

cosmetic

dentistry

beauty & science

4²⁰¹⁵

| **l'intervista**

Estetica, salute e relative interconnessioni

| **case report**

"No-Prep" adhesive restorations

| **industry report**

Valutazione clinica dell'azione sbiancante

XXIV CONGRESSO INTERNAZIONALE SIO 2016

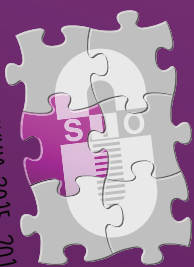
Un approccio multidisciplinare per l'ottimizzazione dell'estetica facciale, periorale e in impianto-protesi

Milano 5-6 Febbraio 2016 - Atahotel Expo Fiera

INVITED SPEAKERS

Iñaki GAMBORENA • Urs BELSER • Enzo VAIA • Marino MUSILLI • Mirco RAFFAINI
Renato COCCONI • Giovanni ZUCCHELLI • Claudio MAZZOTTI

SIO BIENNIO 2015-2016



UN PERCORSO PER IMPLANTOLOGIA AFFORDABILE



SOCIETA' ITALIANA
DI IMPLANTOLOGIA
OSTEOINTEGRATA

WWW.SIO2016.IT
ISCRIVITI ON-LINE



EVENTO CHE NON SPRECA CIBO

Questo evento rientra nel Progetto Food for Good promosso in collaborazione con le Onlus Banco Alimentare ed EquoEvento per il recupero del cibo eccedente nel servizio catering a favore di Enti e Associazioni che aiutano persone bisognose.

PROGRAMMA SCIENTIFICO di Venerdì 5 e Sabato 6 Febbraio 2016

- IÑAKI GAMBORENA: Nuovi materiali implantari e protesici per l'ottimizzazione di estetica, funzione e durata nel tempo
- Urs BELSER: Strategie per ottimizzare l'estetica intraorale
- Enzo VAIA, Marino MUSILLI: L'ortodonzia con l'aiuto degli impianti per la correzione delle malocclusioni
- Mirco RAFFAINI, Renato COCCONI: Strategie chirurgiche e ortodontiche per il raggiungimento dell'armonia del volto. La gestione dei tessuti molli periorali per l'ottimizzazione del risultato
- Giovanni ZUCCHELLI, Claudio MAZZOTTI: La chirurgia dei tessuti molli peri-implantari: lo stato dell'arte

CLINICAL INNOVATION FORUM Venerdì 5 Febbraio 2016

SHORT COMMUNICATIONS SOCI ATTIVI Venerdì 5 Febbraio 2016

SESSIONE POSTER

Discussione: Venerdì 5 Febbraio 2016 | 12.00 - 13.00; 17.15-18.15

Premiazione: Sabato 6 Febbraio 2016 | 09.00 - 09.15

SESSIONE IGIENISTI di Sabato 6 Febbraio 2016

- Federica MEDINI: Comunicare la salute come bellezza
- Nicoletta DE CHIARA: Istruire il paziente al mantenimento domiciliare delle riabilitazioni su impianti: dal dente singolo alle strutture complesse
- Paola GAVOGLIO: La profilassi professionale delle riabilitazioni su impianti: dal dente singolo alle strutture complesse
- Cristiano TOMASI: Epidemiologia delle mucositi e delle peri-implantiti: una sfida per l'estetica

ISCRIVITI A SIO SU

www.osteointegrazione.it

VISITA IL NOSTRO SITO E SCOPRI I
BENEFIT RISERVATI AI SOCI

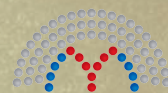
SEGRETARIA ORGANIZZATIVA E DELEGATA SIO

Tel. 0521-290191

Fax 0521-291314

sio2016@mvcongressi.it

www.mvcongressi.com



MV CONGRESSI
Meeting & Association Management

Tradizione e **innovazione** **pionieristica: dieci anni di Dental** **Tribune International in Italia**



Patrizia Gatto

Dieci anni fa, nell'ottobre 2005, faceva ingresso in Italia Dental Tribune International con il mensile *Dental Tribune edizione italiana*. Successivamente nacquero, sempre in lingua italiana, i supplementi e i magazine, quali *cosmetic dentistry*, *implants* e *CAD/CAM*.

A quell'epoca erano tante le testate su carta e i media digitali in timida comparsa.

cosmetic dentistry, come tutte le altre testate cartacee italiane del gruppo Dental Tribune International, non ha mai rinunciato al veicolo tradizionale, pur da sempre esprimendosi anche online in edizione e-paper e con un archivio possiamo dire "storico" (dal 2005) sul web (dental-tribune.com). Storico perché allora poche testate al mondo erano anche digitali, mentre oggi tanti preferiscono solo questa soluzione.

Tradizione e innovazione pionieristica sono un connubio indelebile di Dental Tribune, che ha accompagnato il percorso del dentale di questi ultimi 10 anni, rispettando e ritrovando sempre le medesime esigenze: mantenere la qualità della tradizione implementando la digitalizzazione.

Focus per la filiera del dentale – di cui anche l'editoria è parte – è il paziente, che in questi 10 anni ha evoluto rapidamente le sue esigenze grazie a una serie di concause: l'avvento dell'epoca di Internet e le trasformazioni sociali della crisi economica e dell'economia globale.

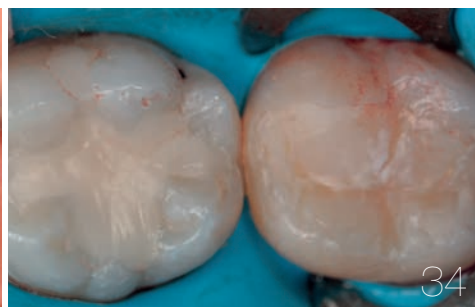
Quali allora gli obiettivi dell'odierno paziente?

Ottenere un buon risultato funzionale ed estetico, nel minor tempo possibile e al giusto prezzo.

Le attuali tecnologie – materiali, tecniche e digitali – possono certamente migliorare la prestazione in termini di tempo/sedute e, quindi, anche di costi a prestazione. Purché si tenga in considerazione come investimento la curva di apprendimento, indispensabile e in taluni casi non breve.

Il risultato estetico, oltre che funzionale, è richiesto anche da chi non ha una grande capacità di spesa. Allora diventa importante rivolgersi a soluzioni tradizionali, che alcuni recenti studi condotti negli USA reputano ancora insostituibili.

_Patrizia Gatto



| editoriale

- 03 Tradizione e **innovazione pionieristica**:
dieci anni di **Dental Tribune International** in Italia
_P. Gatto

| news

_internazionali

- 06 Il **mercato dell'odontoiatria estetica**
raggiungerà i 22 miliardi di dollari
entro il 2020

| l'intervista

_Annette Wickstrom

- 08 **Estetica, salute** e relative interconnessioni
_K. Hübner

| news

_internazionali

- 10 **Brutti denti smorzano in fotografia**
il sorriso sulla bocca degli inglesi

| expert article

_soci attivi AIOP

- 11 **Restauri protesici singoli eseguiti**
con **metodica CAD/CAM chairside**
_G. Manfrini & M. Baczak

| case report

_restauro immediato

- 20 **Restauro immediato** su impianti
nel **mascellare edentulo**
_F. Rojas-Vizcaya

_adhesive restorations

- 25 **"No-Prep" adhesive restorations**:
another way to deal
with aesthetic deficiencies
_D. Dietschi

| industry report

_sbiancamento

- 30 **Valutazione clinica dell'azione sbiancante**
di un dentifricio a base di biossido di titanio
con attivazione a luce led
_A. Butera, M. Delgrosso, C. Preda, G. Spinoglio,
M. Segù, A. Genovesi, L. Lettieri, C. Lorenzi, G. Oldoini,
N. Roveri, M. Lelli

| case report

_restauri in composito

- 34 **Riabilitazione conservativa** con tecnica
diretta e indiretta: case report
_I. Franchi

| aziende

- 40 _news

| news

_medicina estetica

- 44 **Chirurgia estetica: un test**
psicologico per guidare i pazienti

- 45 Conferito a un italiano il prestigioso
Trofeo anti-aging & beauty 2015-2016

| novità editoriali

_medicina estetica

- 46 L'impianto di **acido ialuronico** nella **regione**
labiale e periorale
_P. Notarrigo, A. Putignano

