentation is ready, the treatment plan is presented in a visually attractive way to the patient (Fig. 15). Finally, whether to use ceramic or composite restorative materials is considered depending on different factors. Our philosophy is based on the minimally invasive concept. As long as we can provide the patient with the same aesthetics, durability and predictability of ceramics,

we will select composites. In cases in which many teeth are involved, multiple diastemas are present or occlusal imbalances may jeopardise a successful outcome and major changes need to be made, our choice leans towards ceramics. Whatever approach is chosen, it is of paramount importance for the clinician to understand the ceramic and/or composite system he or she is using. In this particular clinical case, the ceramic system used was IPS e.max Press and the composite system was IPS Empress Direct (both



Fig. 22



Fig. 23



Fig. 24



Fig. 25



Fig. 26

Ivoclar Vivadent) because of its simple layering concept, its natural-looking shades and long-lasting gloss. The correspondences between the shades of both systems make them easier to combine.

Once the treatment plan has been accepted by the patient, the treatment begins with preparation and demarcation in order to be as conservative as possible (Fig. 16). Figure 17 shows the detail of the hypomineralised areas of the mandibular lateral incisors. The areas were excavated with a redcoloured bur (Komet Dental) and etched with phosphoric acid. Excite F (Ivoclar Vivadent) was used as a bonding agent, and IPS Empress Direct Dentin A1 and Enamel A1 were placed using a novel instrument called OptraSculpt Pad (Ivoclar Vivadent).

The maxillary teeth were prepared and impressions taken. Figure 20 shows the six veneers fabricated by master dental technician Victor Romero (Santiago, Chile). Then they were tried-in with a specially designed glycerine-based paste, components of the Variolink Esthetic cementation kit (Ivoclar Vivadent). Figure 21 shows how dramatic the change in value can be with this type of cement. This procedure is especially helpful when one or two veneers are seated, and the value needs to be slightly corrected in order to match them to the adjacent teeth. The veneers were then bonded and the final result can be seen in Figure 22, where the preoperative situation is shown against the similar results

achieved with the digital mock-up compared with the final outcome. Figures 23 and 24 show the integration of the six maxillary ceramic veneers and the two direct composite restorations performed on the mandibular lateral incisors at the three-month follow-up. All this work was integrated from the facial perspective, as seen in Figure 25. The satisfied and spontaneous patient can be observed in Figure 26.

_about the authors

cosmetic dentistry

Dr Eduardo Mahn, DDS, DMD, PhD, is a lecturer at the Universidad de los Andes in Santiago, Chile.

Dr Gustavo Mahn, DDS, is a lecturer at the University Finis Terrae in Santiago, Chile.

Dr Carlos Cáceres, DDS, is a lecturer at Universidad del Desarrollo in Concepción, Chile.

Dr Luis Bustos, DDS, is a lecturer at Universidad del Desarrollo in Concepción, Chile.

Dr Christian Coachman, DMD, MDT, is in private practice in São Paulo in Brazil.

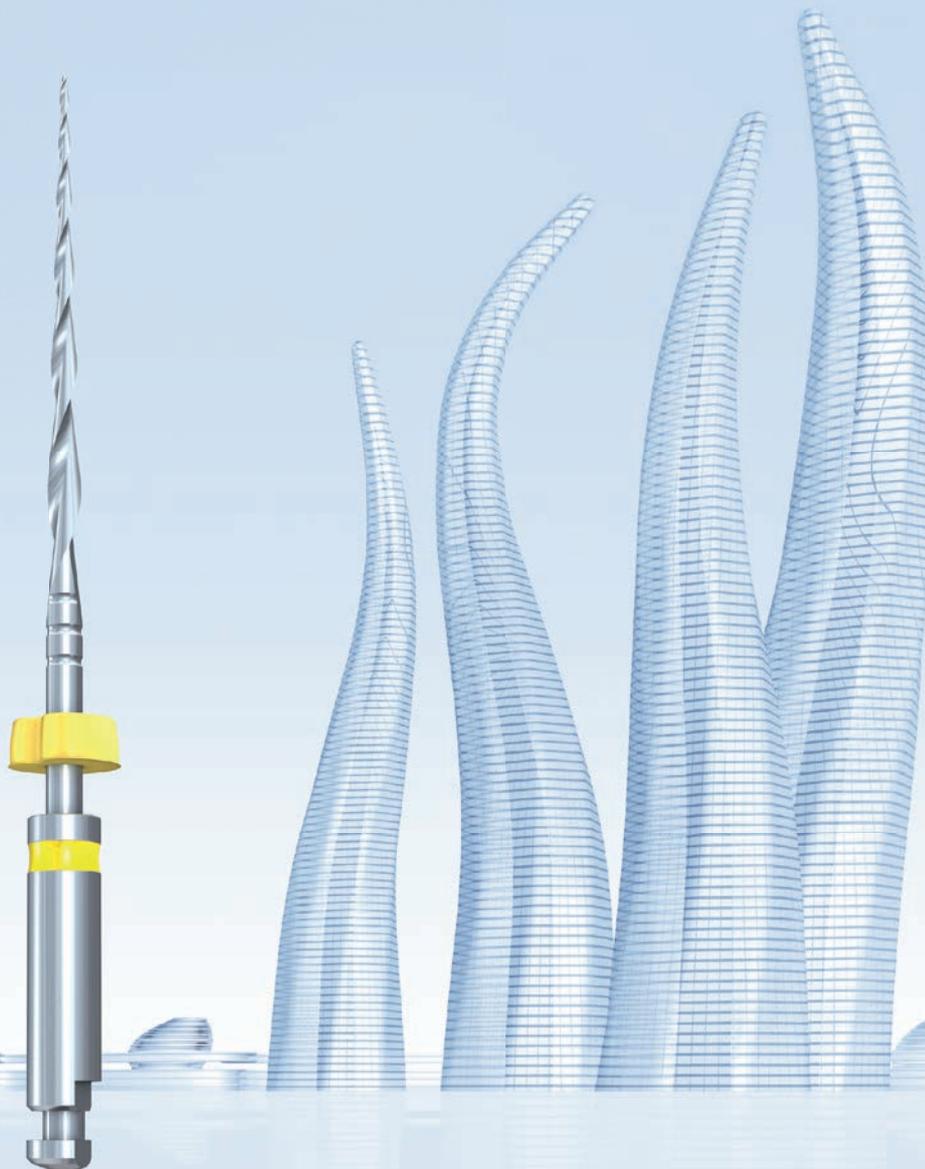
_contact: Dr Eduardo Mahn, emahn@miuandes.cl



Un nuovo livello di flessibilità. **F6** SkyTaper.

Finalmente un nuovo sistema di strumenti endodontici dalla flessibilità ottimale per il trattamento di quasi tutte le anatomie canalari: F6 SkyTaper della Komet®. Gli strumenti con conicità 06 consentono la sagomatura del canale radicolare utilizzando una sola misura.

Sono disponibili 5 misure per rispondere a tutte le esigenze cliniche. Flessibilità e capacità di taglio sono le caratteristiche peculiari del sistema F6 SkyTaper.



Trattamento estetico-funzionale in un caso di **amelogenesi imperfetta generalizzata***



Accademia Italiana
di Odontoiatria Protetica

Autore _Andrea Savi, Italia

**Caso vincitore dell'AIOP International
Prostodontic Contest 2014.
Il caso completo è stato pubblicato
sulla rivista J Esthet Restor Dent
del 23 aprile 2014;
doi: 10.1111/jerd.12104.*

_Una paziente affetta da amelogenesi imperfetta generalizzata (Figg. 1a, 1b) aveva richiesto in età adulta un trattamento

estetico. La paziente è stata seguita in età evolutiva con terapie conservative e sottoposta a terapia ortodontica, che aveva otte-



Fig. 1a



Fig. 1b



Fig. 2a



Fig. 2b

Figg. 1a, 1b_Aspetto extraorale della discromia dentale.

Figg. 2a, 2b_Trattamento parodontale dei difetti ossei.

Figg. 2c, 2d_Trattamento parodontale dell'alterata eruzione passiva.



Fig. 2c



Fig. 2d



Fig. 3a



Fig. 3b

Figg. 3a, 3b_ Guarigione dei settori posteriori a 4 settimane.



Fig. 4

Fig. 4_Correzioni chirurgiche del settore frontale.

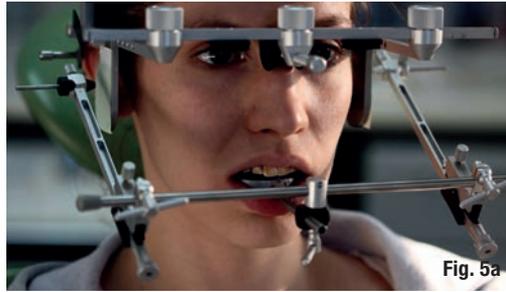


Fig. 5a

Figg. 5a, 5b, 5c_Registrazione asse cerniera individuale e cera di centrica.



Fig. 5b



Fig. 5c

Figg. 6a, 6b, 6c_Ceratura diagnostica.



Fig. 6a



Fig. 6b



Fig. 6c



Fig. 7a



Fig. 7b

Figg. 7a, 7b, 7c_Preparazione simultanea elementi posteriori e registrazione.

nuto rapporti di prima classe.

Prima della terapia definitiva sono state eseguite delle correzioni chirurgiche dei settori posteriori per azzerare difetti parodontali ossei (Figg. 2a, 2b) o ridurre l'alterata eruzione passiva (Figg. 2c, 2d). Una volta ottenuta la guarigione dei settori posteriori (Figg. 3a, 3b), sono state eseguite delle correzioni estetiche del settore frontale (Fig. 4).



Fig. 7c



Fig. 8



Fig. 9a



Fig. 9b

Fig. 8_Overlay in disilicato monolitico.

Figg. 9a, 9b_Particolare dell'isolamento del campo per la cementazione.

Figg. 10a, 10b_Cementazione settori posteriori mascellari.

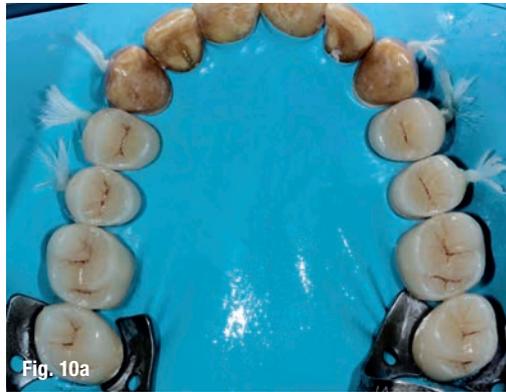


Fig. 10a



Fig. 10b

Figg. 11a, 11b, 11c_Cementazione settori posteriori mandibolari.



Fig. 11a



Fig. 11b



Fig. 11c

La programmazione del caso è iniziata con la registrazione individuale dell'asse cerniera e cera di centrica (Figg. 5a, 5b, 5c),

Dal successivo montaggio in articolatore è stata realizzata la ceratura diagnostica (Figg. 6a, 6b, 6c), che ha fornito la guida per le preparazioni.

Sono state eseguite simultaneamente le preparazioni degli elementi posteriori sia superiori sia inferiori (Figg. 7a, 7b, 7c) per la realizzazione di overlay in disilicato di litio monolitico (Fig. 8).

Molta attenzione è stata riposta alla fase della cementazione con la preparazione

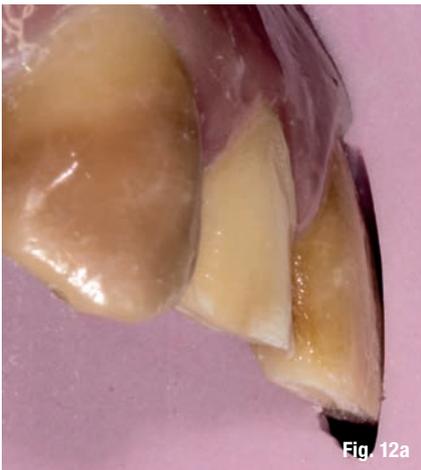


Fig. 12a



Fig. 12b



Fig. 13a



Fig. 13b

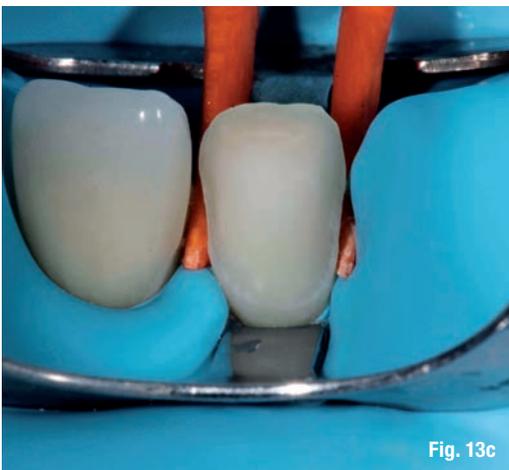


Fig. 13c



Fig. 13d

Figg. 12a, 12b Preparazione settori anteriori superiori e realizzazione delle faccette in ceramica feldspatica.

Figg. 13a, 13b, 13c, 13d Preparazione e particolare della cementazione delle faccette feldspatiche anteriori inferiori.



Fig. 14

Fig. 14_Caso ultimato.



Fig. 15a



Fig. 15b



Fig. 15c



Fig. 15d

Figg. 15a, 15b, 15c, 15d_ Visione precedente e seguente la terapia con miglioramento della gengivite marginale e comparsa dell'aspetto a buccia d'arancia.

Figg. 16a, 16b, 16c_ Aspetto estetico finale integrato con il volto e le labbra.



Fig. 16a



Fig. 16b



Fig. 16c

dei monconi per una cementazione adesiva (Figg. 9a, 9b), utilizzando rigorosamente la diga di gomma (Figg. 10a, 10b; Figg. 11a, 11b, 11c).

Completata la cementazione dei settori posteriori, sono stati preparati i settori anteriori con preparazioni conservative (Figg. 12a, 12b) per la realizzazione di faccette stratificate.

Anche nel settore frontale la preparazio-

ne dentale è stata eseguita simultaneamente, sia superiormente sia inferiormente, e anche per il settore inferiore sono state realizzate faccette stratificate con cementazione adesiva (Figg. 13a, 13b, 13c, 13d).