_ortodonzia

- 48 **L'ortognatodonzia** nella pratica clinica
(**compendio aggiornato**)
_M. Rossi

| l'editore

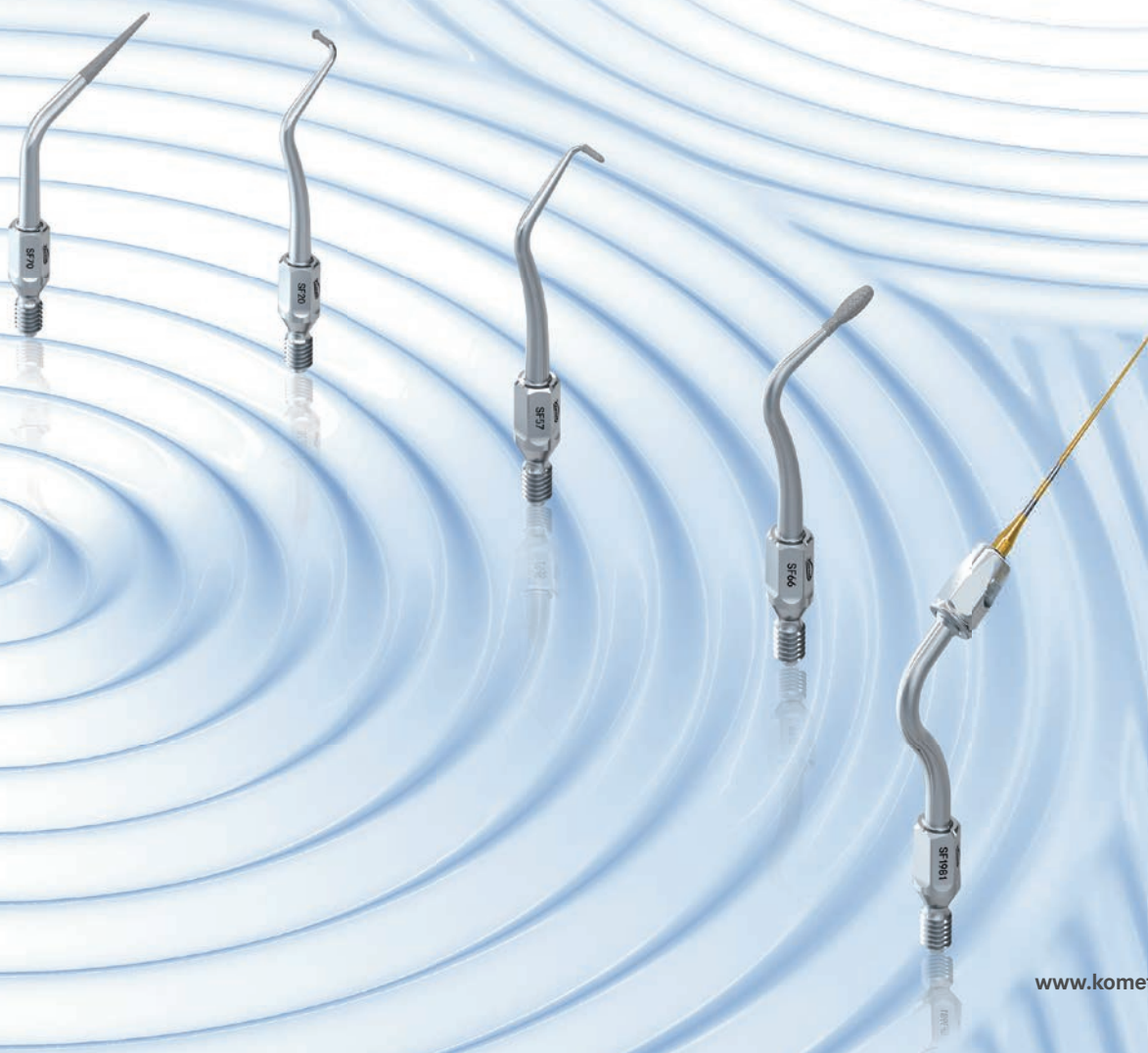
- 50 _gerenza



Quasi **zendodonzia**. SonicLine per una endodonzia precisa e sicura.

Punte SonicLine per Endodonzia: La forza è nel controllo. Le punte a vibrazione sonora a invasività minimale, dalla SF66 alla SF70, sono indicate per la preparazione ortograde della cavità d'accesso. L'effetto cavitazionale della punta a vibrazione sonora SF65

incrementa l'effetto pulente nel sistema dei canali radicolari. Per la preparazione della cavità retrograda è possibile scegliere tra sette punte a vibrazione sonora a doppio angolo che consentono una visuale insuperata del sito chirurgico.



Il mercato dell'odontoiatria estetica raggiungerà i 22 miliardi di dollari entro il 2020

_Pune, India – Secondo un nuovo rapporto pubblicato dalla società di ricerche di mercato MarketsandMarkets, il mercato globale dell'odontoiatria estetica è destinato a crescere con un tasso annuo composto (CAGR) del 6,8 per cento tra il 2015-2020, per raggiungere i 22,4 miliardi di dollari entro il 2020. La relazione esamina i principali driver, vincoli, opportunità e sfide di questo mercato.

Secondo MarketsandMarkets, la crescita di questo mercato può essere attribuita all'espansione della classe media con l'aumento dei redditi nei Paesi in via di sviluppo, alla crescente consapevolezza dei consumatori in merito all'odontoiatria estetica, un focus crescente per l'estetica dentale, e l'aumento del turismo dentale in mercati emergenti.

Grazie all'intensificazione sulle innovazioni tecnologiche e alla tendenza all'aumento degli investimenti in ricerca e sviluppo, diversi nuovi prodotti, come gli impianti e le attrezzature dentali, vengono lanciati nel mercato dell'odontoiatria estetica e dovrebbero spingere ulteriormente la crescita del mercato. Tuttavia, la mancanza di rimborso dell'odontoiatria estetica e l'alto costo dei sistemi di imaging dentale dovrebbero frenare, in una certa misura, la crescita di questo mercato.

Nel 2014, il mercato dei sistemi e degli impianti dentali hanno rappresentato la quota prima del mercato dell'odontoiatria estetica. Ciò è dovuto principalmente alla vasta applicazione di apparecchiature e sistemi dentali in molteplici procedure dentali. L'uso crescente di sistemi CAD/CAM per la fresatura di protesi, come corone, faccette, e ponti per il trattamento cosmetico dentale, ha anch'esso contribuito all'elevata quota di questo mercato.

Per quanto riguarda le differenze regionali nel mercato globale dell'odontoiatria estetica, MarketsandMarkets osserva che la presenza di un gran numero di produttori dentali, sta aumentando la consapevolezza tra i consu-

matori, e gli avanzamenti della tecnologia hanno portato alle elevate quote di questo mercato in Europa e Nord America. Tuttavia, la regione Asia-Pacifico è destinata a crescere con il più alto CAGR, a causa della rapida evoluzione delle infrastrutture di assistenza sanitaria, all'aumento dei redditi pro capite, per la crescita della popolazione del ceto medio e all'aumento del turismo dentale nei Paesi emergenti di questa regione.

Il rapporto identifica anche i principali attori del mercato dell'odontoiatria estetica, come 3M, Danaher Corp., Dentsply International, Straumann, Zimmer Holdings Biomet, Align Technology, Sirona Dental Systems, Biolase, Planmeca e A-dec.

Il rapporto completo, dal titolo "Cosmetic dentistry market by product (dental implants, dental bridges, dental crowns, orthodontic braces, dental lasers, dental veneers, dental handpieces, bonding agents, dental lasers, dental chairs, CAD/CAM systems) – Global forecast to 2020", può essere acquistato sul sito web di MarketsandMarkets.

[_Dental Tribune International](#)

La domanda per le procedure di cosmetici dentali è aumentata negli ultimi anni (fotografia: StudioLaMagica/Shutterstock).





Un triplo getto per una migliore igiene di denti e gengive

Nuovo AirFloss Ultra di Philips Sonicare

Airfloss Ultra di Philips Sonicare fornisce ai pazienti che non utilizzano abitualmente il filo interdentale tutto ciò di cui hanno bisogno per migliorare la loro l'igiene interprossimale. Il nuovo design del beccuccio, ad altre prestazioni, e la tecnologia con getto a triplo impulso creano tre sequenze di microgetti di aria pressurizzata e micro gocce d'acqua che rimuovono efficacemente il biofilm. Airfloss Ultra può essere utilizzato con acqua o collutorio antibatterico ed ha un'efficacia dimostrata pari a quella del filo interdentale*.

I pazienti più pigri, che abitualmente non utilizzano il filo interdentale, affermano che l'utilizzo di Airfloss Ultra è facile da integrare alla loro routine quotidiana di igiene orale.

Dopotutto la soluzione migliore e più efficace è quella che prevede un utilizzo regolare.

innovation  you

≈ 95% dei pazienti ha detto che è facile da usare **

≈ 97% dei pazienti ha mostrato un miglioramento delle condizioni delle gengive*

FINO AL 99.9% di placca rimossa nella zona trattata ***

Per maggiori informazioni:

www.sonicare.it – sonicareitalia@philips.com

* se 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

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

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

PHILIPS

sonicare

Estetica, salute e relative interconnessioni

Annette Wickstrom è professore associato presso l'Unità di ricerca Child Studies alla Linköping University in Svezia. Nel suo attuale progetto di ricerca, la dottoressa, medico antropologo, sta sondando le esperienze dei giovani rispetto ai trattamenti ortodontici nelle cliniche. Dental Tribune online (DTO) l'ha intervistata riguardo alla crescente richiesta di bite da parte dei giovani e alla generale connessione tra estetica e salute nelle pratiche mediche odierne.



DTO: Dottoressa Wickstrom può spiegare, in poche parole, il progetto della sua ricerca descritto nell'articolo "I hope i get movie-star teeth", che è stato recentemente pubblicato sulla rivista *Medical Anthropology Quarterly*?

Dott. Anette Wickstrom: L'articolo si basa su uno studio etnografico condotto presso due cliniche ortodontiche in Svezia. Lo scopo è comprendere i processi interattivi nella clinica quando vengono predisposti dei protocolli standard in relazione all'occlusione e ai denti, e capire come i giovani danno un significato all'offerta che viene loro fatta per correggere l'occlusione.

Quali sono le principali ragioni di un trattamento ortodontico?

L'ortodonzia è uno dei pochi trattamenti sovvenzionati (in alcuni Paesi europei, ndr), sopravvissuti alla crisi economica degli anni Novanta. L'obiettivo è creare condizioni egualitarie per lo sviluppo di una corretta occlusione nei bambini e nei giovani. In accordo con la Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services, la ragione più comune dei trattamenti concerne l'estetica e il miglioramento della qualità della vita.

In Svezia, i trattamenti sono sovvenzionati dallo Stato per i pazienti sotto i 20 anni. Nel 2012, quando stavo conducendo la ricerca sul campo, tutti i pazienti che riportavano segni di divergenze lievi nella metà superiore potevano essere arruolati nell'indagine.

Cos'è importante quando ci si occupa di un giovane paziente?

Dal mio punto di vista, è importante capire come l'estetica e la salute siano interconnessi nella pratica medica odierna e come queste influenzino i giovani.

Tutte le pratiche diagnostiche insegnano ai giovani come osservare se stessi e il proprio corpo in relazione al loro star bene: questo riguarda le diagnosi psichiatriche, le proporzioni nelle visite periodiche o, come in questo caso, le misurazioni delle funzionalità corporee. Differenti diagnosi sono state legittimamente consegnate quando le persone hanno imparato ad osservare e giudicare, ma anche quando hanno imparato ad usare i concetti su ciò che è considerato "divergente" e cosa può essere migliorato.

Le norme morfologiche che sono state usate per selezionare chi è idoneo ai trattamenti ortodontici sono rigide. Ciononostante, non rispecchiano un'occlusione comune, ma piuttosto ne specificano una ideale. L'ideale privilegia la simmetria, le linee regolari e una fila di denti senza fessure e accavallamenti. Il paradosso è che l'ortodonzia offre miglioramenti estetici per i giovani, ma deve anche gestire la crescente insoddisfazione delle richieste fatte dai giovani pazienti e dai loro genitori. Come mi ha raccontato un ortodontista: «Le richieste dei pazienti sono incrementate se guardiamo indietro di 20 o 25 anni.

Noi facciamo di più quando possiamo fare di più». La conoscenza di tecniche avanzate rende possibile la creazione di bite migliori. Anche se gli ortodontisti cercano di evitare ai giovani la sensazione che ci sia qualcosa di sbagliato nel loro aspetto, la pratica ortodontica stessa costituisce il massimo incentivo per desiderare un bite di più bell'aspetto e per conformare le normative alle aspettative riguardo ai bite. Il dott. Ian Hacking ha mostrato come le classificazioni di individui fanno in modo che le persone riflettano su se stesse. Le categorie usate nelle indagini scientifiche interagiscono con le persone che vengono categorizzate. Le categorizzazioni cambiano il modo stesso in cui le persone vedono se stesse, inoltre, le categorie

assumono nuovi significati quando vengono usate: esse vengono trasformate al di là del tempo e in nuovi contesti. Perciò, è importante osservare come i metodi delle misurazioni ortodontiche colpiscono i giovani, e anche come i giovani interpretano e fanno uso delle diagnosi e dei concetti. Il significato delle differenze e dei trattamenti può cambiare durante il processo come risultato dell'immagine dei loro bite e dei denti con cui i giovani si presentano.

Ha osservato delle differenze tra i bambini e i genitori nell'autopercezione del bisogno di trattamento? E la diffusione del trattamento presenta delle divergenze tra i maschi e le femmine?

In qualche caso i genitori erano più impazienti di ottenere un trattamento per il bambino. Il bambino accettava la cura. In altri casi, gli stessi giovani pazienti desideravano un trattamento. Un genitore mi disse che l'occlusione andava bene ma il figlio aveva insistito per ricevere un trattamento.

Per quanto concerne le differenze tra maschi e femmine, si crede che la malocclusione riguardi maggiormente le bambine rispetto ai bambini. Uno degli ortodontisti che ho intervistato ha affermato che le bambine erano più motivate e attente rispetto ai maschi e che i bambini erano più inclini a sottovalutare le divergenze anche moderate. In ogni caso, c'è uno spostamento nel desiderio di trattamenti ortodontici nei maschi, come è stato rilevato nel numero di casi di richiesta di trattamento. Tra il 2000 e il 2010, ci sono stati cinque periodi di richieste tanto per molte bambine quanto per i bambini. Nel 2012, chi faceva richiesta di trattamento aveva sei anni in entrambi i sessi. La mia conclusione è che gli incentivi nell'avere denti corretti e un bite di più gradevole aspetto hanno avuto effetto sia sui maschi sia sulle femmine.

In un sondaggio inglese, il 53% degli intervistati ha detto che i denti impeccabili delle celebrità e delle figure pubbliche li fanno sentire sotto pressione nell'avere anche loro denti perfetti. Le sembra che le norme estetiche giochino un ruolo più importante al giorno d'oggi rispetto al passato?

La dott.ssa Nancy Etcott, assistente di Psicologia presso la Harvard Medical School e psicologa, ha studiato gli ideali di bellezza a livello storico e cross culturale. Ha osservato che gli ideali di bellezza esistono probabilmente da quando esistono gli esseri umani moderni. In ogni caso, sin dai primi anni del XIX secolo, la biomedicina ha descritto le caratteristiche dei corpi degli individui e li ha osservati in confronto ai valori basati sulle analisi statistiche della popolazione. Le variazioni del corpo sono arrivate ad essere definite in termini di deviazioni da una norma statistica. La normalità, perciò, non significa neces-

sariamente lo stato di salute ordinario, ma spesso indica ciò che può essere migliorato. In accordo con il sociologo e professore Nick Fox, è presente una dimensione morale nell'occuparsi dei nostri corpi che crea una distinzione tra chi sceglie strade sane per occuparsi dei propri corpi e chi no. L'individuo diventa responsabile non soltanto dell'essere in salute ma anche dell'apparire in forma.

I pazienti di interventi cosmetici sono sempre più giovani, con genitori che talvolta regalano ai propri figli per il compleanno interventi come la rinoplastica. C'è un simile pericolo di possibili eccessi di terapie in ortodonzia?

Questo è un fenomeno complicato! Una ragazza presente nella mia ricerca, a cui è stato offerto solo un cambiamento estetico attraverso il suo bite, ha percepito come un attacco il fatto che le si dicesse che avrebbe potuto essere sempre più carina. Ha rifiutato il trattamento e ha detto a sua madre che avrebbe preferito le si cucissero le labbra. La sua risposta può essere compresa come una metafora: perché non altre parti del mio corpo?

Tornando indietro alla questione, la tecnologia medica ha aumentato le possibilità per cambiare il corpo quando l'aspetto del corpo diverge dalle norme e la salute è arrivata incredibilmente ad essere associata all'aspetto fisico. Certo, dobbiamo essere consapevoli di quando i confini sono stati spostati e sempre più aspetti sono oggetto di trattamento. In ogni caso, non voglio ridurre il valore delle esperienze dei bambini e dei giovani nei trattamenti ortodontici sussidiati e finanziati dallo Stato. Invece, vorrei sollevare una sottile questione concernente i processi interattivi nello stabilire norme nelle pratiche mediche con lo scopo di migliorare gli aspetti funzionali ed estetici dei corpi dei bambini e dei giovani. Spero che il mio studio contribuirà alla comprensione degli effetti delle classificazioni scientifiche sulle divergenze, sulla necessità di trattamento e di come le persone interpretano e fanno uso delle classificazioni. L'estetica oggi sta invadendo il settore medico tradizionale e il concetto di "bisogno di cure" include aspetti come il miglioramento della qualità della vita e i benefici psicosociali. La crescente accettazione dell'estetica nella medicina riflette il fatto che l'aspetto è socialmente riconosciuto come indicatore di salute. La medicina predispone gli standard per essere all'altezza dei desideri delle persone, ma le norme non sono state stabilite in una situazione isolata: i clinici, i pazienti, le agenzie regolatrici e le autorità predisposte alla salute devono essere d'accordo sui propri valori. La pratica medica interagisce con le norme sociali e il lavoro delle persone sulla propria identità.

Grazie per l'intervista.

_Kristin Hübner, DTI



Brutti denti smorzano in fotografia il sorriso sulla bocca degli inglesi

Tra tutti i selfie e altri fenomeni da social media popolari, apparire in una foto non è mai stato così frequente e importante. Eppure, un sondaggio ha riscontrato che la maggior parte degli inglesi è in imbarazzo nel sorridere davanti a un flash (Fotografia: GaudiLab/Shutterstock).

—Londra – Sebbene "Cheese" sia il termine per far sorridere le persone, sembra che abbia un effetto opposto in molti inglesi. Secondo una ricerca, 8 persone su 10 sono preoccupate su come i loro denti appaiano in foto. Quasi tutti desiderano poter cambiare l'aspetto dei propri denti.

Una ricerca avviata dalla società Bupa, attiva nell'ambito della sanità globale, ha indagato sulle abitudini e comportamenti d'igiene dentale tra duemila persone. Dalle risposte emerge che gli inglesi sono ben lontani dall'essere fieri dei propri denti. Un sorprendente 81% degli intervistati è preoccupato del proprio aspetto in fotografia, un 28% rifiuta di sorridere all'obiettivo per il solo timore che l'aspetto risulti sgradevole in foto o sui social network. Il 42% degli intervistati ha confessato che i denti sono al primo posto tra le cose che vorrebbero cambiare di sé, il 35% ha ammesso di essere a disagio per l'aspetto e il 63% ha detto di desiderare denti più bianchi e più puliti. Sembrerebbe che le dentature scintillanti delle celebrità alimentino la sensazione di inadeguatezza. Il 53% ammette infatti di sentirsi sollecitato ad avere denti impeccabili proprio osservando i denti messi in bella vista dalle celebrità e dai personaggi pubblici.

Evitare di sorridere nelle fotografie è un conto, ma l'insoddisfazione degli inglesi è stata collegata anche a gravi carenze conoscitive di igiene

orale. Dai sondaggi, il 47% ammette di non sapere come si fa a pulire bene i denti. Si è scoperto inoltre che metà degli intervistati non usa il collutorio, il 9% lo condivide con qualcun altro e, peggio ancora, il 29% non usa mai il dentifricio. Uno su cinque ha anche ammesso di utilizzare regolarmente il chewing gum come sostituto dello spazzolino nella pulizia dei denti.