Il risultato finale è stato orientato alla soddisfazione estetica della paziente, senza trascurare la funzione (Fig. 14), con un'integrazione sia con il volto sia con il sorriso (Figg. 15a, 15b, 15c, 15d; Figg. 16a, 16b, 16c).

_bibliografia

cosmetic
dentistry

- Lee, A., et al., Wear behavior of human enamel against lithium disilicate glass ceramic and type III gold. *J Prosthet Dent*, 2014.
- Stawarczyk, B., et al., Two-body wear of monolithic, veneered and glazed zirconia and their corresponding enamel antagonists. *Acta Odontol Scand*, 2013. 71(1): p. 102-12.
- Guess, P.C., et al., Influence of preparation design and ceramic thicknesses on fracture resistance and failure modes of premolar partial coverage restorations. *J Prosthet Dent*, 2013. 110(4): p. 264-73.
- Guess, P.C., et al., Prospective clinical study of press-ceramic overlap and full veneer restorations: 7-year results. *Int J Prosthodont*, 2014. 27(4): p. 355-8.
- Bakeman, E., et al., Influence of Ceramic Thickness and Ceramic Materials on Fracture Resistance of Posterior Partial Coverage Restorations. *Oper Dent*, 2014.
- Kois, D.E., Y. Chaiyabutr, and J.C. Kois, Comparison of load-fatigue performance of posterior ceramic onlay restorations under different preparation designs. *Compend Contin Educ Dent*, 2012. 33 Spec No 2: p. 2-9.
- Magne, P., K. Stanley, and L.H. Schlichting, Modeling of ultrathin occlusal veneers. *Dent Mater*, 2012. 28(7): p. 777-82.
- Ozturk, E., et al., Shear bond strength of porcelain laminate veneers to enamel, dentine and enamel-dentine complex bonded with different adhesive luting systems. *J Dent*, 2013. 41(2): p. 97-105.
- Bergoli, C., et al., Survival Rate, Load to Fracture, and Finite Element Analysis of Incisors and Canines Restored With Ceramic Veneers Having Varied Preparation Design. *Oper Dent*, 2014.
- Kim, M.J., et al., Wear evaluation of the human enamel opposing different Y-TZP dental ceramics and other porcelains. *J Dent*, 2012. 40(11): p. 979-88.

_autore

cosmetic
dentistry

Dott. Andrea Savi, Odontoiatra, specialista in Chirurgia odontostomatologica, socio attivo AIOP.
Via Oberdan, 7
25128 Brescia
Tel.: 030.307211
E-mail: studioandreasavi@gmail.com

HOME

↓ CORSI ONLINE

EVENTS

Parodontologia

WEBINAR REGISTRATO

CORSO GRATUITO



Ricostruzioni Crestali orizzontali e verticali con la tecnica della Lamina Corticale

Dr. Roberto Rossi

—CORSO SPONSORIZZATO DA—

OsteoBiol
by Tecnos

In odontoiatria la perdita di uno o più elementi dentali non è un evento raro da incontrare. Spesso alla mancanza degli elementi dentali corrisponde anche un riassorbimento dell'osso alveolare più o meno marcato.

Questa presentazione introdurrà un nuovo concetto ed una nuova metodica che sfrutta l'utilizzazione di una lamina di osso corticale collagenata, che sembra dimostrare una grandissima versatilità sia nei difetti orizzontali, che in quelli verticali, che nei difetti combinati. Verrà dimostrata in maniera estensiva come pianificare questi tipi di intervento in una maniera semplice ed innovativa. La lamina corticale si comporta come una membrana riassorbibile e si integra nel sito dove viene posizionata, riducendo notevolmente i rischi e le complicazioni post operatorie.

Total Face Approach secondo tre grandi esperti italiani

Dental Tribune intervista Gianni, Perrotti e Testori



Prof. Aldo Bruno Gianni
Direttore dell'Unità
Operativa Complessa di
Chirurgia Maxillo-Facciale e
Odontostomatologia presso
la Fondazione Ca' Granda
- Ospedale Policlinico di
Milano.

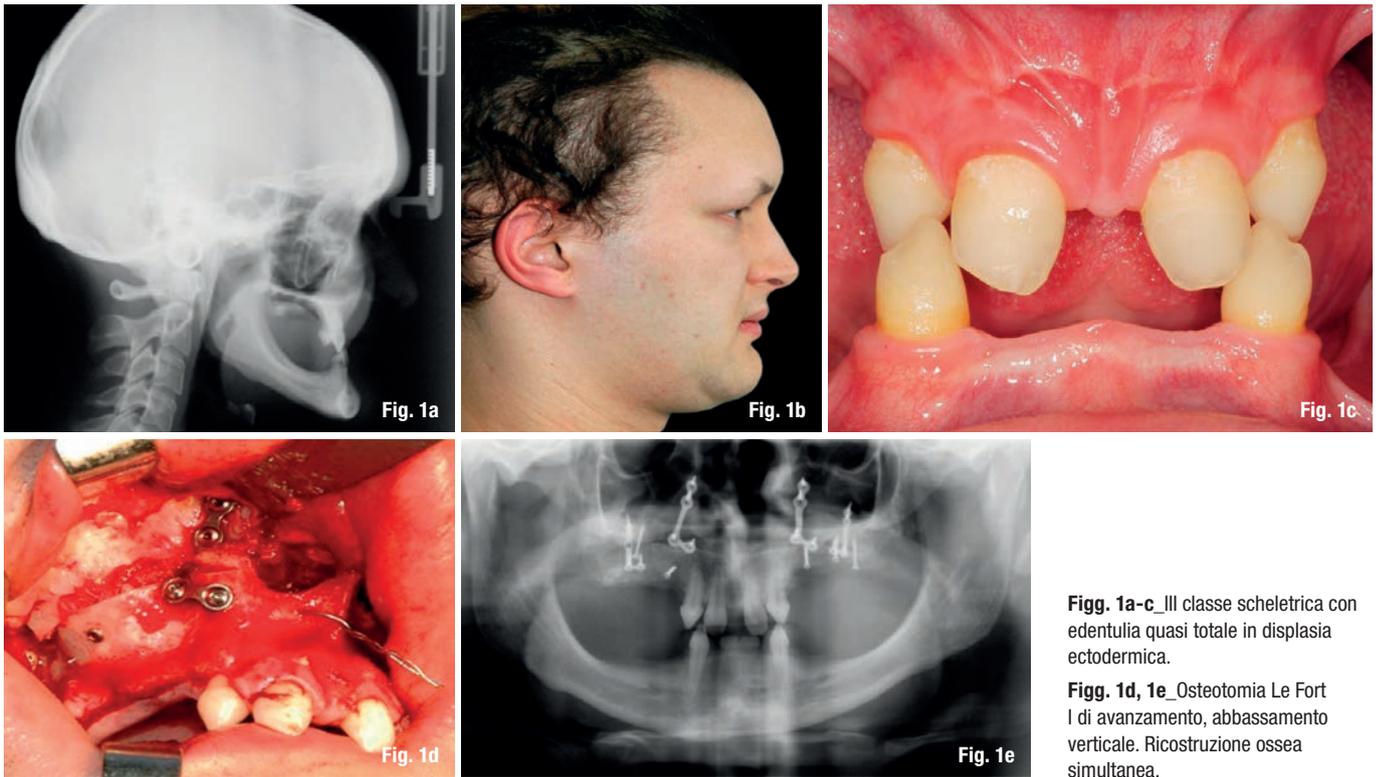
Professor Gianni, ci può parlare dell'approccio facciale globale? Ci può illustrare cosa si intende con questo termine?

Innanzitutto vorrei chiarire che il concetto non è una novità in senso assoluto, ma è un approccio che potremmo definire globale di riabilitazione sia funzionale che estetica non solo della bocca, ma del viso in toto. Tale filosofia – cioè l'ottimizzazione del risultato estetico e funzionale – è un obiettivo consolidato da molti anni in svariati ambiti della chirurgia maxillo-facciale. In particolare, parlando di chirurgia ortognatica, la semplice correzione dei rapporti occlusali in paziente con deformità dento-mascellare oggi non è più accettabile. Infatti, per definizione l'obiettivo è quello di ottenere sì una correzione di rapporti occlusali, ma nel contempo anche la migliore estetica del viso con un armonico rapporto tra le tre componenti, che sempre sono in gioco in questi trattamenti, vale a dire denti, ossa e tessuti molli.

Il messaggio che dovrebbe essere recepito dai colleghi odontoiatri è quindi duplice: da un lato, cioè, i parametri di estetica del viso che vengono comunemente utilizzati nella programmazione dei casi di chirurgia ortognatica (linea del sorriso, definizione del profilo, esposizione labio-dentale ecc.) possono e devono valere anche nella programmazione di riabilitazioni implantoprotesiche di pazienti totalmente o parzialmente edentuli, per ottimizzare anche in questi casi l'armonia del volto, e dall'altro che il successo di un trattamento odontoiatrico (ortodontico o implantare) non può unicamente essere misurato dal "buco della serratura", cioè guardando il paziente in bocca, ma deve essere valutato globalmente. Il paziente non va in giro con i suoi denti o con la sua lastra, ma con la sua faccia.

Dunque il ruolo più importante, sia in ambito ortognatico che implantoprotesico, è del chirurgo maxillo-facciale che, con il suo intervento, può modificare in modo anche drammatico l'estetica del volto?

Al contrario, il ruolo sia dell'ortodontista che del chirurgo implantare, oggi più che mai, è fondamentale. Infatti, per prima cosa, sia nella riabilitazione implantoprotesica che in chirurgia ortognatica, non è possibile raggiungere un buon risultato se non vi è un vero approccio multidisciplinare sin dall'inizio, con la discussione collegiale del caso e la definizione dei tempi e della priorità dei vari trattamenti specialistici. Ad esempio, se in chirurgia ortognatica l'ortodontista non finalizza in modo corretto la fase di decompenso degli incisivi, per quanto il chirurgo possa fare, non verrà mai ottenuto un buon rapporto labio-dentale sia superiormente che inferiormente. In implantologia spesso è presente nei pazienti totalmente edentuli un'atrofia del mascellare superiore con deficit della dimensione verticale anteriore e conseguente pseudoprognatismo per l'anterotazione mandibolare; di volta in volta, bisognerà valutare se è possibile correggere tale condizione soltanto con il confezionamento di un supporto protesico oppure con un intervento finalizzato al ripristino tridimensionale dei rapporti intermascellari. In altre parole, il collega odontoiatra deve sapere che anche i suoi trattamenti ortodontici o implantari condizionano nel bene e nel male l'estetica del III inferiore del viso, e in particolare dei tessuti molli periorali, che al termine di ogni terapia dovrebbero raggiungere un adeguato sostegno garantito sia dall'osso che dalla componente dentaria.

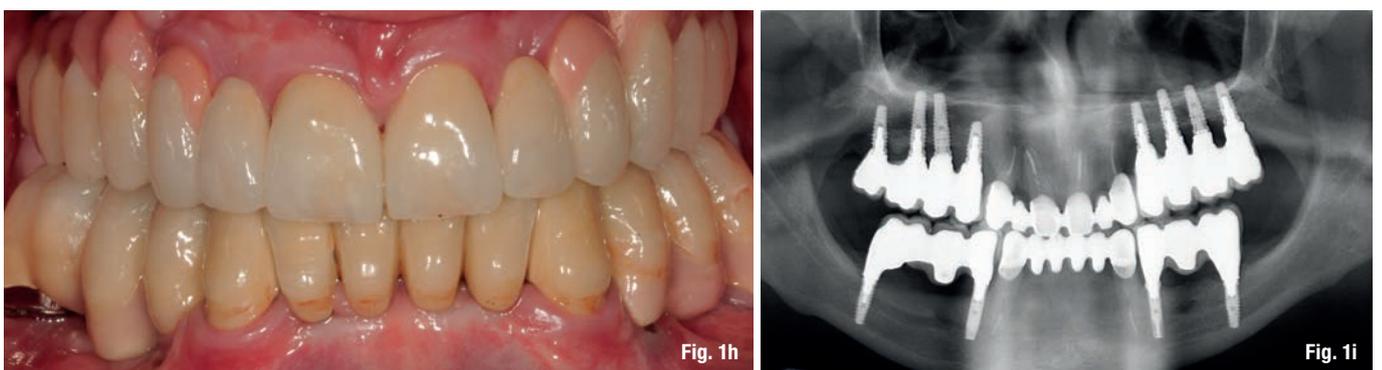


Figg. 1a-c _III classe scheletrica con edentulia quasi totale in displasia ectodermica.

Figg. 1d, 1e _Osteotomia Le Fort I di avanzamento, abbassamento verticale. Ricostruzione ossea simultanea.

Nella pratica clinica, quindi, cosa significa affrontare un caso con un "Total Face Approach"?

Vuol dire essere consapevole che la richiesta del paziente parte dai denti (malocclusioni o edentulie), ma spesso sottintende anche e soprattutto motivazioni che vanno oltre l'elemento dentario. Cerchiamo di non essere attenti esclusivamente alla componente dentaria del caso; per dirla con Tiziano



Figg. 1f-i _Caso ultimato con impianti.

Testori, non guardiamo solo alla microestetica o miniestetica del dente, della protesi, della gengiva o della papilla, ma guardiamo anche e soprattutto alla macroestetica, a come cioè il lavoro odontoiatrico si inserisce nel viso del paziente. Questo approccio, che ovviamente è multispecialistico, oltre a migliorare la qualità del risultato finale, potrà

essere un elemento distintivo del professionista che è in grado di offrire un servizio completo e differente al suo paziente. In ogni trattamento odontoiatrico ci sono dei risvolti di estetica, non solo dentaria, ma anche facciale, importantissimi che devono essere prima conosciuti e quindi previsti (Figg. 1a-i).



Dott.ssa Giovanna Perrotti

Responsabile del Reparto di Ortodonzia e Odontoiatria Infantile presso l'Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Tecnologie per la Salute, I.R.C.C.S. Istituto Ortopedico Galeazzi, Clinica Odontoiatrica (Direttore Prof. R.L. Weinstein).

In altre parole, non è sufficiente – soprattutto nelle riabilitazioni più complesse – un bagaglio tecnico, ma bisogna programmare in dettaglio come l'estetica facciale cambierà?