Commentando i risultati della ricerca, Steven Preddy, direttore della clinica dentale del Bupa Dental Services, ha dichiarato: «Siamo preoccupati. L'indagine evidenzia come molte persone continuino a ignorare tecniche adeguate di pulizia, spazzolini elettrici all'avanguardia e il filo interdentale che, attraverso differenti modalità di pulizia, contribuiscono a realizzare una bocca sana. Non dovrebbero esserci giustificazioni nel non pulire i denti per un paio di minuti ogni giorno. Eppure, oltre a visite periodiche dal dentista, noi esortiamo le persone a non trascurare i denti e le gengive!».

Per quanto riguarda il Regno Unito, gli intervistati provenienti dal sud-ovest dell'Inghilterra sono risultati più attivi nella pulizia con un 74% che si lava i denti due volte al giorno, seguiti da scozzesi (il 67%) e da nord irlandesi (64%). Le peggiori regioni risultano lo Yorkshire e l'Humber, dove solo il 53% si lava i denti due volte al giorno.

[_Dental Tribune International](#)

Restauri protesici singoli eseguiti con **metodica CAD/CAM chairside**



Accademia Italiana
di Odontoiatria Protesica

Autori _G. Manfrini & M. Baczak, Italia

_Introduzione

Le metodiche di costruzione dei manufatti protesici con sistemi CAD/CAM sono sempre più valide, i risultati immediati e nel lungo periodo ampiamente documentati¹⁻⁷.

I cosiddetti sistemi chairside ("alla poltrona") si avvalgono di impronte ottiche delle arcate dentarie, da cui si ricavano modelli tridimensionali virtuali e si estrapolano manufatti protesici attraverso un processo di fresatura. Tale processo è eseguibile con strumenti gestibili direttamente nello studio odontoiatrico. Sull'affidabilità dei sistemi "alla poltrona" esiste una ricca letteratura⁸⁻¹⁷.

Tali sistemi, con opportune modifiche, offrono risultati interessanti da oltre 25 anni, con percentuali di fallimento di intarsi e corone spesso inferiori al 10% dei casi trattati.

Molti sono oggi i materiali a disposizione per la realizzazione dei manufatti chairside^{21,22}: possiamo ricordare la resina ceramica (Lava ultimate 3M Espe), il disilicato di litio (IPS e.max CAD), la resina (Telio CAD e IPS Empress CAD Ivoclar Vivadent), ecc.

Nella nostra breve presentazione prendia-

mo in considerazione due tipologie di materiali^{21,22}: la resina ceramica (Lava Ultimate, che chiameremo nella nostra descrizione "composito") e il disilicato di litio (IPS e.max CAD).

L'evoluzione dei materiali ceramici ha portato alla realizzazione di materiali esteticamente molto interessanti, aventi caratteristiche di resistenza e di integrità marginale assolutamente eccellenti. Numerosi studi^{13,18-20} hanno verificato la validità dei restauri in disilicato di litio a distanza di più di 10 anni e la bassissima

Fig. 1a _Frattura parete linguale.

Fig. 1b _Isolamento del campo e rimozione vecchia otturazione.

Fig. 1c _Build-up.



Fig. 1a

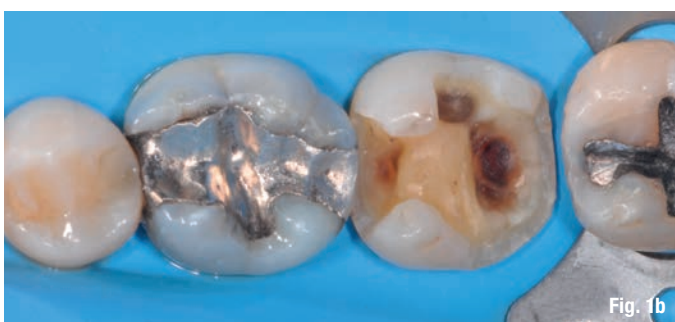


Fig. 1b

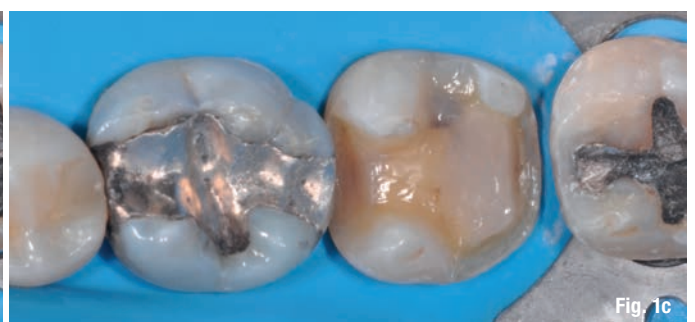


Fig. 1c



Fig. 1d



Fig. 1e

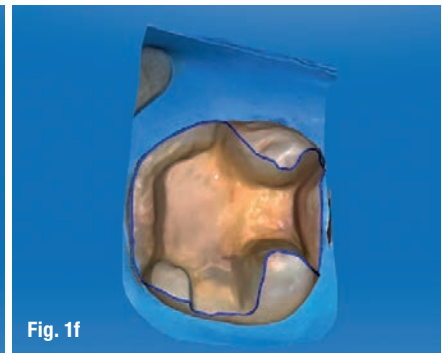


Fig. 1f

Fig. 1d_Presca dell'impronta digitale con diga inserita.

Fig. 1e_Visione della preparazione.

Fig. 1f_Definizione del margine della preparazione.



Fig. 1g



Fig. 1h

Fig. 1g_Intarsio fresato e rifinito.

Fig. 1h_Prova dell'adattamento dell'intarsio.



Fig. 1i



Fig. 1l

Fig. 1i_Mordenzatura.

Fig. 1l_Intarsio a fine cementazione.

percentuale di fratture e di fallimenti generali ha indotto a considerare il ritrovato ceramico come uno dei migliori presenti sul mercato. In particolare IPS e.max CAD è un blocchetto in vetroceramica a base di disilicato di litio per la tecnologia CAD/CAM. In questa fase pre-cristallina intermedia il blocchetto è facilmente lavorabile in un apparecchio CAD/CAM e la sua resistenza è di 130-150 MPa.

La fase di cristallizzazione in forno a 840-850 °C per 20-31 minuti porta a una trasformazione della struttura nella quale crescono in modo controllato i cristalli di disilicato di litio. La compattazione dello 0,2% a essa correlata è prevista nel relativo software e pertanto viene considerata durante il processo di fresatura. Grazie alla trasformazione della struttura cristallina si ottengono le caratteristiche finali quali la resistenza di 360 MPa e le relative ca-

ratteristiche ottiche.

Lava Ultimate è invece una resina nanoceramica composta per il 79% circa di particelle nanoceramiche con superficie modificata; tali particelle sono costituite da tre diversi filler ceramici (di silice e zirconio), da 4 a 20 nm, che rinforzano la matrice polimerica a elevata reticolazione.

_Casi clinici

_Caso 1

Il paziente si presenta in studio per la frattura della parete linguale del II molare inferiore di destra (Fig. 1a), il dente presenta inoltre una vecchia otturazione in amalgama molto estesa. Il nostro piano di trattamento prevede la rimozione completa di tutta la vecchia otturazione e la riabilitazione con tecnica indiretta mediante l'esecuzione di un onlay con sistematica

chairside. Dopo aver posizionato la diga in gomma rimuoviamo l'amalgama e l'eventuale dentina rammollita (Fig. 1b) ed eseguiamo il build-up adesivo (Fig. 1c), a cui ricorriamo di routine quando decidiamo di affrontare un caso clinico mediante un approccio indiretto.

Questo accorgimento ci permette di ottenere spessori e dimensioni uniformi della cavità, permettendo così alla luce della lampada polimerizzatrice di raggiungere il cemento fotopolimerizzabile. Una volta terminato il build-up adesivo, vengono eseguite le preparazioni idonee ad alloggiare il futuro intarsio che dovranno presentare finitura dello smalto a margini netti, angoli interni arrotondati, pareti residue sufficientemente robuste, considerando che pareti con spessore residuo inferiori a 1,5 mm (nel dente vitale) andrebbero abbattute e interessate da ricopertura cuspidale. In questo caso si è deciso di ricoprire anche la cuspidale disto-vestibolare (Fig. 1c).

Eseguiamo quindi la rilevazione della preparazione con telecamera intraorale (Fig. 1d). La possibilità di rilevare la preparazione con ancora la diga in gomma posizionata ci permette di ottenere delle immagini estremamente pulite. A questo punto il paziente viene messo in "stand-by" per circa 20 minuti e noi passiamo all'elaborazione digitale. Definiamo i margini della preparazione (Figg. 1e-1f), il soft-

ware progetta la forma del manufatto che noi abbiamo la possibilità di modificare e migliorare, sia nell'aspetto oclusale sia per quanto riguarda i punti di contatto. Quando il progetto rispecchia le nostre aspettative trasmettiamo al fresatore le informazioni per il molaggio; in questo caso il materiale scelto è stato Lava Ultimate (composito).

Una volta rimosso dalla fresatrice abbiamo la possibilità di rifinire il manufatto (Fig. 1g). Torniamo quindi dal nostro paziente, rimontiamo la diga di gomma che noi riteniamo assolutamente indispensabile quando eseguiamo delle cementazioni adesive, proviamo l'intar-

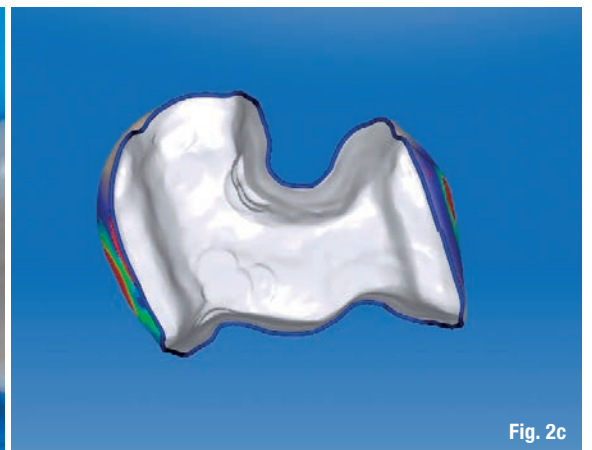
Fig. 2a_Caso iniziale.

Fig. 2b_Build-up con rilocazione del margine.

Fig. 2c_Superficie interna dell'intarsio.

Fig. 2d_Cementazione ultimata.

Fig. 2e_Controllo a distanza.



sio (Fig. 1h) e ci accingiamo alla fase della cementazione. Le procedure adesive vengono eseguite utilizzando un sistema three step, concettualmente il più datato ma al contempo considerato a tutt'oggi il gold standard. Questo prevede un total etching con acido ortofosforico, applicato per 30 secondi sullo smalto e 15 secondi sulla dentina (Fig. 1i). Dopo aver risciacquato l'acido, si procede all'applicazione del primer in più apporti, che va soffiato con aria sino a ottenere una superficie dentale lucida.

Viene infine applicato il bonding con un pennellino o con un brush, viene soffiato delicatamente per rimuoverne gli eccessi e per poterlo distribuire in maniera omogenea sulla cavità, ma non viene polimerizzato.

Sulla superficie interna dell'intarsio viene applicato il silano, se ne aspetta l'evaporazione e anche qui viene applicato il bonding che non viene polimerizzato. Il cemento utilizzato in questo caso è un composito nanoriempito che viene riscaldato prima del suo utilizzo per renderlo più fluido. Una volta posizionato l'intarsio si procede alla rimozione degli eccessi di cemento e si esegue la polimerizzazione e la rifinitura (Fig. 1l).

_Caso 2

La paziente lamenta sensibilità all'arcata superiore di destra e la nostra diagnosi identifica il problema all'elemento 16, che presenta una grossa otturazione in composito con delle infiltrazioni (Fig. 2a). Una volta rimossa la vecchia otturazione eseguiamo il build-up come abbiamo visto nel caso precedente, inserendo però una variante che è definita rilocazione del margine cervicale (Fig. 2b)^{23,24,26}. La rilocazione del margine si rende necessaria tutte le volte in cui il gradino cervicale abbia una posizione sfavorevole per il posizionamento della diga, per le impronte e per la cementazione.

Il margine rilocato deve essere considerato come un ausilio per effettuare le successive manovre cliniche, ma è fondamentale che debba essere realizzato a campo isolato: qualora non fosse possibile, la rilocazione deve essere effettuata mediante un allungamento chirurgico di corona clinica²⁵. La visione della superficie interna dell'intarsio ci mostra come anche piccole irregolarità della preparazione vengono rilevate e riprodotte (Fig. 2c).

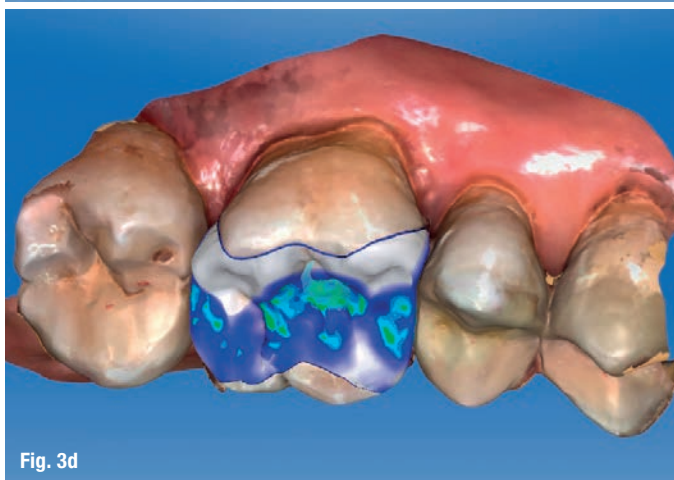
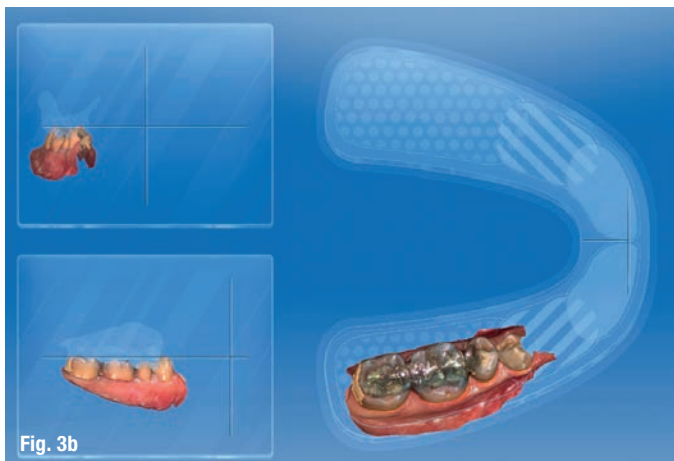
La cementazione viene effettuata con gli

Fig. 3a_Build-up.

Fig. 3b_Regolazione del piano di occlusione virtuale.

Fig. 3c_Intercuspidazione.

Fig. 3d_Moderazione virtuale ultimata.



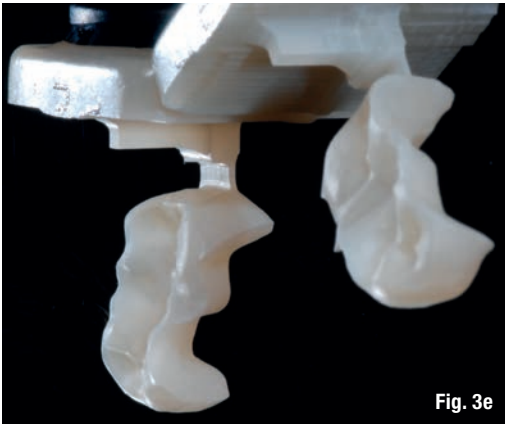


Fig. 3e

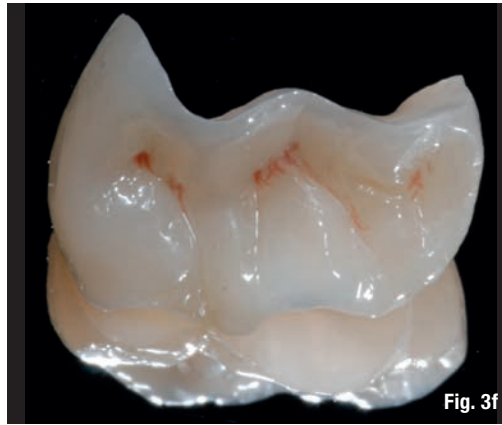


Fig. 3f

Fig. 3e_Intarsio a fine fresaggio.
Fig. 3f_Intarsio rifinito e lucidato.
Fig. 3g_Controllo occlusale.

stessi passaggi descritti nel caso precedente (Fig. 2d). Un controllo a distanza conferma la stabilità nel tempo di questo tipo di materiale utilizzato per la realizzazione dell'intarsio (Fig. 2e).

_Caso 3

Come nei casi precedenti ricorriamo a una restaurazione con tecnica indiretta quando sono interessate cavità di grandi dimensioni. La foto clinica evidenzia il build-up e la rilocazione del margine nel box mesiale (Fig. 3a). Dopo la presa dell'impronta si stabilisce il piano occlusale (Fig. 3b), si verifica l'intercuspidazione ottenuta con una ripresa vestibolare eseguita in occlusione (Fig. 3c) e si progetta



Fig. 3g



Fig. 4a

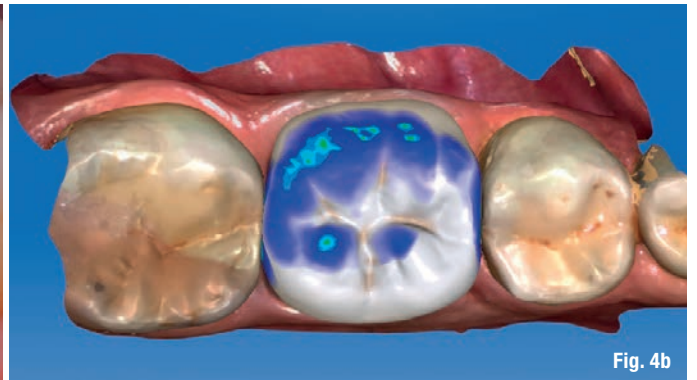


Fig. 4b

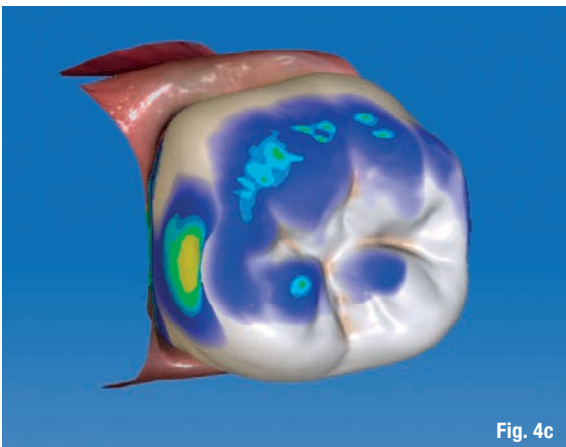


Fig. 4c



Fig. 4d

Fig. 4a_Moncone preparato al momento dell'impronta.
Fig. 4b_Modellazione occlusale virtuale.
Fig. 4c_Particolare del punto di contatto interprossimale.
Fig. 4d_Corona in disilicato fresata nella fase pre-cristallina.