Esatto, anche se spesso ai congressi vengono mostrate situazioni di edentulia brillantemente risolte con riabilitazioni implantoprotetiche non buone, ma addirittura ottime; però ci viene mostrato solo il dettaglio della protesi, tuttavia nella realtà bisogna vedere come quelle protesi si inseriscono nell'economia di quel viso. Ad esempio, bisogna prevedere se il sostegno protesico dei tessuti molli del labbro è corretto o deficitario, oppure se la linea del sorriso consente una buona esposizione labio-dentale che normalmente al sorriso scopre i denti incisivi fino a far vedere il colletto, oppure se permane un antiestetico sorriso gengivale o al contrario un'ipoesposizione dentaria. La stessa cosa vale in ortodonzia, quando spesso vengono discussi casi di malocclusioni ottimamente risolti, ma mostrando soltanto una documentazione fotografica dei rapporti occlusali finali, senza una visione del volto in toto.

Nelle edentulie totali, o quasi totali, e nelle malocclusioni suggerisce sempre la necessità di un approccio multidisciplinare?

Direi che questo oggi dovrebbe essere il gold standard, perché esistono per definizione competenze diverse che devono integrarsi (implantoprotetiche, chirurgiche, maxillo-facciali, orto-

gnatodontiche) e il caso, sin dall'inizio, dovrebbe essere discusso con i vari specialisti che, senza desiderio di prevaricare, ma con il giusto spirito di gruppo e nel pieno rispetto delle rispettive competenze, possono raggiungere risultati fino a qualche anno fa impensati, anche nei casi apparentemente più "disperati".

Ma tutto questo accade veramente nella realtà clinica o è solo un sogno ancora difficile da realizzare?

No, è già realtà. Abbiamo creato sul campo un team multidisciplinare che sempre si è confrontato nella discussione di ogni singolo caso, e io personalmente posso dire di aver imparato molto dalla collaborazione con colleghi implantologi e ortodontisti. Spero che loro possano affermare di avere a loro volta imparato da me qualcosa di utile per la loro professione. Secondo me, infatti, il messaggio finale dovrà essere proprio questo: nessuno da solo può ottenere il massimo, ma insieme, parafrasando il presidente Obama: «Yes, we can».

Dott.ssa Perrotti, qual è il punto di vista dell'ortodontista rispetto al Total Face Approach?

L'ortodonzia moderna è strettamente correlata con l'estetica del viso e l'armonia dei tessuti molli perilabiali. Basti pensare alle controversie rispetto alle estrazioni dentarie o all'incremento della chirurgia ortognatica con finalità estetiche. Il Total

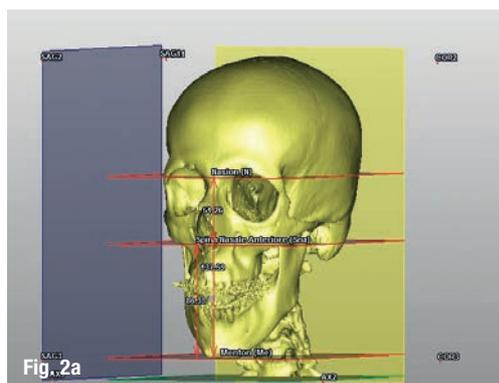


Fig. 2a

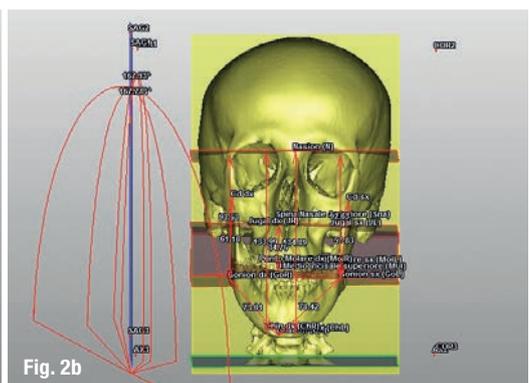


Fig. 2b

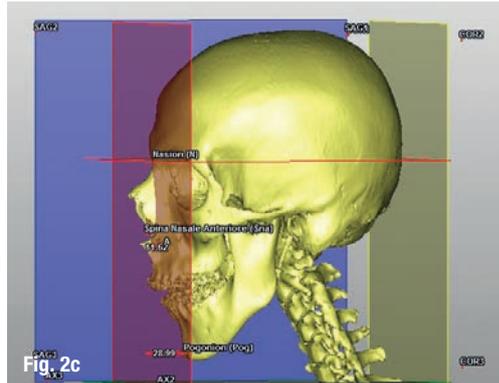


Fig. 2c

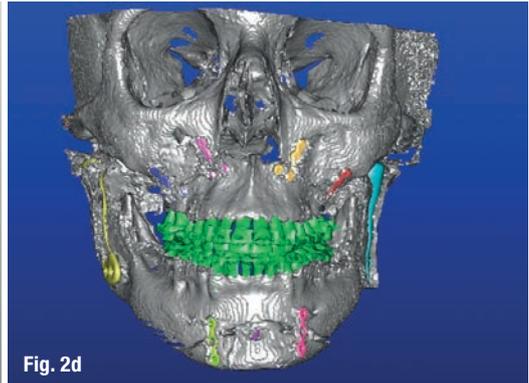


Fig. 2d

Face Approach è noto come protocollo multidisciplinare ai fini di una sistematica diagnostica che soddisfi le esigenze dell'ortodontista, del chirurgo maxillo-facciale e dell'implantologo protesista.

Il workflow tipo dell'ortodonzia per la fase diagnostica, che comprende la cefalometria bidimensionale e tridimensionale, l'analisi dei modelli e l'analisi estetica dei tessuti molli, è riportato come protocollo per la fase diagnostica dei casi candidati alla chirurgia ortognatica e alle grandi riabilitazioni implantoprotesiche.

Qual è l'obiettivo del Corso di Ortodonzia prechirurgica e come si inserisce il Total Face Approach in questo ambito?

Il corso si propone di mostrare un moderno approccio alla gestione dei casi ortodontici candidati alla chirurgia ortognatica, sia con dentatura completa sia edentuli, per i quali è richiesta una valutazione della malocclusione su base scheletrica. Il protocollo Total Face Approach si avvale della diagnostica digitale tridimensionale. Il corso si propone di spiegare come l'ausilio della diagnostica tridimensionale sia ormai diventato strumento fondamentale per il riconoscimento e la classificazione delle anomalie scheletriche e per la programmazione virtuale del piano di trattamento (Figg. 2a-d).

Si parla tanto di semplificazione e mininvasività. Qual è il suo punto di vista, prof. Testori?

La semplificazione dei protocolli clinici, unita a una riduzione dell'invasività del trattamento, è ormai da tempo una realtà clinica in implantologia.

Questi due importanti obiettivi devono però essere contestualizzati nella condizione clinica di ogni singolo paziente e non devono essere l'alibi per trattamenti parziali o incompleti. Una valutazione costi/benefici deve essere parte integrante dell'analisi globale del paziente; la mininvasività come obiettivo assoluto non può esistere in medicina, potrebbe essere solo un concetto

sofisticato di marketing per attrarre paziente o giustificare l'incapacità di eseguire alcuni interventi chirurgici richiesti dalla condizione clinica del paziente.

Quali sono le principali alternative terapeutiche alle ricostruzioni ossee?

Un'attenta valutazione delle alternative terapeutiche nel settore latero-posteriore del mascellare permette in molti casi di evitare interventi più invasivi senza ridurre la percentuale di successo implantare. Nella ricostruzione del mascellare, in caso di atrofie monolaterali o bilaterali in pazienti parzialmente o totalmente edentuli, esistono alcune alternative terapeutiche che devono essere prese in considerazione; infatti, un insufficiente volume osseo nei settori latero-posteriori non rappresenta di per sé l'indicazione a eseguire interventi di ricostruzione ossea. Un'attenta valutazione delle possibili alternative rappresenta un'opzione terapeutica in tutti i pazienti che, per problemi di medicina generale, patologie presenti a livello del seno mascellare, età avanzata o per motivazioni psicologiche, non possono sottoporsi a un intervento chirurgico più invasivo quale l'elevazione del seno mascellare. Nei pazienti che presentano la mancanza dei denti posteriori bisogna valutare con attenzione che vi sia l'indicazione funzionale e/o estetica che giustifichi l'atto terapeutico, tenendo conto delle richieste del paziente che possono essere sia funzionali che estetiche. Un ulteriore parametro da considerare nella scelta di un trattamento alternativo è rappresentato dalla minore complessità della tecnica chirurgica, che consente di



Prof. Tiziano Testori
Responsabile del Reparto di Implantologia e Riabilitazione Orale presso la Clinica Odontoiatrica (Direttore: Prof. R.L. Weinstein), I.R.C.C.S. Istituto Ortopedico Galeazzi, Università degli Studi di Milano.



Fig. 3a

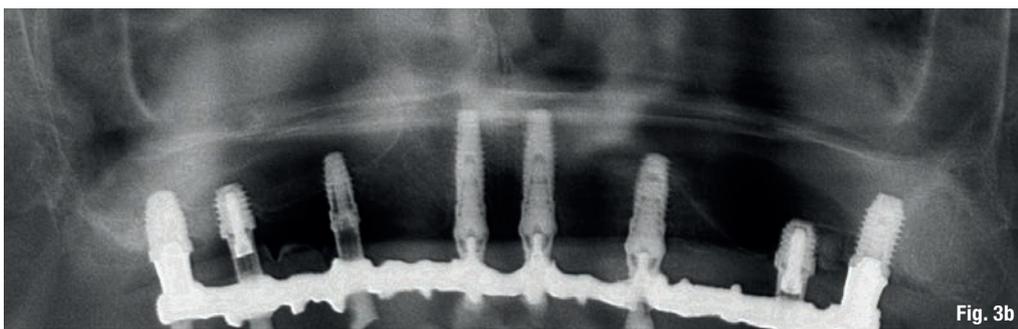


Fig. 3b



Fig. 4a



Fig. 4b

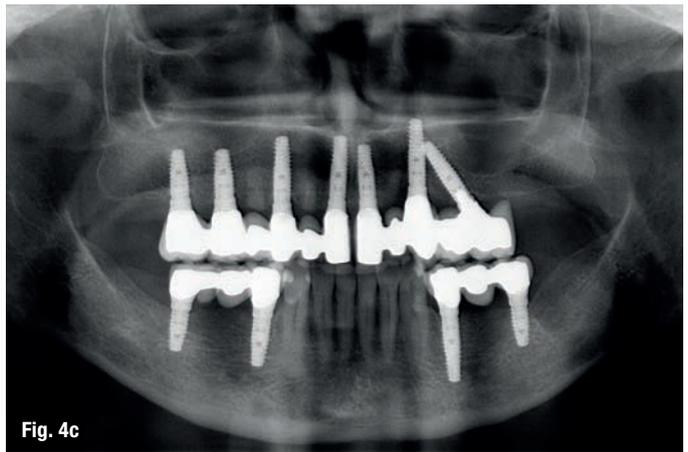


Fig. 4c



Fig. 4d

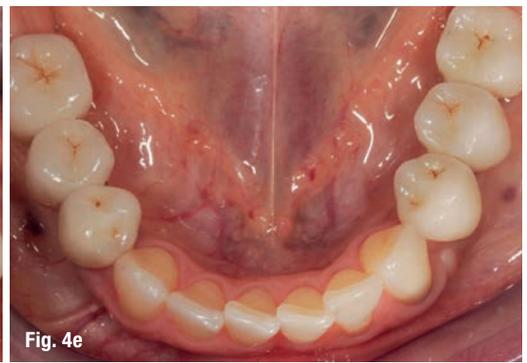


Fig. 4e



Fig. 4f

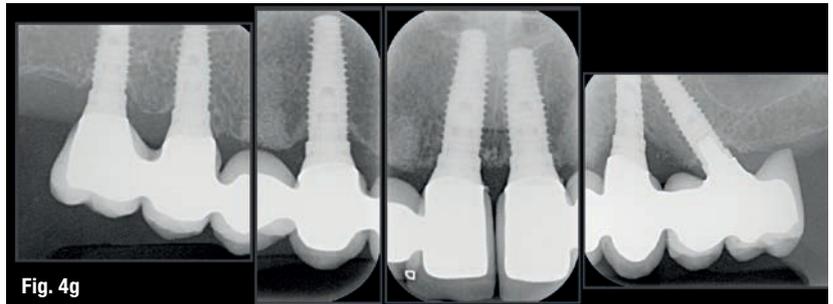


Fig. 4g



Fig. 5

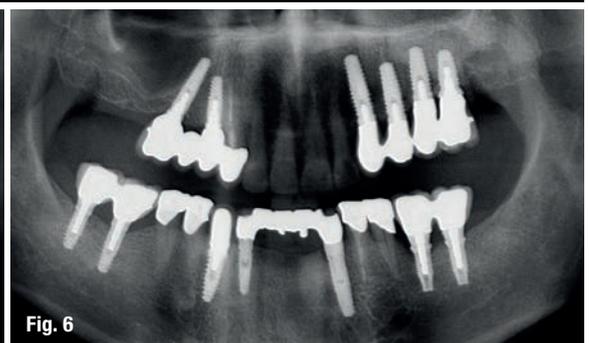


Fig. 6

ridurre la morbidità, l'insorgenza di complicanze e un postoperatorio più rapido.

Un'attenta valutazione delle procedure alternative tende a ridurre il numero di indicazioni per procedure complesse e invasive, come il rialzo di seno o innesti ossei. In relazione alla condizione clinica, le alternative terapeutiche a un rialzo sinusale sono fondamentalmente quattro:

- impianti corti (Figg. 3a, b);
- impianti pre- e post-sinusal;

- impianti inclinati in senso mesio-distale (Figg. 4a-g; Figg. 5, 6);
- impianti con cantilever distale.

Un'attenta valutazione delle alternative terapeutiche nel settore latero-posteriore del mascellare permette, in molti casi, di evitare interventi più invasivi senza ridurre la percentuale di successo implantare.

L'articolo è stato pubblicato la prima volta su Implant Tribune Italian Edition, marzo 2015.



Tiziano Testori e Giovanna Perrotti

Tutors: Matteo Invernizzi, Christian Monti

- **Full immersion in chirurgia implantare dal vivo. Live surgery 360°**
Corso pratico su paziente senza teoria 18 Mar, 17 Giu, 23 Sett, 18 Nov 2015
 - **Giornate monotematiche**
 - Indicazioni e limiti del trattamento endodontico. L'impianto post-estrattivo: quando, come perché
Con la partecipazione di F. Gorni e F. Zuffetti 6 Mar 2015
 - Le moderne tecniche di sutura e la gestione dei tessuti molli: il segreto del successo in implantologia
Con la partecipazione di A. Parenti, M. Deflorian 7 Mar 2015
 - La gestione dei tessuti molli in implantologia: tecniche di prima e seconda fase chirurgica.
L'utilizzo dei sostituti dei tessuti molli 24 Apr 2015
 - Il carico immediato nei pazienti parzialmente e totalmente edentuli 10 Lug 2015
 - L'elevazione del seno mascellare approccio crestale e laterale 11 Sett 2015
 - Perché si perdono gli impianti? Esiste una causa medica?
Con la partecipazione di G. Guabello e R. Volpi 2 Ott 2015
 - L'impianto post-estrattivo: una realtà consolidata nel moderno piano di trattamento implanto-protetico 23 Ott 2015
 - Alternative al rialzo del seno mascellare: impianti corti e angolati 20 Nov 2015
 - **Corso di Implantologia di base con stage clinici** 10 Giu, 01 Lug, 16 Sett, 14 Ott, 13 Nov 2015
 - **L'ansiolisi in odontoiatria: protocollo Prof. Manani**
G. Vignato, G. Zanette, M. Mazzuchin
Il corso viene ripetuto in due date distinte 16 Mag, 24 Ott 2015
-
- **Corso di ortodonzia pre-chirurgica, chirurgia ortognatica e chirurgia implantare** - G. Perrotti, T. Testori, A. B. Gianni
26/27 Giu, 03/04 Lug, 18/19 Sett 2015
-
- **Corso di protesi** - F. Scutellà, M. Cossu
Il corso viene ripetuto in tre date distinte 14 Mar, 13 Giu, 09/10 Ott 2015
-
- **Corso per assistenti** - F. Bianchi
Il ruolo dell'assistente chirurgica nella moderna implantologia 09 Mag 2015
-
- **I pazienti decidono il tuo successo. Dal passaparola al Web 2.0. La qualità percepita, il controllo di gestione, il marketing e le neuroscienze**
A. Pelliccia 17/18 Apr 2015
-
- **Clinical Masters Program in Implant Dentistry**
in collaboration with Biomet 3i
Live surgery and theoretical part
T. Testori, F. Scutellà, M. Invernizzi June 24/25, 2015
-
- **An evidence-based educational path in maxillary sinus augmentation: the lateral and crestal approach**
M. Esposito, T. Testori, M. Invernizzi September 11/12, 2015
-
- **Royal College of Surgeons of England**
Two-day course on the live implant surgeries
T. Testori, M. Esposito April 22, 2016
-
- **Courses of Endodontology**
F. Gorni March 27, June 19, October 30, 2015

CORSI NAZIONALI e INTERNAZIONALI

Ringiovanimento del viso con tecnica intraorale

Grazie al laser Fotona Er:YAG 2940 nm SMOOTH Mode

Autori _Adrian Gaspar*, Argentina & Gustavo Alfaro Gasti**, Cile

**Prima Piel Clinic of Aesthetic, Antiaging and Gynecology, Mendoza (Argentina).*

***Rejuvemed Clinic of Plastic Surgery, Aesthetic Medicine and Gynecology, Santiago de Chile (Cile).*

_ Introduzione

L'aumento dei solchi naso-genieni e delle rughe periorali è il segno più evidente dell'invecchiamento del viso. Il ringiovanimento del viso è da tempo il trattamento estetico più desiderato e l'aumento di interesse in questo settore ha permesso la rapida evoluzione di diversi metodi di trattamento.

I trattamenti ablativi per il resurfacing del viso con l'utilizzo di laser come CO₂ o Er:YAG sono stati considerati a lungo come il gold standard per il ringiovanimento cutaneo. Il laser Er:YAG produce meno danno termico residuo e, di conseguenza, una minore profondità nella necrosi del tessuto, con una guarigione più rapida rispetto ai laser CO₂¹. Tuttavia, i trattamenti laser ablativi sono sempre meno popolari a causa dei prolungati tempi di guarigione e del maggior rischio di complicazioni postoperatorie². I trattamenti che combinano alta efficacia con tempi di guarigione ridotti e limitano al minimo la possibilità di effetti collaterali sono sempre più richiesti. Per questo motivo si è sviluppato un numero sempre cre-

scente di trattamenti non ablativi con diverse lunghezze d'onda³⁻⁶. Con le tecniche ablative si ottiene una riduzione delle imperfezioni superficiali, come il fotoinvecchiamento della pelle, mentre con le metodiche non ablative si ottiene un effetto termico che produce un risultato curativo e stimola il rimodellamento del collagene portando a un rassodamento dei tessuti. Con l'utilizzo del laser Er:YAG in modalità non ablativa SMOOTH Mode, è stato introdotto un nuovo metodo di trattamento delle mucose che ha portato allo sviluppo di nuove applicazioni che si basano sul rimodellamento del collagene e sulla stimolazione alla produzione di nuovo collagene come, ad esempio, applicazioni quali il ringiovanimento vaginale (IntimaLase™), il trattamento dello stress da incontinenza urinaria (IncontiLase™) e, non ultimo, il trattamento delle roncopatie e delle apnee notturne (NightLase™)⁷⁻⁹. Un recente studio ha presentato risultati incoraggianti nell'uso combinato di tecniche intraorali ed extraorali con il laser Er:YAG in modalità non ablativa SMOOTH Mode per la riduzione dei

Fig. 1 _Panoramica della procedura in 2 step che mostra l'area trattata all'interno della bocca.

Fig. 2 _Dimostrazione della tecnica intraorale usando il manipolo PS03 frazionale non ablativo.



Fig. 1



Fig. 2

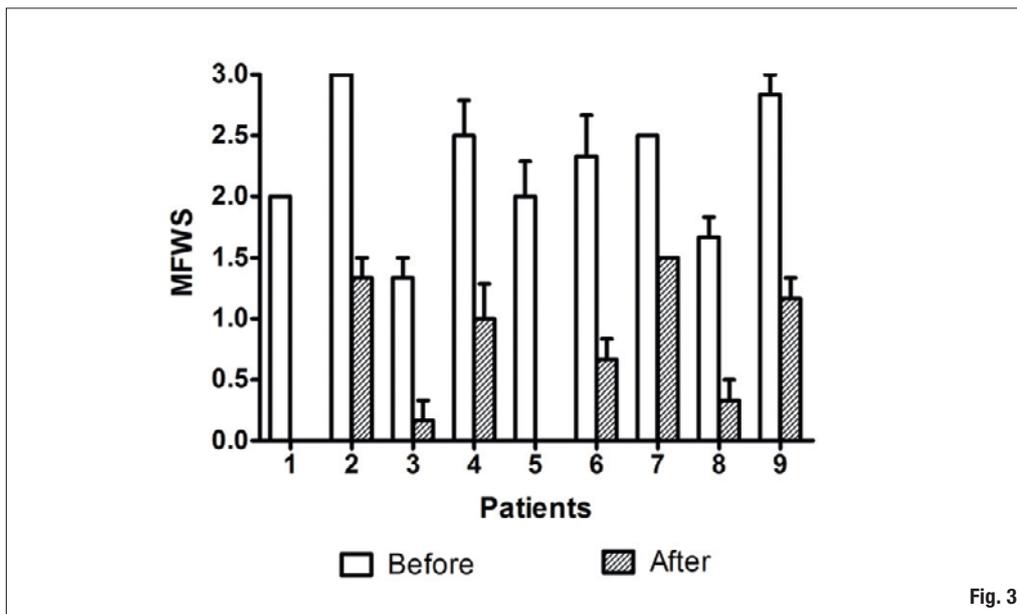


Fig. 3 Valutazione da parte di tre osservatori clinici indipendenti dei valori MFWS (Scala delle rughe di Fitzpatrick) riscontrati su 9 pazienti prima e dopo il trattamento intraorale. Una riduzione significativa ($p < 0.0001$) è stata osservata dopo il trattamento.

solchi naso-genieni¹⁰. Gli ottimi risultati del laser Er:YAG sulla mucosa e il grande interesse dei pazienti per i nuovi trattamenti non invasivi per il ringiovanimento del viso ci hanno spinto a valutare l'efficacia e la sicurezza del trattamento intraorale con il laser Er:YAG non ablativo per la riduzione delle rughe periorali.

Materiali e metodi

Abbiamo condotto uno studio pilota in due diversi centri: Piel Clinic of Aesthetic, Anti-aging and Gynecology di Mendoza (Argentina) e Rejuvenation Clinic of Plastic Surgery, Aesthetic Medicine and Gynecology di Santiago del Cile (Cile). Sono stati trattati 9 soggetti con età media di 46,8 anni (tra i 35 e i 58 anni) con distinti gradi di profondità delle rughe periorali. A tutti e 9 pazienti è stato assegnato il tipo di pelle II-III sulla scala di Fitzpatrick. I criteri di esclusione sono stati lesioni e/o infezioni attive nell'area di trattamento o la somministrazione di medicinali che potessero causare fotosensibilità.

Ogni paziente è stato sottoposto fino a cinque sessioni a intervalli di un mese con il laser Er:YAG 2940 nm (SP Dynamis, Fotona, Slovenia) usando la tecnica intraorale. È stato utilizzato il manipolo frazionale non ablativo PS03 con spot da 7 mm, fluence 8 J/cm² e frequenza 1.8 Hz. Il trattamento è stato effettuato in due step, come mostrato in Fig. 1. Il primo step prevede il rassodamento delle guance, diminuendo le rughe naso-geniene e innalzando la commissura labiale. Il secondo step prevede un aumento del prolabio e l'accentuazione dell'arco di cupido. Può essere ag-

giunto un terzo step per aumentare il volume del labbro inferiore. Sono stati effettuati sei passaggi nell'area intraorale usando l'impulso SMOOTH Mode. Tutti i colpi sono stati rilasciati su un singolo punto, evitando overlapping (Fig. 2). Il trattamento non è invasivo e il paziente non necessita di una preparazione particolare. Non è stata utilizzata né anestesia né raffreddamento prima o dopo il trattamento. La profondità delle rughe è stata valutata da tre diverse persone prima e dopo ogni trattamento paragonando le fotografie e usando la Scala delle rughe di Fitzpatrick (MFWS: Modified Fitzpatrick Wrinkle Scale)¹¹. Per calcolare il significato statistico del trattamento, è stato usato il Test di Student. La tollerabilità del trattamento è stata invece giudicata dai pazienti stessi con un'autovalutazione sul dolore e il disagio causato su una scala di 10 punti, dove 1 è il minimo e 10 il massimo.

Risultati

È stata osservata una significativa riduzione delle rughe periorali in tutti i pazienti trattati. Il punteggio medio delle rughe prima del trattamento era di 2.22 ed è stato migliorato del 69%, portandolo così a 0.69 (Tab. 1). I risultati della riduzione delle rughe riscontrati dai tre osservatori indipendenti, basandosi sulla Scala delle rughe di Fitzpatrick, sono esposti in Fig. 3. La riduzione delle rughe è stata rilevata subito dopo il trattamento intraorale (risultato dell'immediato rimodellamento del collagene), senza effetti collaterali come eritema o edema (Figg. 4, 5). Anche se non ci sono follow-up a lungo termine, i risultati preliminari mostrano



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

Fig. 4 Riduzione delle rughe nasogenieni in una donna di 39 anni dopo il trattamento con il laser Er:YAG in modalità non ablativa SMOOTH Mode.

Fig. 5 Diminuzione significativa delle rughe naso-genieni dopo il trattamento intraorale con il laser Er:YAG in modalità non ablativa. Foto scattate prima (sinistra) e subito dopo il trattamento (destra).

Fig. 6 Riduzione significativa delle rughe periorali ottenuta con cinque sedute di trattamento intraorale con Er:YAG. Prima (sinistra) e a distanza di 60 giorni dal trattamento (destra).

un effetto duraturo. Come mostrato in Fig. 6, è stata osservata una riduzione significativa delle rughe periorali a distanza di 60 giorni dall'ultima seduta. Il trattamento non è invasivo e il paziente non necessita di anestesia e di nessuna preparazione particolare. Il trattamento è stato molto ben tollerato da tutti i pazienti e nessun effetto collaterale è stato osservato. Il disagio dei pazienti durante il trattamento è stato minimo e nessuno di loro ha riportato dolore o effetti negativi successivi alle sedute. Il dolore medio riscontrato dai pazienti su una scala di 10 punti, dove 1 è il

minimo e 10 il massimo, è stato 0.67 e il dolore massimo riportato è stato di 2 punti.

_Discussione

In questo studio pilota abbiamo dimostrato l'efficacia e la sicurezza della tecnica intraorale non ablativa con il laser Er:YAG per la riduzione delle rughe periorali. Il trattamento intraorale, con il laser Er:YAG in modalità non ablativa SMOOTH Mode è un nuovo metodo per il ringiovanimento della cute che si basa sul rimodellamento del collagene tramite l'induzione di un effetto termico controllato.

Il rimodellamento della cute tramite laser non ablativo è basato sull'induzione di danno termico controllato del collagene, preservando l'epidermide. L'aumento della temperatura fino a 70 °C porta a un rimodellamento del collagene^{12,13}. Oltre a un immediato effetto di contrazione delle fibre di collagene, si verifica l'inizio della neocollagenesi, che comporta la generazione di nuovo collagene (che può durare fino a 6 mesi). Gli effetti sia a breve termine che a lungo termine conducono a un generale miglioramento della lassità ed elasticità dei tessuti trattati¹⁴⁻¹⁶. Il trattamento intraorale con il laser Er:YAG consente il riscaldamento dello strato superiore del derma (circa 500 µm di profondità) a temperature controllate che vanno dai 45 °C ai 65 °C. Il risultato è un'immediata contrazione dei tessuti, che può arrivare fino al 30% del volume iniziale. Si ottiene un ulteriore effetto di rassodamento grazie alla spinta meccanica degli strati inferiori di tessuto dovuta alla contrazione degli strati superiori trattati fototermicamente. L'effetto duraturo del ringiovanimento della cute si spiega grazie alla neocollagenesi, iniziata con la comparsa di proteine da shock termico (HSP) che portano alla formazione di nuove fibre di collagene, che contribuiscono al miglioramento dello spessore ed elasticità della pelle del viso^{17,18}. Come dimostrato dalle Figg. 4, 5, 6, questo trattamento è molto efficace per la riduzione di rughe medie e moderate. Le caratteristiche uniche della mucosa orale ci permettono di raggiungere un rassodamento della pelle, che porta a un lifting delle commissure labiali e alla riduzione delle rughe naso-geniene e periorali.