Fig. 4e_Visione occlusale della corona cementata.



l'intarsio (Fig. 3d). Il manufatto che esce dal fresaggio mostra già una buona forma anatomica (Fig. 3e) che poi può essere ulteriormente migliorata con la rifinitura manuale (Fig. 3f). Il controllo occlusale conferma come i ritocchi sono stati minimi e non hanno alterato la morfologia che abbiamo progettato al computer (Fig. 3g).

_Caso 4

Il caso ci mostra la sostituzione di una vecchia corona sull'elemento 36. Abbiamo modificato la preparazione precedente con la tecnica della preparazione a finire e posizionato un provvisorio.

Quando abbiamo ritenuto che la salute

parodontale fosse corretta (Fig. 4a) abbiamo eseguito la scansione intraorale e la successiva progettazione con particolare attenzione sia alla morfologia occlusale (Fig. 4b) sia all'esecuzione di punti di contatto interprossimali adeguati (Fig. 4c).

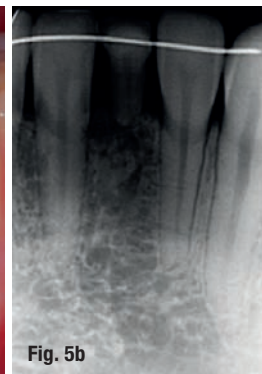
Come materiale da restauro abbiamo utilizzato il disilicato di litio¹⁸⁻²⁰. La corona in disilicato nello stato precristallino (blu) è stata rifinita con frese diamantate (Fig. 4d), dipinta, caratterizzata e posizionata nel forno per la cristallizzazione finale. La foto clinica a cementazione ultimata mostra la morfologia occlusale che abbiamo progettato e ottenuto con questa tecnica chairside (Fig. 4e).

Fig. 5a_Visione clinica dell'elemento 81 splintato.

Fig. 5b_Radiografia iniziale.

Fig. 5c_Maryland provvisorio posizionato.

Fig. 5d_I tessuti al momento dell'impronta.



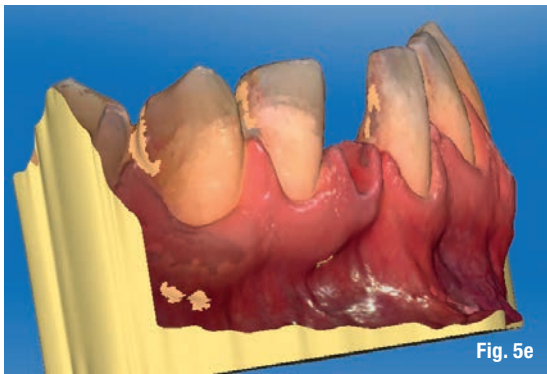


Fig. 5e



Fig. 5f



Fig. 5g



Fig. 5h



Fig. 5i



Fig. 5l

Fig. 5e_Impronta digitale.

Fig. 5f_Progettazione del Maryland in disilicato.

Fig. 5g_Visualizzazione della posizione del Maryland all'interno del blocchetto in disilicato.

Fig. 5h_Maryland fresato nella fase precristallina.

Fig. 5i_Prova clinica del Maryland in fase precristallina.

Fig. 5l_Mordenzata con acido fluoridrico al 5%.

_Caso 5

Questo giovane paziente di anni 19 presenta un'agenesia del 41 con permanenza in sede dell'elemento deciduo 81 (Fig. 5a). Per alcuni anni l'elemento deciduo è stato mantenuto in sede mediante uno splintaggio linguale (Fig. 5b), ma ora la situazione è ulteriormente peggiorata e, per il timore di mobilizzare e perdere il dente splintato, il paziente ha ridotto in maniera drastica le manovre di igiene. Il paziente chiede di risolvere il problema con un intervento non troppo impegnativo dal punto di vista economico. Decidiamo quindi di eseguire un Maryland in disilicato di litio. Negli ultimi anni il netto miglioramento ottenuto nel campo dell'adesione ha aumentato notevolmente il successo di questo tipo di terapia come si può desumere dalla bibliografia più recente²⁷⁻³¹.

Abbiamo proceduto in prima istanza all'estrazione dell'incisivo deciduo e alla sua sostituzione con un Maryland in composito rinforzato con fibra di vetro (Fig. 5c). Una volta

ottenuta la guarigione del sito dell'estrazione siamo passati alla realizzazione del Maryland definitivo con metodica chairside. Con il Maryland provvisorio abbiamo condizionato il tessuto della zona edentula e la forma delle papille così ottenuta ci soddisfa pienamente (Fig. 5d). Eseguiamo l'impronta ottica e passiamo all'elaborazione al computer (Figg. 5e-5g), quindi il Maryland viene fresato nella sua forma precristallina (Fig. 5h). Verifichiamo il suo adattamento alle superfici linguali nella bocca del paziente (Fig. 5i) prima della fase di cristallizzazione finale. La cementazione prevede la tecnica three step sugli elementi dentali, mentre il Maryland in disilicato viene prima mordenzato con acido fluoridrico al 5% per 20 secondi (Fig. 5l) e quindi silanizzato.

Le foto cliniche mostrano l'ottimo mimetismo ottenuto con il disilicato di litio monolitico e il mantenimento di un profilo gengivale corretto (Figg. 5m, 5n).



Fig. 5m

Fig. 5m _ Visione linguale dopo cementazione adesiva.



Fig. 5n

Fig. 5n _ Visione vestibolare dopo cementazione adesiva.

Conclusioni

Le tecniche CAD/CAM chairside garantiscono risultati validi sia dal punto di vista estetico sia da quello funzionale e sono facilmente riproducibili in virtù di un controllo della morfologia attuabile con il computer e

non dipendente dalla manualità dell'operatore. Inoltre, la possibilità di restaurare in un singolo appuntamento riduce i costi e il discomfort del paziente.

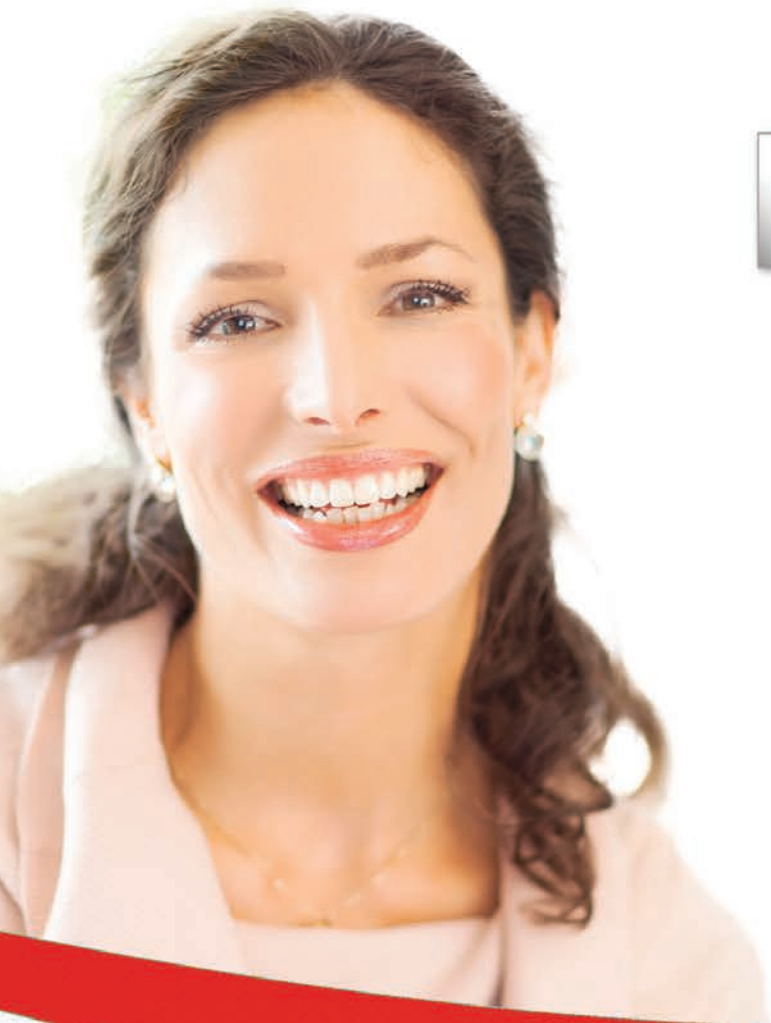
*L'articolo è stato pubblicato su
CAD/CAM Italian Edition, settembre 2015.*

bibliografia

cosmetic
dentistry

- Magne P, Schlichthting LH Et Baratieri LN (2010) In vitro fatigue of CAD/CAM composite resin and ceramic posterior occlusal veneers. Journal of Prosthetic Dentistry 104 (3) 149-157.
- Bindl A, Lüthy H Et Mörmann WH (2006) Strength and fracture pattern of monolithic CAD/CAM-generated posterior crowns Dental Materials 22(1) 29-36.
- Lin WS, Harris BT, Ozdemir E Et Morton D (2013) Maxillary rehabilitation with a CAD/CAM fabricated, long-term interim and anatomic contour definitive prosthesis with a digital workflow: A clinical report Journal of Prosthetic Dentistry 110 (1) 144-146.
- Reich S, Kappe K, Teschner H, Schmitt J. Clinical fit of four-unit zirconia posterior fixed dental prostheses. Eur J Oral Sci 2008; 116-579.
- Jose Bahilo, Luis Janè, Tissiana Bortolotto, Ivo Krejci, Full-mouth composite rehabilitation of a mixed erosion and attention patient: A case report with v-shaped veneers and ultra CAD/CAM composite overlays. Quintessence International 2014 (45), 749-756.
- Schlichthting LH, Maia HP, Baratieri LN, Magne P. Novel-design ultra-thin CAD/CAM composite resin and ceramic occlusal veneers for the treatment of severe dental erosion. J Prosthetic Dent 2011; 105: 217-226.
- Donnelly TJ, Burke FJ. In vitro failure of crowns produced by two CAD/CAM systems. Eur J Prosthodont Restor Dent 2011;19(3):111-6.
- Chang CY, Kuo JS, Lin YS Et ChangYH (2009) Fracture resistance and failure modes of CEREC endo-crowns and conventional post and core-supported CEREC crowns. Journal of Dental Science 4(3) 110-117.
- Fasbinder DJ (2012) Chairside CAD/CAM: An overview of restorative material options. Compendium of Continuing Education in Dentistry 33(1) 52-58.
- Fritzsche G (2013) Cerec omnica and the virtual articulator: A case report International Journal of Computerized Dentistry 16 (1) 59-67.
- Otto T, Schneider D. Long term clinical results of chaired Cerec CAD/CAM inlays and onlays: a case series. Int J Prosthodont 2008; 21: 53-59.
- Fasbinder DJ. The Cerec system: 25 years of chaired CAD/CAM dentistry. J Am Dent Assoc 2010; 141(Suppl 2): 3S-4S.
- Fasbinder DJ, Denison JB, Heys D, Neiva G. A clinical evaluation of chairside lithium disilicate CAD/CAM crowns: a two -year report. J Am Dent Assoc 2010;141 (Suppl 2):10-4S.
- Fasbinder DJ, Poticny DJ. Accuracy of occlusal contacts for crowns with chaired CAD/CAM technique. Int J Compute Dent 2010;13(4):303-16.
- Brawek PK, Wolfart S, Endres L, Kirsten A, Reich S. The clinical accuracy of single crowns exclusively fabricated by digital workflow: the comparison of two systems. Clin Oral Investig. 2013; 17:2119-25.
- Ahrberg D, Lauer HC, Ahrberg M, Weigl P. Evaluation of fit and efficiency of CAD/CAM fabricated all-ceramic restorations based on direct and indirect digitalization: A double-blinded, randomized trial. Clin Oral Investig. 2015 Jun 14.
- Sedda M, Vichi A, Del Siena F, Louca C, Ferrari M. Flexural resistance of Cerec CAD/CAM system ceramic blocks. Part 2: Outsourcing materials. Am J Dent 2014;27(1):17-22.
- Seydler B, Rues S, Müller D, Schmitter M. In vitro fracture load of monolithic lithium disilicate ceramic molar crowns with different wall thicknesses. Clin Oral Investig 2014;18(4): 1165-71.
- Skouridou N, Pollington S, Rosentritt M, Tsiou E. Fracture strength of minimally prepared all-ceramic CEREC crowns after simulating 5 years of service. Dent Mater 2013;29(6):70-7.
- Schulties S, Strub Jr, Gerdts Ta,Guess PC. Monolithic and bi-layer CAD/CAM lithium-disilicate versus metal-ceramic fixed dental prostheses: comparison of fracture loads and failure modes after fatigue. Clin Oral Investigation 2013; 17(5): 1407-13.
- Fasbinder DJ. Materials for chairside CAD/CAM restorations. Compend Contin Educ Dent 2010;31:702-704,706,708-709.
- Fasbinder DJ. Chairside CAD/CAM: An overview of restorative material options. Compend Contin Educ Dent 2012;33:50, 52-58.
- Spreafico RC, Roulet JF. Posterior composite restorations: Direct or indirect technique. In Roulet JF, Kappert HF. Statements: diagnostics and therapy in dental medicine today and in the future. Quintessence, London 2009: 69-8.
- Spreafico RC, Krjci, Dietschi, Clinical performance and marginal adaptation of class II direct and semi direct restorations over 3,5 years in vivo. J Dent 2005 Jul; 33(6). 449-507.
- Bragger U, Lauchenauer D, Lang NP. Surgical lengthening of the clinical crown. J Clin Period 1992;19:58-63.
- Veneziani M. Adhesive restorations in the posterior area with sub gingival cervical margins: new classifications and differentiated approach. Eur J Esth Dent;spring 2010 vol 5 n. 1:50-76.
- Ries S, Wolz J, Richter EJ. Effect of Design of All-Ceramic Resin-Bonded Fixed partial Dentures on clinical Survival Rate. Int J Perio Rest Dent; 2006;26:143-149.
- Kern M, Sasse M, Ries S. Ten-year Survival of Anterior All-Ceramic Resin-bonded Fixed Dental Prostheses. J Adhes Dent 2011; 13: 407-410.
- Sasse M, Eschbach S, Kern M. Randomized clinical trial on single retainer all-ceramic resin-bonded fixed partial dentures: Influence of the bonding system after up to 55 months. J Dent 2012;40:783-786.
- Sailer I, Bonani T, brodbeck U., Hammerle CHF. Retrospective Clinic Study of Single-Retainer Cantilever Anterior and Posterior Glass-Ceramic Resin-Bonded Fixed Dental Prostheses at a Mean Follow-up of 6 Years. Int J Perio Rest Dent 2013; 26:443-450.
- Sailer I, Hammerle CHF. Zirconia ceramic single-Retainer Resin-Bonded Fixed Dental Prostheses (RBFDPs) After 4 Years of Clinical Service: A retrospective Clinical and Volumetric Study. Int J Perio Rest Dent 2014;34:333-343.

PROTOCOLLI DI MEDICINA ESTETICA SPECIFICI PER IL SETTORE ODONTOIATRICO



INTRA-LOCK
Cosmetics

Il metodo **tuenda**

Proteggiamo la salute della tua
pelle con uno stile nuovo:
procedure mediche certificate,
non invasive, indolori
e principi attivi naturali.



IL DERMATOLOGO VIRTUALE
SKINCAD 3D



DERMOCOSMETICI
NATURALI



nuria ETC
Radiofrequenza

NURIA + SKINCAD 3D + 50 CONF. DERMOCOSMETICI ~~€ 29.160~~+IVA Valore commerciale

OFFERTA DI NATALE*

€ 14.500 + IVA

*Offerta valida su un numero limitato di pezzi.

Per un appuntamento, senza impegno, con i nostri specialisti chiamare o scrivere ai contatti riportati sotto

Intra-lock System Europa SpA Via F. Pinto, 16 • 84124 • Salerno T. **089 233045** • info@intra-lock.it

Restauro immediato su impianti nel **mascellare edentulo**

Autore _Dr. Fernando Rojas-Vizcaya, USA

Fig. 1 _Situazione clinica pre-trattamento.

Fig. 2 _Visione radiografica panoramica dell'osso a disposizione.

Fig. 3 _Perforazione protesicamente guidata.

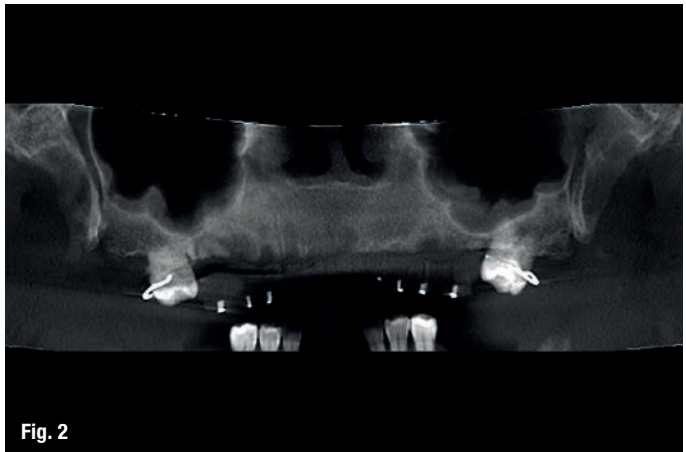
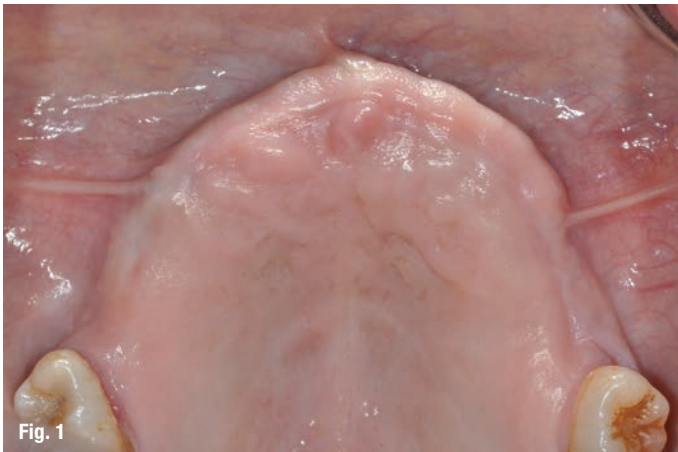
Fig. 4 _Posizionamento degli impianti.

_Introduzione

L'implantologia è diventata una forma consolidata di trattamento con risultati buoni e prevedibili per la ricostruzione funzionale ed estetica nei casi di disfunzione masticatoria. Siccome l'osso mascellare spesso è molle e talvolta di vo-

lume insufficiente, la mascella edentula potrebbe essere una grande sfida per il dentista.