_Conclusioni

In questo studio pilota abbiamo dimostrato l'uso di un metodo non invasivo intraorale con il laser Er:YAG in modalità non ablativa SMOOTH Mode per la riduzione delle rughe

Numero paziente	Età	MFWS prima	MFWS dopo	Variazione MFWS	Dolore
1	39	2.00	0.00	2.00	1
2	48	3.00	1.33	1.67	0
3	41	1.33	0.17	1.17	1
4	52	2.50	1.00	1.50	0
5	35	2.00	0.00	2.00	0
6	53	2.33	0.67	1.67	1
7	58	2.33	1.50	0.83	2
8	47	1.67	0.33	1.33	0
9	48	2.83	1.17	1.67	1
Media	46.78	2.22	0.69	1.54	0.67

Tab. 1_Valutazione dei valori medi MFWS (Scala delle rughe di Fitzpatrick) da parte di tre osservatori indipendenti prima e dopo il trattamento. Autovalutazione dei pazienti sul dolore durante il trattamento.

periorali. Il metodo è molto efficace e sono stati ottenuti risultati eccellenti sia nell'immediato sia nel medio termine. La sicurezza e la non invasività di questo metodo rappresentano un ulteriore vantaggio, con tempi di guarigione inesistenti e nessun effetto collaterale. Questo spiega la grande soddisfazione dei pazienti durante e dopo il trattamento. Il trattamento laser con Er:YAG 2940nm non ablativo

usando la tecnica intraorale rappresenta una delle tecniche più sicure ed efficaci per la riduzione delle rughe periorali. Tuttavia, ulteriori studi sono necessari per valutare la riduzione a lungo termine delle rughe.

© Laser and Health Academy. Tutti i diritti riservati.

Stampato in Europa

www.laserandhealth.com - ISSN 1855-9913

Journal of Laser and Health Academy,

Vol. 2013, No. 2.

_bibliografia

cosmetic
dentistry

- Khatri KA (2003) Ablation of cutaneous lesions using an Erbium:YAG laser. Journal of cosmetic and laser therapy : official publication of the European Society for Laser Dermatology 5: 150-153.
- Alster TS (1999) Cutaneous resurfacing with CO2 and erbium: YAG lasers: preoperative, intraoperative, and postoperative considerations. Plastic and reconstructive surgery 103: 619-32; discussion 633-4.
- Lupton JR, Williams CM, Alster TS (2002) Nonablative laser skin resurfacing using a 1540 nm erbium glass laser: a clinical and histologic analysis. Dermatologic surgery : official publication for American Society for Dermatologic Surgery [et al] 28: 833-835.
- Goldberg DJ (2000) Full-face nonablative dermal remodeling with a 1320 nm Nd:YAG laser. Dermatologic surgery : official publication for American Society for Dermatologic Surgery [et al] 26: 915-918.
- Luebberding S, Alexiades-Armenakas MR (2012) Fractional, nonablative Q-switched 1,064-nm neodymium YAG laser to rejuvenate photoaged skin: a pilot case series. Journal of drugs in dermatology : JDD 11: 1300-1304.
- Alshami MA (2013) New application of the long-pulsed Nd:YAG laser as an ablative resurfacing tool for skin rejuvenation: a 7-year study. Journal of cosmetic dermatology 12:170-178.
- Jorge E, Gaviria P, JALL (2012) Laser Vaginal Tightening (LVT) - evaluation of a novel noninvasive laser treatment for vaginal relaxation syndrome. Journal of Laser Health Academy 1: 59-66.
- Krysztof Miracki ZV (2013) Nonsurgical Minimally Invasive Er:YAG Laser Snoring Treatment. Journal of Laser Health Academy 1: 36-41.
- Fistonc I, Findri-Gustek S FN (2012) Minimally invasive laser procedure for early stages of stress urinary incontinence (SUI). Journal of Laser Health Academy 1: 67-74.
- Pidal CM(2012) Clinical Bulletin: Intra and Extraoral Treatment for Rejuvenation of the Nasolabial Fold and Perioral Wrinkles. Journal of Laser Health Academy 1: B22.
- Shoshani D, Markovitz E, Monstrey SJ, Narins DJ (2008) The modified Fitzpatrick Wrinkle Scale: a clinical validated measurement tool for nasolabial wrinkle severity assessment. Dermatologic surgery : official publication for American Society for Dermatologic Surgery [et al] 34 Suppl 1: S85-91.
- Paul M, Blugerman G, Kreindel M, Mulholland RS (2011) Three-dimensional radiofrequency tissue tightening: a proposed mechanism and applications for body contouring. Aesthetic plastic surgery 35: 87-95.
- Lin S-J, Hsiao C-Y, Sun Y, Lo W, Lin W-C, et al. (2005) Monitoring the thermally induced structural transitions of collagen by use of second-harmonic generation microscopy. Optics letters 30: 622-624.
- Beltram M, DOB (2005) New collagen synthesis in skin fibroblasts after Er:YAG laser skin resurfacing. suppl. 17, pp. 33. Lasers Surg Med Suppl17: 33.
- Majaron B, Sustercic D, Lukac M, Skaleric U, Funduk N (1998) Heat diffusion and debris screening in Er:YAG laser ablation of hard biological tissues. Applied Physics B: Lasers and Optics 66:479-487.
- Beltram M, DOB (2008) Quantitative analysis of new collagen synthesis after Er:YAG laser skin resurfacing with biomolecular technique. Lasers Surg Med suppl 20: 35.
- Drnovsek-Olup B, Beltram M, Pizem J (2004) Repetitive Er:YAG laser irradiation of human skin: a histological evaluation. Lasers in surgery and medicine 35: 146-151.
- Majaron B, Srinivas SM, Huang H e, Nelson JS (2000) Deep coagulation of dermal collagen with repetitive Er:YAG laser irradiation. Lasers in surgery and medicine 26: 215-222.

Chirurgia estetica, oltre un milione gli interventi eseguiti in Italia nel 2014



_Presentati al congresso AICPE a Firenze i risultati dell'indagine eseguita tra i chirurghi plastici estetici su chirurgia e medicina estetica. Superano quota un milione gli interventi di chirurgia e medicina estetica eseguiti in Italia nel 2014, con un

aumento del 6,2% rispetto all'anno precedente.

Sono stati resi noti al 3° congresso AICPE – che si è tenuto a Firenze dal 13 al 15 marzo – i risultati dell'indagine annuale condotta dall'Associazione Italiana di Chirurgia Plastica Estetica (www.aicpe.org), relativa all'andamento del settore in Italia. L'indagine ha coinvolto solamente i chirurghi plastici estetici; risultano quindi esclusi gli interventi eseguiti da altri medici che, pur non avendo specializzazioni in chirurgia plastica, eseguono interventi a fine estetico (ad esempio otorinolaringoiatri, dermatologi e dentisti). A crescere sono stati sia gli interventi di medicina estetica, che costituiscono il 76% del totale e che registrano un aumento del 6,2% rispetto al 2013, sia quelli di chirurgia plastica estetica, il 24% del totale, che nell'ultimo anno sono cresciuti del 3%.

L'indagine che AICPE conduce dal 2011 in Italia offre uno spaccato sul mondo della bellezza nel nostro Paese: «Anche nel 2014 registriamo una crescita rispetto all'anno precedente, un segnale che gli italiani non rinunciano a prendersi cura di sé», afferma il presidente di AICPE, Mario Pelle Ceravolo. «Il nostro settore non ha mai risentito della crisi come altri, invece, hanno riscontrato: la medicina estetica è sempre cresciuta, mentre la chirurgia estetica, che negli anni scorsi aveva subito delle flessioni, nel 2014 ha ripreso a crescere. Speriamo che questo trend positivo prosegua anche per l'anno in corso e che segni l'inizio della tanto attesa ripresa».

Per il terzo anno consecutivo, la procedura di chirurgia plastica più eseguita in Italia è la liposuzione. Nel 2014 sono stati eseguiti 43.989 inter-

venti, mentre nel 2013 erano stati 44.464, con un calo dell'1%. La seconda operazione più richiesta è la mastoplastica additiva, ossia l'aumento del seno (33.532, + 0,1%), seguita dalla blefaroplastica, il ringiovanimento dello sguardo (32.313 interventi, + 1%). «Tra gli interventi più in voga nel 2014, ci sono stati il lipofilling, ossia il trapianto del proprio grasso in altre parti del corpo – dice Pierfrancesco Cirillo, segretario di AICPE –. È utilizzato per riempire le rughe del volto o piccole depressioni del corpo ed è sempre più apprezzato, come dimostra la crescita del 20% rispetto all'anno precedente nel numero di interventi. Sempre più richiesto anche l'aumento dei glutei, che ha registrato un +6,6%: le curve piacciono sempre di più, come già hanno rilevato i dati statunitensi».

Nel campo della medicina estetica, la tossina botulinica è diventata, per la prima volta, l'intervento più eseguito (274.870 procedure, + 22,9%), superando l'acido ialuronico (265.324, - 8,3%). Seguono a distanza l'idrossiapatite di calcio, un filler di lunga durata (37.473, - 8,3%); il peeling chimico (33.546, + 8,1%) e la laser depilazione (31.620, + 27,7).

Gli uomini rappresentano il 14,9% dei pazienti che si sono rivolti a un chirurgo plastico, in calo rispetto al 2013 (- 11% rispetto al 2013). Per quanto riguarda gli interventi preferiti per genere, quelli più eseguiti dalle donne sono, nell'ordine, mastoplastica additiva, liposuzione e rinoplastica, mentre quelli preferiti dagli uomini liposuzione, blefaroplastica e rinoplastica.

Per quanto riguarda la distribuzione degli interventi fra le regioni italiane, trionfano Lombardia (18,98%), Lazio (20,31%) ed Emilia Romagna (12,50%). L'indagine è un'ulteriore conferma del "falso mito" dei minorenni amanti della chirurgia plastica: gli interventi eseguiti sono stati esigui (4.598, lo 0,4% del totale, come nel 2013). I più eseguiti sono stati rinoplastiche, otoplastiche e liposuzioni. Non è stato registrato nessun intervento di aumento del seno o tossina botulinica tra i minorenni.

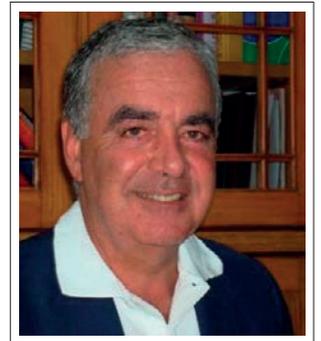
_Surgical Tribune Italia

Botulino ancora preferito in USA nei trattamenti di medicina estetica

La tossina botulinica si conferma il trattamento d'elezione negli Stati Uniti per contrastare i segni del tempo. Lo afferma una nota rilasciata dall'AITEB, Associazione Italiana Terapia Estetica Botulino. Per il quattordicesimo anno consecutivo – osserva – il botulino è stato preferito all'acido ialuronico tra i trattamenti di medicina estetica per ringiovanire la zona del volto. Richiamandosi ai dati pubblicati dall'American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS) sarebbero quasi 3 milioni e 600 mila i trattamenti con tossina botulinica, il 40% di tutti quelli praticati oltreoceano, a conferma non solo dell'efficacia per contrastare i segni del tempo sul volto, ma anche della sicurezza, come osserva il presidente AITEB, Massimo Signorini (in foto). Anche tra gli uomini (più dell'11%) si sta ritagliando uno spazio sempre maggiore. Vi ricorrono persone dai 35 ai 50 anni (43,3%) e nella fascia di età dai 51 ai 65 (31,1%), ma è praticato meno al di sotto dei 35 (14%).

«L'Italia, che ha sempre mantenuto una certa diffidenza nei confronti della tossina botulinica – osserva la nota – sta dando risultati in controtendenza rispetto a quelli americani», dice Signorini. Elevata sarebbe anche la soddisfazione di coloro che si sottopongono a trattamenti con tossina botulinica. Nel 72% dei casi viene indicata come "soddisfazione alta", nel 26% "estremamente alta".

«L'efficacia del botulino – aggiunge la nota – si dimostra soprattutto nell'attenuazione delle cosiddette zampe di gallina e per le rughe della glabella. Più rari gli usi nella zona periorale, nella regione del naso, del mento e del collo. La zona d'elezione per il trattamento resta il terzo superiore del volto». Dice il presidente AITEB che «l'utilizzo del botulino non provoca espressioni rigide e fisse, ma distensione della pelle e quindi delle rughe, effetti non permanenti. Resta sempre tuttavia la raccomandazione di affidarsi a medici esperti».



HOME

↓ CORSI ONLINE

EVENTS

Digital dentistry - Cad/Cam



WEBINAR REGISTRATO

CORSO GRATUITO

L'impiego di tecnologie innovative Cad/Cam per la restaurativa semplice e complessa

Dr. Roberto Spreafico

CORSO SPONSORIZZATO DA

sirona
The Dental Company

Durante l'intervento verrà mostrato l'intero processo di costruzione di un manufatto protesico, interamente realizzato con tecnica digitale, dalla ripresa di un'impronta ottica intraorale, alla progettazione, fino alla realizzazione e finalizzazione estetica.

Obiettivi formativi:

- Identificare i bisogni di velocità e efficienza del mercato dentale;
- Prendere consapevolezza dell'utilità dei sistemi digitali in campo odontoiatrico;
- Evidenziare la semplicità dell'impiego degli strumenti digitali nella pratica quotidiana risaltandone gli aspetti di precisione e predicibilità dei risultati.

Il futuro volto della comunicazione: tecnologia ma anche dialogo diretto con il paziente

L'articolo che segue è la sintesi di una conferenza tenuta dall'autore, Damien Walmsley, a Viareggio a metà dicembre, nel Congresso organizzato dall'Istituto Stomatologico Toscano. L'intervista si concentra sul paesaggio mutevole che è futuro della comunicazione dentale. L'innovazione è la chiave per attirare gli utenti e spesso fornisce nuovi modi di lavorare negli studi a beneficio dei pazienti. Una buona comunicazione con essi, tuttavia, resta fondamentale, perché anche in un prossimo futuro il parlare faccia a faccia con il paziente sarà importante.

Il ruolo della comunicazione digitale sta prendendo piede e il suo impatto non è solo nella vita quotidiana, ma anche all'interno dello studio odontoiatrico. Internet è ovunque e vi si può accedere tramite il televisore di casa o il cellulare. Una connessione a Internet si può trovare facilmente ormai ovunque. Google dichiara che tutte le vetture saranno collegate a Internet e prevede un mondo di strade con auto senza conducente. Vede opportunità anche nell'assistenza sanitaria, e la nuova funzione "parlare con il proprio medico" sta suscitando un nuovo interesse nelle visite e per gli esami a distanza, un futuro passo nella comunicazione tra medico e paziente.

Anche semplici attività quotidiane come lavarsi i denti, ora hanno un app mobile, che è possibile utilizzare per vedere quanto bene spazzoli i tuoi denti ogni giorno. In odontoiatria, la crescita di telefoni intelligenti si è sviluppata con i sistemi operativi Android e iOS, trasformandoli in minicomputer molto potenti. La maggior potenza di elaborazione sta cambiando anche la formazione nel dentale: gli studenti si aspettano ormai che le informazioni (letture e annotazioni) vengano rese disponibili sui loro tablet o smartphone. Nel 2007 era l'iPod il dispositivo su cui ascoltare i podcast dedicati al proprio modo di lavorare.

Lo smartphone è diventato molto popolare e gli studenti possono guardare video o animazioni di procedure cliniche, scaricabili direttamente sul loro dispositivo preferito. Il ritorno è positivo, soprattutto perché consente loro di imparare stando sul proprio luogo di studio o di lavoro, senza

muoversi, mentre apprendono tecniche del tutto nuove per loro. Lo studente di oggi vede questa tecnologia come una via naturale per la sua futura esperienza clinica. Tali vantaggi si devono anche considerare nell'ottica dell'incremento di una continua istruzione professionale tramite l'e-learning, fruibile da una varietà di dispositivi. Per esempio, si può studiare per il master online oppure guardare le ultime lezioni senza lasciare la comodità di casa propria. Tuttavia i dentisti amano ancora il dibattito che si svolge all'interno di un congresso, perciò il digitale è un complemento che comunque non prenderà mai definitivamente il posto del contatto personale. Nonostante questo, anche molte conferenze sono diventate virtuali, con lezioni e dibattiti online. Per coloro che amano l'approccio digitale, ci sono molti siti con blog dove è possibile parlare delle tecniche più recenti a disposizione.

Il social networking è divenuto oggi un mezzo adatto per scambiare opinioni e visualizzare i casi clinici con revisioni di gruppo. L'uso di Facebook sta portando alla creazione di diversi gruppi chiusi, dove i dentisti possono discutere i casi in un ambiente amichevole.

Tuttavia, se il gruppo è aperto, anche i pazienti possono vedere quello che viene discusso. Su Twitter si sono sviluppate alcune pagine interessanti dove si possono discutere casi, pubblicare radiografie e poi ricevere anche risposte alle proprie domande. Ma, generalmente, il mezzo è ancora in fase di sviluppo per un uso clinico. Qualunque dentista potrà attingere alle informazioni disponibili e anche i pazienti lo potranno fare. Importan-

te, quindi, che tali discussioni siano condotte, ove possibile, sempre a porte chiuse.

Uno dei più grandi e recenti eventi nel mondo cibernetico è stato il lancio dei Google Glass nel 2013 per i "glass explorer" e, successivamente, nel 2014, per il grande pubblico. Nonostante l'enorme interesse nell'uso di tali dispositivi in odontoiatria, il progresso è stato lento. Solo ora le aziende stanno iniziando a produrre applicazioni per smartphone da utilizzare in combinazione con gli occhiali. Alcuni esempi includono l'adozione di sessioni di addestramento per la preparazione del dente e anche per l'odontoiatria implantare per l'assistenza nella fase del posizionamento. Come per molte altre invenzioni digitali, c'è ancora un ritardo tra l'idea (concept) e il prodotto finale per il lavoro clinico.

Nuove forme di comunicazione stanno cambiando l'accesso ai dati dei pazienti. Sta cambiando lo stile di raccolta dei dati e, mentre ci sono ancora in sospeso questioni di governance, diverse aziende negli Stati Uniti stanno sperimentando la possibilità di memorizzare le informazioni del paziente direttamente con Internet. Questo tipo di raccolta sta portando allo sviluppo del concetto di Big Data. La generale condivisione delle informazioni del paziente può dare la sensazione di trovarsi all'interno di un "grande fratello", ma in realtà vi è un grande potenziale nel fornire ai dentisti ulteriori notizie sulle interazioni della malattia dentale con altre zone del corpo.

Ma torniamo nuovamente al telefono cellulare, diventato così versatile e parte essenziale della nostra vita. Ci sono molte applicazioni disponibili per poter consultare rapidamente la letteratura dentale, come Google Scholar Droid e PubMed on Tap. Altre interessanti e disponibili applicazioni sono Brush DJ, per lavarsi i denti mentre si ascolta la propria musica preferita. Dentify fornisce un aiuto per i pazienti con mal di denti. Sia Brush DJ che Dentify sono applicazioni progettate e codificate da studenti di odontoiatria. Dato che sempre un maggior numero di giovani avrà familiarità nella programmazione, queste applicazioni sono destinate ad aumentare. Dental Photo consente di scattare con successo fotografie intraorali e Smile Designer Pro può essere utilizzato su computer/tablet per mostrare ai pazienti in che modo il loro sorriso verrà migliorato. Si tratta di uno strumento di comunicazione buono per tutti gli interventi di restauro. Tuttavia, altre applicazioni, come Facetime, vengono utilizzate per mettere in grado le persone di ritoccare i loro selfie senza bisogno di ricorrere all'odontoiatria!

Una nota di avvertenza: l'uso dei mezzi digitali ha anche diversi aspetti negativi, e li abbiamo brevemente accennati nella parte che riguarda la privacy del paziente. In un momento in cui è così

semplice pubblicare materiale online, le informazioni riguardanti il paziente devono essere sempre tenute riservate. Altri problemi includono il titolare delle informazioni. Distribuire immagini cliniche di qualcun altro e attribuirle a se stessi potrebbe portare a seri problemi. Se le informazioni sono

pubblicate, devono essere coerenti con le conoscenze attuali, e quindi aggiornate: un'odontoiatria basata sull'evidenza è ancora necessaria. Infine, in quest'era digitale, il rimanere collegati è diventato una priorità, perché niente di tutto quello che abbiamo descritto accadrà se Wi-Fi o connessione mobile non funzionano correttamente.

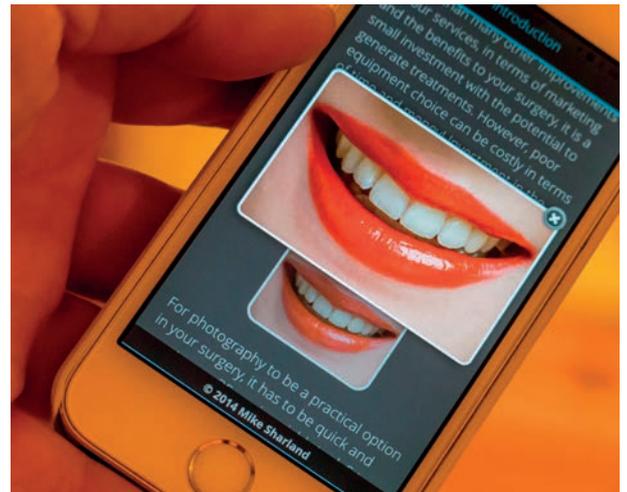
Cosa ci riserva dunque il futuro? Esistono modi nuovi ed entusiasmanti per organizzare la formazione dentale e i corsi di odontoiatria. Ne sono un esempio lampante i Massively Open Online Courses (MOOC), il cui obiettivo è fornire a tutti un accesso alle informazioni in rete. C'è grande interesse per questa modalità di apprendimento, dal momento che consente a molti una formazione accessibile. Mentre il numero di persone che accede, però, a questi corsi è inizialmente alto, ci sono bassi tassi di completamento dell'intero percorso formativo (< 5%). Nonostante questi inconvenienti, si nota un'altra area di grande crescita che emerge da una ricerca su Internet, dalla quale risulta che sono già disponibili parecchi MOOC di argomento odontoiatrico.

In campo odontoiatrico, infatti, nella formazione e nella comunicazione, i siti di social networking devono ancora focalizzare appieno il loro potenziale. Quindi, occorre attendersi un'evoluzione e una maggior sofisticatezza. Se si vuole provare a vedere come funziona uno di questi MOOC, ecco un esempio di un corso di fotografia odontoiatrica all'interno di uno studio: www.futurelearn.com/courses/dental-photography-in-practice.

**_Damien Walmsley*,
BDS, MSc, PhD, FDSRCPS**

Questo articolo è tratto da una relazione tenuta durante il 2nd International Meeting organizzato dalla Fondazione Istituto Stomatologico Toscano su: "Lo sbiancamento dentale fra biologia ed estetica", 12 e 13 dicembre 2014, Viareggio.

**Professor of Restorative Dentistry -
University of Birmingham
President of the Association for Dental
Education in Europe*



L'evoluzione del concetto di benessere passa da Villafranca di Verona: etica e salute si incontrano

Dalla dieta dell'uomo primitivo a quella dell'uomo dello spazio



_Villafranca di Verona 17 aprile

2015: Grande successo di pubblico in apertura della due giorni che ha visto protagonisti, al Museo Nicolis, la Società scientifica POIESIS e l'Associazione Gerona 2005, unite per la prima volta nell'organizzazione di un evento unico nel suo genere.

Un connubio tra estetica, nutrizione

e benessere, che ha visto un'ampia partecipazione di addetti ai lavori e non. Riflettori puntati sull'ospite internazionale, Loren Cordain, esperto internazionale di evoluzione e nutrizione; esperti, giornalisti e accademici hanno seguito con grande interesse gli interventi dei relatori anche grazie al brillante coordinamento della conduttrice Tessa Gelisio.

«Rappresento un'associazione scientifica che ha tra gli obiettivi statutari il benessere della persona; per questo mi preme aggiungere la parola etica alle altre per dare il giusto valore a questa giornata importante», ha dichiarato in apertura Ezio Costa, presidente POIESIS. Estetica e etica si incontrano, dunque, in questa giornata, come specifica chiaramente Costa: «Abbiamo il dovere etico di approfondire il benessere della persona; i tecnicismi della professione si imparano in un weekend, per instaurare un rapporto con un paziente ci vuole una vita».

L'ospite di punta Loren Cordain ha catalizzato l'attenzione di un pubblico interessato e anche di qualche fan accorso apposta per

ascoltarlo: «Il mio è un interesse che parte da lontano – dichiara il famoso professore americano – dagli studi su Darwin fino alle letture che mi hanno portato a coniare il termine di "paleodieta". Tutto ciò che riguarda l'essere umano va visto alla luce dell'evoluzione; la dieta paleolitica ha un fondamento scientifico basato su studi condotti nel corso degli anni, e si fonda sulla scelta degli stessi gruppi di alimenti consumati in quel periodo».

Dalla Terra, con il periodo Paleolitico, allo spazio, grazie al prezioso contributo del dottor Filippo Ongaro che segue da tempo l'astronauta Samantha Cristoforetti, con cui sta sviluppando un progetto legato all'alimentazione. Un interesse, il suo, che parte dagli studi sull'invecchiamento degli astronauti: «Sei mesi nello spazio corrispondono a 10 anni sulla Terra in termini di alterazioni metaboliche», dichiara alla platea.

Nutrizione e performance sono al centro anche dell'intervento di Aronne Romano, il nutrizionista che ha introdotto la paleozona in Italia e che segue da tempo atleti del calibro di Carlos Tevez, Wesley Sneijder e Marco Materazzi. Tra genetica, evoluzione, biochimica, fino alla consapevolezza di uno stile corretto di vita: questa la filosofia del nutrizionista che, nell'indicare una precisa correlazione tra cibi e infiammazioni, trova una sponda anche in Luigi Marzio Biasucci, ricercatore e docente presso il Dipartimento di Scienze cardiovascolari dell'Università Cattolica di Roma, che ricorda come quasi tutte le patologie cardiocircolatorie più diffuse derivino da abitudini alimentari sbagliate.

La paleodieta: come concordano gli esperti presenti, uno studio sul campo che continua da tre milioni di anni e che influirà ancora sui paradigmi futuri della nutrizione.

_Fonte: ufficio stampa Benessere Etico

DDS WORLD

DIGITAL DENTISTRY SHOW

Exhibition Live Product Presentations Hands-on Workshops
 Printed Reference Guide Coffee With the Experts



- 
 22-24 05
Athens
- 
 24-27 09
Shanghai
- 
 28 09 - 01 10
Moscow
- 
 01 - 03 10
Budapest
- 
 30 10 - 01 11
Istanbul
- 
 30 11 - 02 12
New York



www.DDSShow.com

Organized by Dental Tribune International.

Dental Tribune International | Holbeinstraße 29 | 04229 Leipzig | Germany

T +49 341 48474 134 | F +49 341 48474 173 | E info@digitaldentistryshow.com | W www.DDSShow.com

Fonti luminose in odontoiatria

*DenMat Italia srl
Via S. Andrea, 73
84081 – Baronissi (SA)
Tel.: 089 9331021
Fax: 089 9331022
lumineers@denmatitalia.it
www.denmatitalia.it*

La lampada all'arcoplasma Sapphire Supreme Plus, facilmente trasportabile, con bulbo allo xeno garantito per 1000 ore di lavoro, è l'unica sul mercato che può essere utilizzata sia per sbiancare sia per polimerizzare.

L'utilizzo della lampada Sapphire Supreme

Plus per lo sbiancamento viene effettuato in combinazione con lo sbiancamento professionale Lumibrite al 35% e permette di sbiancare, in un'unica seduta e in soli 30 minuti, fino a 7 tonalità. Prolungando la seduta di altri 30 minuti si possono raggiungere le 12 tonalità di sbian-

camento. Il fascio luminoso di potenza 2400 mw/cm^2 (la più alta sul mercato), facilmente controllabile grazie al radiometro incorporato e irradiato tramite il cristallo diffusore brevettato Whitening Crystal, permette di sbiancare contemporaneamente entrambe le arcate liberando i radicali idrossilici presenti nel perossido d'idrogeno i quali penetrano nello smalto e realizzano lo sbiancamento in modo rapido e sicuro. A differenza delle altre lampade alogene utilizzate unicamente per lo sbiancamento, la lampada Sapphire è dotata di filtri specifici che permettono un adeguato assorbimento della potenza senza il pericolo di emissioni di raggi ultravioletti (macchie di tetraciclina). Il risultato del trattamento resta intatto fino a due anni.

La lampada viene fornita con una pistola sottile ed ergonomica e display per controllare i tempi di polimerizzazione e/o sbiancamento e per impostare i diversi programmi, oltre al radiometro incorporato per controllare la potenza di emissione.



CORSO ABILITANTE SULLE METODICHE MINIMAMENTE INVASIVE

Offerta Promozionale € 590+IVA*

*In Omaggio un caso di Snap on Smile e un elemento Faccetta/Corona

CATANIA 15 • 16 MAGGIO _____ RIMINI 19 • 20 GIUGNO

PROGRAMMA

Presca dell'impronta • Studio del caso • Ceratura diagnostica • Realizzazione del mock-up • Caratterizzazione del colore • Protocollo step by step della Lumineers • Snap on Smile • Laser a diodi • Diagnosi in fluorescenza delle lesioni del cavo orale

LUMINEERS BY CERINATE sono faccette in porcellana sottili quanto una lente a contatto, la loro applicazione viene effettuata senza preparazione o con una minima finitura dello smalto, in un'unica seduta. Possono essere ritoccate sia al bordo incisale che al colletto e sono le uniche che hanno una durata di oltre 20 anni, comprovata da studi clinici.

Snap-On-Smile è un dispositivo protesico multifunzione in resina acetilica cristallizzata è un sistema che non richiede preparazione dei denti, non necessita né di anestesia, né dell'utilizzo di adesivi, ed è disponibile in diverse colorazioni. È la soluzione ideale per risolvere una serie di casi clinici a lunga e breve durata come il rialzo della dimensione verticale, il restauro provvisorio pre e post-impianto, come parziale removibile per qualsiasi area edentula, come alternativa a scheletrati e parziali in resina, come miglioramento estetico per creare un sorriso più bianco, per la copertura di denti macchiati e per problemi di bruxismo.

L'abilitazione conseguita con la partecipazione al corso permetterà la segnalazione del proprio studio professionale quale Centro Autorizzato Lumineers e la garanzia di 10 anni per un unico rifacimento per ogni singolo elemento. Le Lumineers e lo Snap-On Smile vengono lasciati con certificati di autenticità e sono produzioni esclusive del laboratorio della DenMat Italia, il primo ed unico laboratorio autorizzato alla produzione delle Lumineers e dello Snap-On Smile.

Diffidate dalle imitazioni!

KOMET: nuova linea di gommini per compositi a 2 passaggi

KOMET Italia Srl
Via Fabio Filzi, 2
20124 Milano
Tel. 02.67076654
info@komet.it
www.komet.it



La lucidatura dei compositi può essere eseguita in vari modi, ma la tendenza comune tra gli operatori è di conseguire il miglior risultato nel più breve tempo possibile e con gommini che – possibilmente – durino a lungo. KOMET dispone di varie linee di gommini per la lucidatura dei compositi: per esempio a un solo passaggio o a 3 passaggi, a seconda che si dia più importanza alla flessibilità e alla velocità di esecuzione o alla durata degli strumenti di lucidatura. Ultimamente KOMET ha creato una linea di gommini per compositi a due passaggi, in grado di coniugare la durata utile con la flessibilità e la velocità di esecuzione del processo di lucidatura. Importantissima fase preliminare è quella della rifinitura con diamantate a grana fine o, ancor meglio, con frese a finire in carburo di tungsteno.

Il primo passaggio con i gommini di colore rosa chiaro produce una pre-lucidatura del composito, cioè si riescono ancora a correggere piccole imprecisioni di forma superficiale e si ottiene una superficie pronta

per il secondo passaggio.

Con il secondo passaggio dei gommini di colore giallo chiaro si ottiene una brillantatura del composito,

grazie al diamante a grana fine. Il legante elastico che ha la funzione di trattenere i grani abrasivi è di tipo speciale, in grado di durare molto a lungo. La nuova linea a due passaggi di gommini per composito KOMET prevede le forme di impiego più comune: fiamma piccola e fiamma grande, coppetta e forma lenticolare per gli spazi interprossimali.

È possibile avere tutte le forme a disposizione in un pratico kit iniziale. In seguito si potranno ordinare separatamente i gommini di maggior impiego.


[HOME](#)
[↓ CORSI ONLINE](#)
[EVENTS](#)
[Endodonzia](#)
[WEBINAR REGISTRATO](#)
[CORSO GRATUITO](#)


Nuove tendenze della moderna Endodonzia

Dr. Giuseppe Squeo

—CORSO SPONSORIZZATO DA—



Lo sviluppo degli strumenti F6 SkyTaper si inserisce appieno nell'attuale orientamento della ricerca volto al perfezionamento di strumenti sempre più performanti, ma nel contempo semplici da utilizzare, con un ridotto numero di passaggi e anche facili da apprendere, in maniera da rendere l'endodonzia alla portata di tutti pur garantendo risultati di alto livello.

Questi nuovi strumenti possiedono i presupposti per soddisfare tutte queste esigenze: sono facili da utilizzare e affidabili; la sequenza di base è costituita da un solo strumento; trasmettono una confortante sensazione di sicurezza, dal momento che seguono agevolmente anche le curvature più accentuate, rispettando l'anatomia canalare e garantendo risultati predicibili, alla portata di tutti.

ENA® WHITE 2.0

Con la nuova normativa europea sui prodotti sbiancanti, è possibile utilizzare per sbiancamenti cosmetici sostanze con percentuale di idrossido di idrogeno non superiore al 6%.

Micerium SpA si è impegnata per studiare il modo di semplificare lo sbiancamento domiciliare con lo scopo di offrire ai dentisti e ai loro pazienti un trattamento rapido ed efficace. I denti bianchi non sono più solo una moda, ma oggi aiutano a sorridere affrontando la vita in modo allegro, positivo e comunicativo.

ENA® WHITE 2.0 è un sistema brevettato per lo sbiancamento cosmetico domiciliare che consiste in uno speciale spazzolino da denti con dispenser contenente il gel sbiancante a base di perossido di idrogeno al 6%, con lo speciale acceleratore XS151™, che viene attivato con lo spazzolamento incrementando in modo esponenziale la velocità di assorbimento del perossido rispetto a uno sbiancamento tradizionale con mascherina.

Le proprietà uniche di ENA® WHITE 2.0 permettono di ridurre il tempo di applicazione quotidiano a soli 2 minuti, rispetto alle 6/8 ore necessarie con i sistemi di sbiancamento convenzionali con mascherina. Per un piano di trattamento di 10 giorni, i denti del paziente resterebbero in contatto con il perossido di idrogeno per circa 60/80 ore, contro i soli 20 minuti del nostro innovativo prodotto. Si riduce il rischio di irritazione e sensibilità, in quanto diminuisce significativamente il tempo di contatto del dente con il gel sbiancante, e diminuisce la possibilità di ingerire il gel durante il trattamento.

ENA® WHITE 2.0, evitando le mascherine, consente di

risparmiare notevolmente sui costi di impronte, modello con resina spaziatrice, foglio termoplastico, stampaggio e rifinitura.

La speciale mini testina GUM CARE™ è ideata per proteggere le gengive, e l'innovativo packaging permette di effettuare il trattamento anche fuori casa.

ENA® WHITE 2.0 è un sistema basato su una nuova tecnologia innovativa che semplifica le procedure di sbiancamento con vantaggi unici sul mercato.

Micerium SpA
Via G. Marconi, 83
16036 Avegno (GE)
Tel.: 0185.7887870
www.micerium.it
micerium@micerium.it





Bio White
Professional Whitening System by **b.w.i.**

Bio White® si fa in tre per risultati senza equivoci potenza, garanzie e sicurezza dentale indolore

Il crescente interesse per la cura personale, volto ad annullare gli effetti dello stress nel tempo, e la necessità di relazionarsi in ambiti sempre più "socializzanti", che prevedono un'attenzione particolare all'immagine, hanno generato un mercato molto attivo che coinvolge anche i professionisti della salute dentale.

Nel tempo, infatti, i denti vengono a contatto con molte sostanze che li possono macchiare in profondità – caffè, tè, tisane, abitudine al fumo, uso di farmaci – e tutto ciò ha generato, da un lato, una crescente domanda di prodotti sbiancanti e, dall'altro, come spesso accade in questi casi, tante "errate convinzioni": la fretta, le spiegazioni troppo spesso ambigue e il bisogno impellente da parte delle aziende di vendere a qualsiasi costo pur di fronteggiare una situazione economica non facile, accompagnate però da un'insperata domanda altrettanto evidente da parte degli utenti, sono stati elementi coautori di tali equivoci; troppo spesso si sono così diffuse informazioni tecniche labili, se non assenti e, talvolta, ingannevoli. Bio White® System, interamente progettato e realizzato in Italia da BWI Medical Srl, è un sistema ampiamente sperimentato da varie università italiane e adottato dalle più autorevoli cliniche universitarie, sia nazionali che estere, per lo sbiancamento dei denti.

Bio White® System, in un'unica seduta da 30 minuti di trattamento, consente di effettuare lo sbiancamento, senza ulteriori trattamenti domiciliari o ambulatoriali, si distingue per tre semplici, ma essenziali ragioni:

- 1_ Potenza.** Il Sistema Bio White® unisce all'efficacia e sicurezza del perossido di idrogeno la più potente lampada a luce fredda al momento esistente sul mercato, che raggiunge un'intensità luminosa di ben 2400 Lux;
- 2_ Garanzie.** La lampada Bio White Accelerator® ha una garanzia di 5 anni (o 50.000 ore di lavoro), il che significa completa assistenza per ogni tipo di problema. Garanzia di 1 anno sul risultato ottenuto con il Bio White® Kit abbinato alla lampada, in base alla scala VITA. In caso di contestazione documentata viene consegnato gratuitamente un nuovo kit;
- 3_ Sicurezza dentale indolore.** Oltre a non ottenere un bianco fosforescente o gessoso, bensì naturale, grazie alla luce fredda della lampada e alla composizione dei materiali utilizzati, il nostro trattamento può essere effettuato da chiunque in assoluta sicurezza.

Lo speciale uscito su *Quintessenza Internazionale* (vol. 21, n. 5, settembre-ottobre), effettuato in ambito universitario (Università degli Studi di Padova, Facoltà di Medicina e Chirurgia – Corso di laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria), mette a confronto i vari tipi di sbiancamento e, nello specifico, cita come migliori i test effettuati con Bio

White®, sia con la microscopia elettronica a scansione (SEM), che valuta le eventuali alterazioni morfologiche superficiali dello smalto, sia con lo spettrofotometro, che valuta il cambiamento di colore dei denti (l'articolo è scaricabile all'indirizzo: www.biowhite.it).

L'articolo cita inoltre: «Tra i prodotti sperimentati clinicamente, i risultati più appariscenti si sono ottenuti con Bio White®». Questo a conferma che gli accorgimenti adottati da Bio White® per poter effettuare un trattamento più che soddisfacente, ma non invasivo, stanno dando i giusti riscontri.

BWI Medical crede fermamente nella forza del sistema Bio White®, data, oltre che dalle caratteristiche tecniche di alta qualità, dalla sua semplicità di utilizzo: non richiede grandi risorse di tempo, di spazio ed economiche. Il prezzo competitivo e la durata del risultato permettono a un gran numero di pazienti di affrontare il trattamento, e agli odontoiatri di entrare in questo mercato redditizio con un investimento minimo, facilmente ammortizzabile in poche sedute.



B.W.I. Medical srl
Numero verde: 800.180.754
info@biowhite.it - www.biowhite.it
Bio White: The power of your smile
Prenota una dimostrazione nel tuo studio chiamando il numero verde gratuito 800.180.754

Admira® Fusion

Admira® Fusion x-tra

Il primo materiale da restauro al mondo puramente a base ceramica

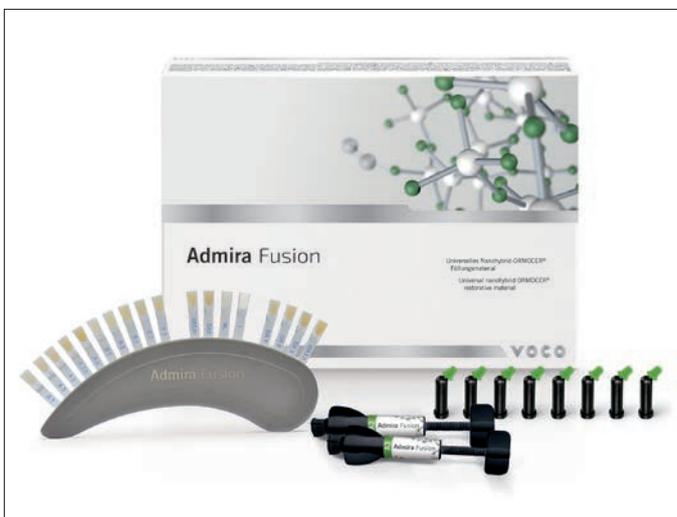
Con Admira® Fusion, Voco presenta il primo materiale da restauro universale al mondo puramente a base ceramica che punta sull'innovativa combinazione della provata tecnologia nano ibrida con la tecnologia ORMOCER®, sviluppata insieme al Fraunhofer Institut per la ricerca sui silicati. Dopo aver già lanciato nel 1999 con Admira il primo sistema di riempimento basato su ORMOCER® e nel 2003, con Grandio, il primo composito nano-ibrido, grazie a un'intensa attività di ricerca Voco è oggi riuscita ad abbinare i vantaggi dei due sistemi. Nel nuovo materiale per otturazioni nano-ibrido ORMOCER® Admira Fusion, la base chimica utilizzata è l'ossido di silicio, sia per le cariche di riempitivo sia – ed è questo l'avanguardistico risultato – nella matrice di resina. La straordinaria pure silicate technology offre contemporaneamente numerosi e notevoli vantaggi: Admira Fusion vanta la contrazione da polimerizzazione di gran lunga più bassa (1,25 vol.-%), e di conseguenza uno stress da contrazione estremamente ridotto, rispetto a tutti i principali compositi di riempimento presenti sul mercato.

L'impiego di ORMOCER® (Organically Modified Ceramics) rende Admira Fusion altamente biocompatibile, poiché non contiene monomeri classici e non può pertanto più essere liberato

dopo la polimerizzazione. Radiopaco e fotopolimerizzabile, il sistema nano-ibrido ORMOCER® contiene sostanze riempitive inorganiche con percentuale in peso pari a 84 e copre una vasta gamma di indicazioni, fra cui: riempimenti delle classi da I a V; sottofondi in cavità di classe I e II; ricostruzione di denti anteriori danneggiati da lesioni traumatiche; stabilizzazione e splintaggio di denti allentati; estesa sigillatura delle fessure; ricostruzione di monconi e realizzazione di inlay compositi. Admira Fusion spicca inoltre per l'elevata stabilità cromatica e per l'universalità d'impiego, capaci di soddisfare i massimi requisiti nell'area dentale frontale e laterale. Il materiale altamente omogeneo ha un'eccezionale lavorabilità ed è compatibile con tutti i bonding tradizionali.

Il sistema è completato da Admira Fusion x-tra, che con valori fisici perfettamente identici consente spessori fino a 4 mm. La variante Fast-Track convince per la bassa perdita di volume e l'eccellente biocompatibilità. Il colore universale U, in grado di garantire risultati estetici nell'area dentale laterale adattandosi al tessuto dentale circostante con un'impeccabile effetto camaleonte, rende inoltre più semplice l'utilizzo. Admira Fusion e Admira Fusion x-tra sono disponibili in siringhe girevoli e caps per l'applicazione diretta.

Voco GmbH
PO Box 767
27457 Cuxhaven – Germania
www.voco.it – info@voco.com



Norme editoriali

Alla redazione devono pervenire:

- _ testo dell'articolo in formato Word
- _ iconografia a supporto del testo
- _ bibliografia
- _ breve curriculum e foto dell'autore, indicazioni per il contatto (indirizzo postale, e-mail ecc.)

Immagini, tabelle, diagrammi, fotografie ecc., non devono essere incorporate nel documento Word, ma salvate su un file separato, con le indicazioni di riferimento nel testo e le relative didascalie.

Lunghezza del testo

Può variare in base all'argomento trattato. Vi chiediamo quindi di redigere un testo che sia appropriato per approfondire l'argomento in oggetto in tutte le sue parti. In caso di testi particolarmente lunghi, è possibile prevederne la pubblicazione in più parti.

In sostanza, non vogliamo porre limiti specifici per quanto riguarda la lunghezza dell'articolo e siamo a vostra disposizione per fornirvi ulteriori informazioni in merito.

Formattazione del testo

Per la stesura usare interlinea singola e paragrafi non giustificati, inserendo una riga vuota tra un paragrafo e l'altro.

Non utilizzare formattazioni particolari, oltre al corsivo e al grassetto, e assicurarsi che tutto il testo sia allineato a sinistra.

Se desiderate enfatizzare alcune parole, usate solamente il corsivo (non utilizzare sottolineature o caratteri più grandi). Il grassetto è riservato ai titoli e sottotitoli dell'articolo.

Vi chiediamo di non "centrare" il testo nella pagina, aggiungere tabulazioni o sottolineature, perché tutto questo verrà rimosso in fase di impaginazione.

Se dovete inserire un elenco, aggiungere note a piè di pagina o note finali, vi preghiamo di usufruire degli appositi comandi automatici di Word e di non agire in modo manuale.

In ogni programma ci sono dei menu che vi aiuteranno nell'esecuzione di quanto sopra.

Requisiti delle immagini

Numerare le immagini all'interno del testo in modo consecutivo, usando un nuovo numero per ogni immagine. Qualora fosse indispensabile raggruppare alcune fotografie, vi preghiamo di usare lettere minuscole per designare le immagini di un gruppo (per esempio, 2a, 2b, 2c).

Per cortesia inserire i riferimenti delle immagini, laddove necessari, indipendentemente che ci si trovi a metà di una frase o alla fine di essa. Il riferimento deve essere sempre inserito tra parentesi.

Caratteristiche delle immagini:

- _ Formato TIF o JPEG.
- _ Non devono essere più piccole di 6x6 cm a 300 dpi.
- _ Non devono essere più piccole di 80 kB, altrimenti non sarà possibile stamparle nelle dimensioni adeguate.

In linea generale, i file delle immagini devono essere il più grande possibile, in modo da dare la massima resa di impaginazione e stampa.

Vi preghiamo inoltre di ricordare di non inserire le immagini nel testo, ma di inviarle in file separati.

Le immagini possono essere inviate per e-mail in file compressi o tramite CD-Rom.

Abstract

Non è necessario l'invio di un abstract del vostro articolo. Nel caso lo vogliate comunque inviare, lo pubblicheremo in un box specifico.

Informazioni per il contatto

Alla fine di ogni articolo vi è un box che contiene tutte le informazioni necessarie per contattare l'autore, nonché una sua foto e un breve curriculum, oltre che l'affiliazione in caso di autori afferenti a istituzioni accademiche. Vi chiediamo quindi di inviarci anche questo materiale in modo che possa essere inserito a corredo del vostro articolo.

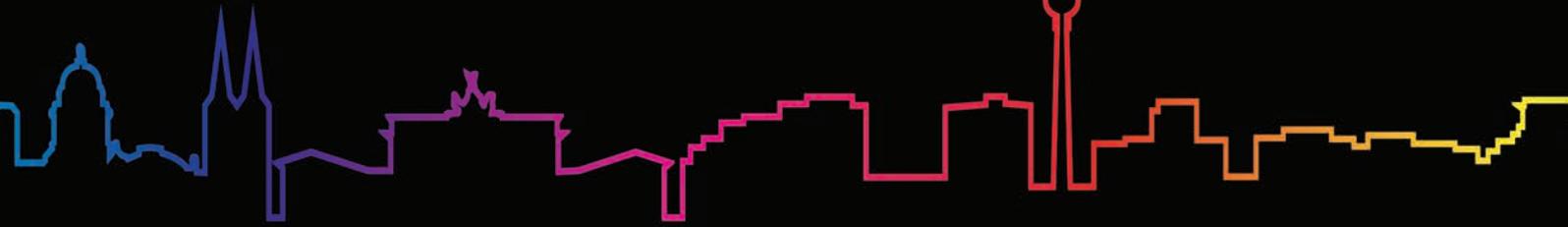
Per maggiori informazioni e invio articoli contattare:
Redazione
redazione@tueorservizi.it



Bio-Emulation™



Tribune CME



Bio-Emulation™ Colloquium 360°

4-5 July, 2015, Berlin, Germany

Mentors



Ed McLaren



Michel Magne



Pascal Magne

Emulators



Akinobu Ogata (guest)



Andrea Fabianelli



Antonio Saiz-Pardo Pinos



August Bruguera



David Gerdolle



Fernando Rey



Gianfranco Politano



Jason Smithson



Javier Tapia



Jungo Endo



Leandro Pereira



Marco Gresnigt



Oliver Brix



Panos Bazos



Sascha Hein



Stephane Browet



Thomas Singh



Walter Gebhard (guest)

Details & Online Registration

www.BioEmulationCampus.com

Registration fee: 599 EUR +VAT



ADA CERP®
Continuing Education Recognition Program



Tribune Group is an ADA CERP Recognized Provider. ADA CERP is a service of the American Dental Association to assist dental professionals in identifying quality providers of continuing dental education. ADA CERP does not approve or endorse individual courses or instructors, nor does it imply acceptance of credit hours by boards of dentistry.

Tribune Group GmbH is designated as an Approved PACE Program Provider by the Academy of General Dentistry. The formal continuing dental education programs of this program provider are accepted by AGD for Fellowship, Mastership, and membership maintenance credit. Approval does not imply acceptance by a state or provincial board of dentistry or AGD endorsement.

Main Sponsor



cosmetic dentistry_ beauty & science

dti Dental
Tribune
International

Cosmetic Dentistry Italian Edition
supplemento n. 1 di Dental Tribune Italian Edition, anno XI n. 5

Publisher

Torsten R. Oemus
t.oemus@dental-tribune.com

Managing Editor

Patrizia Gatto
patrizia.gatto@tueorservizi.it

Scientific Editor

Angelo Putignano

Executive Producer

Gernot Meyer
g.meyer@dental-tribune.com

Designer

Angiolina Puglia
a.puglia@dental-tribune.com

Chief Financial Officer

Dan Wunderlich

Business Development Manager

Claudia Salwiczek

Jr. Manager Business Development

Sarah Schubert

Event Manager

Lars Hoffmann

Marketing Services

Nadine Dehmel

Sales Services

Nicole Andrä

Event Services

Esther Wodarski

www.dental-tribune.com

International Media Sales

Matthias Diessner (Key Accounts)
Melissa Brown (International)
Peter Witteczek (Asia Pacific)
Maria Kaiser (North America)
Weridiana Mageswki (Latin America Et Brazil)
Hélène Carpentier (Europe)
Alessia Murari (Italy)
Stefania Dibitonto (Italy)
Barbora Solarova (Eastern Europe)

International Offices

Europe

Dental Tribune International GmbH
Contact: Nadine Dehmel
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 48474-302
Fax: +49 341 48474-173

Asia Pacific

Dental Tribune Asia Pacific Ltd.
Contact: Tony Lo
Room A, 26/F, 389 King's Road
North Point, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177
Fax: +852 3113 6199

The Americas

Dental Tribune America, LLC
Contact: Anna Wlodarczyk
116 West 23rd Street, Suite 500
NY 10011, New York, USA
Tel.: +1 212 244 7181
Fax: +1 212 244 7185

Comitato scientifico

Giancarlo Barducci
Valerio Bini
Ezio Campagna
Gaetano Calesini
Antonio Cerutti
Matteo Chiapasco
Ezio Costa
Lorenzo Favero
Claudio Lanteri
Gianni Maria Gaeta
Francesco Mangani
Domenico Massironi
Gianna Maria Nardi
Giovanni Olivi
Andrea Puntoni
Daniele Rondoni
Tiziano Testori
Fernando Zaroni

Redazione italiana

Tueor Servizi Srl - redazione@tueorservizi.it
Ha collaborato:
Rottermaier - Servizi Letterari (rottermaier.it)

Stampa

Löhnert Druck
Handelsstraße 12
04420 Markranstädt, Germany

Coordinamento Diffusione Editoriale

ADDRESSVITT Srl

Pubblicità

Stefania Dibitonto
s.dibitonto@dental-tribune.com
Alessia Murari
alessia.murari@tueorservizi.it

Copyright Regulations

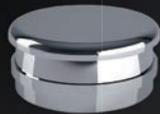
_ **cosmetic dentistry** _ beauty & science ITALIAN EDITION è una pubblicazione a periodicità trimestrale di Dental Tribune International. Rivista, immagini e articoli pubblicati sono protetti dal copyright. È quindi proibito qualunque tipo di utilizzo senza previa autorizzazione dell'Editore, soprattutto per quanto concerne duplicati, traduzioni, microfilm e archiviazione su sistemi elettronici. Le riproduzioni, compresi eventuali estratti, possono essere eseguite soltanto con il consenso dell'Editore. In mancanza di dichiarazione contraria, qualunque articolo sottoposto all'approvazione della Redazione presuppone la tacita conferma alla pubblicazione totale o parziale. La Redazione si riserva la facoltà di apportare modifiche, se necessario. Non si assume responsabilità in merito a libri o manoscritti non citati. Gli articoli non a firma della Redazione rappresentano esclusivamente l'opinione dell'Autore, che può non corrispondere a quella dell'Editore. La Redazione non risponde inoltre degli annunci a carattere pubblicitario o equiparati e non assume responsabilità per quanto riguarda informazioni commerciali inerenti associazioni, aziende e mercati e per le conseguenze derivanti da informazioni erranee. Per la foto di copertina: © shutterstock.com.



OT EQUATOR

**Il miglior attacco
per il vostro impianto!**

**Cappette Elastiche Ot Equator:
controllo della ritenzione e massima stabilità**



rigida
(2.5kg)



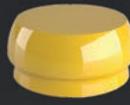
standard
(1.8kg)



soft
(1.2kg)



extra soft
(0.6kg)



Per tutte le piattaforme implantari!

richiedi il nuovo catalogo 2015
a: marketing@rhein83.it

RHEIN83



Via E.Zago 10/abc 40128 Bologna (Italy) Tel. +39 051244510
www.rhein83.com • info@rhein83.com



**25-26
SETTEMBRE
2015**

**Villa Erba
Cernobbio**

Il composito nel terzo millennio tra estetica e funzione

CLINICA E RICERCA

II EDIZIONE

Relatori

Marco Cossu • Camillo D'Arcangelo • Stefano Danelli • David Klaff • Ignazio Loi • Francesco Mangani
Claudio Pisacane • Andrés Roman • Daniele Rondoni • Francesca Vailati • Lorenzo Vanini

ENAMEL^{plus} HRI
20 Anni di composito

Informazioni & Iscrizioni

e20 srl tel. 010 5960362 • info@e20srl.com
prenotazioni on line: villaerba.e20srl.com
Facebook: <https://www.facebook.com/e20SRL>
Youtube: <https://www.youtube.com/e20Video>
Linkedin: <https://www.linkedin.com/company/e20-srl>

Oral-B UP TO DATE Prophylaxis Knowledge Continued Education

Q quintessenza edizioni



M
estetica
GRUPPO
MICERIUM

MICERIUM S.p.A.
Via Marconi, 83
16036 Avegno (GE) Italy
Tel. 0185 7887 870
Fax 0185 7887 970
www.micerium.it
micerium@micerium.it