Il tipo di trattamento scelto è decisivo per il successo, in particolare quando i pazienti necessitano di una protesi fissa immediata. In tali casi, il trattamento di successo richiede la stabilità primaria degli impianti inseriti e un numero di im-



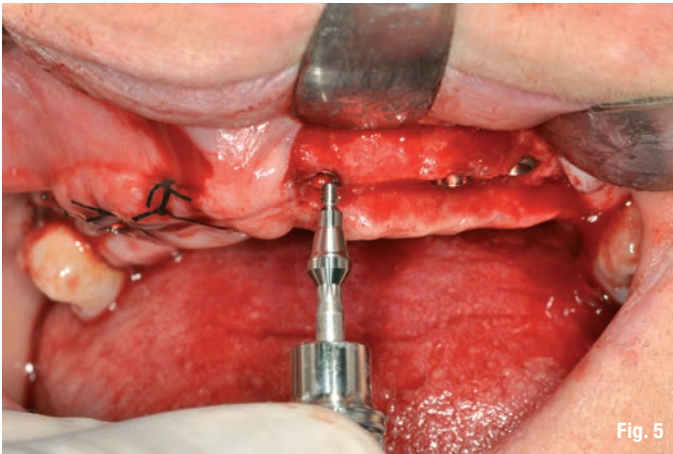


Fig. 5

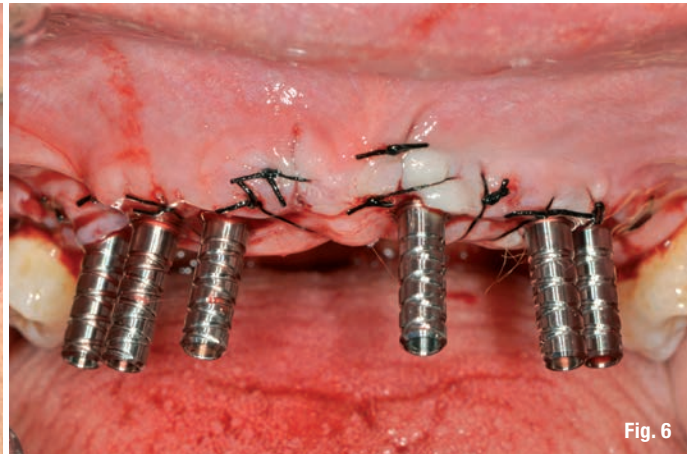


Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8

pianti sufficiente per sostenere la sovrastruttura. Inoltre, il posizionamento esatto è essenziale e si può raggiungere con una pianificazione computer assistita. Si sono raccomandati almeno sei impianti per supportare una protesi fissa nel mascellare edentulo. Inoltre, nell'osso tenero è necessario utilizzare un sistema implantare che garantisca la sufficiente stabilità primaria dovuta alla sua geometria esterna e al design della sua filettatura.

Un altro requisito indispensabile per il successo del trattamento è l'attacco senza tensione

della sovrastruttura protesica. È anche auspicabile la stabilizzazione primaria degli impianti rispetto alla sovrastruttura, che si può ottenere con un restauro a barra fresata. Utilizzando la tecnologia CAD/CAM, oggi si possono realizzare soluzioni a lunga travata di elevata precisione con un attacco accurato.

_Case report

Una paziente di 69 anni si è presentata nel nostro studio. Tranne i denti 17 e 27, la mascella era edentula. I restanti denti non potevano

- Fig. 5** Posizionamento degli Uni Abutments EV.
- Fig. 6** Cilindri provvisori Uni Abutment EV collocati sugli abutment.
- Fig. 7** Protesi perforata per guadagnare spazio libero intorno ai cilindri provvisori Uni Abutment EV.
- Fig. 8** Accesso dell'abutment coperto con silicone.
- Fig. 9** Radiografia periapicale che mostra gli impianti al livello dell'osso.
- Fig. 10** Uni Abutments EV scoperti per prendere l'impronta.

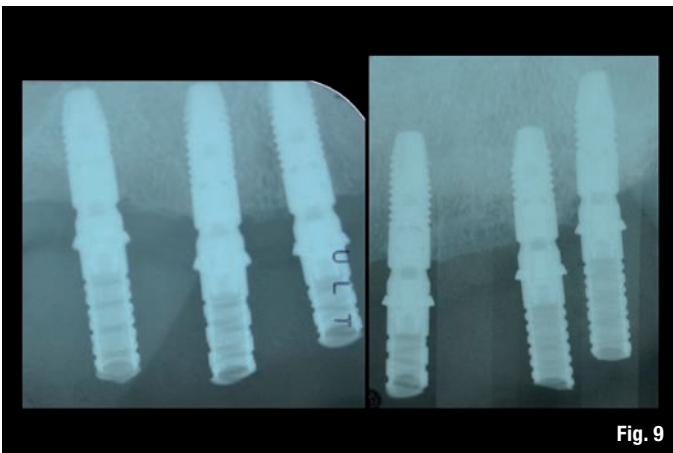


Fig. 9



Fig. 10

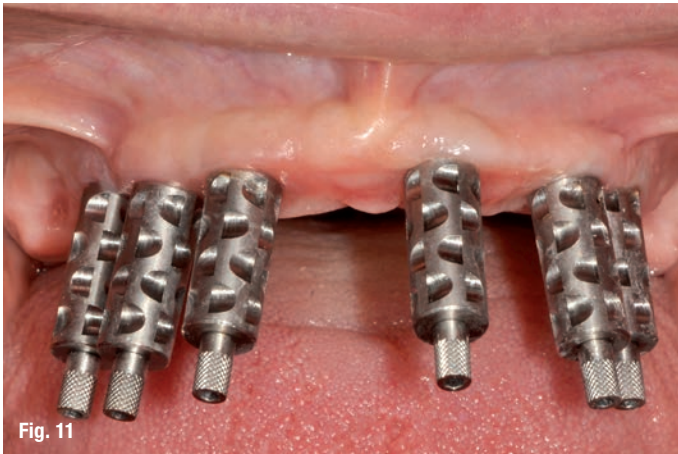


Fig. 11

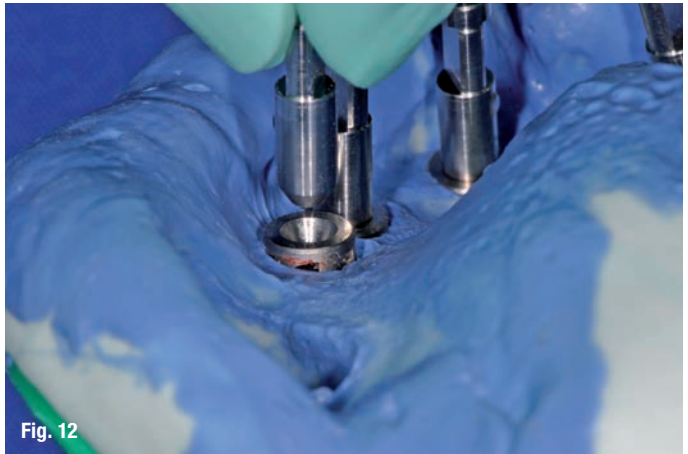


Fig. 12



Fig. 13

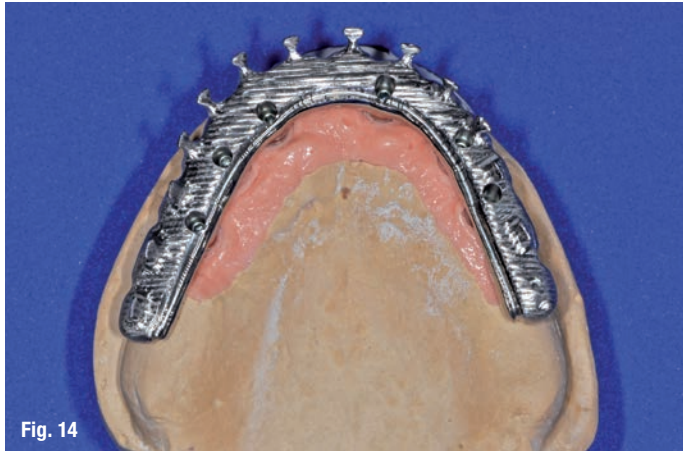


Fig. 14

Fig. 11_Pick-ups Uni Abutment EV collegati agli Uni Abutments.

Fig. 12_Analoghi Uni Abutment EV.

Fig. 13_Ibrido Atlantis Isus progettato virtualmente.

Fig. 14_Ibrido Atlantis Isus progettato con elementi di ritenzione.

Fig. 15_Protesi finale assicurata clinicamente.

Fig. 16_Restauro finale.

essere conservati a causa della situazione parodontale. Una protesi provvisoria rimovibile è stata ancorata ai molari superiori. La paziente ha richiesto una protesi fissa per ripristinare definitivamente la funzione masticatoria e l'estetica. L'esame clinico e radiografico ha dimostrato che l'osso era sufficiente per posizionare gli impianti che avrebbero potuto sostenere una protesi fissa (Figg. 1 e 2), ed è stata progettata una protesi immediata con barra di ritenzione su sei impianti OsseoSpeed EV.

Gli impianti OsseoSpeed EV e il nuovo pro-

tolocolo di perforazione permettono un'eccellente stabilità primaria, che rende questa una soluzione ideale di trattamento per questo caso particolare. Inoltre, la superficie OsseoSpeed ha specifiche indicazioni per le applicazioni nell'osso morbido. Per posizionare gli impianti in sicurezza e con precisione, è stato programmato l'uso di una mascherina chirurgica. La protesi mascellare provvisoria è stata duplicata e il laboratorio ne ha tratto una mascherina chirurgica.

La dima chirurgica è stata utilizzata per determinare la migliore posizione protesica per gli

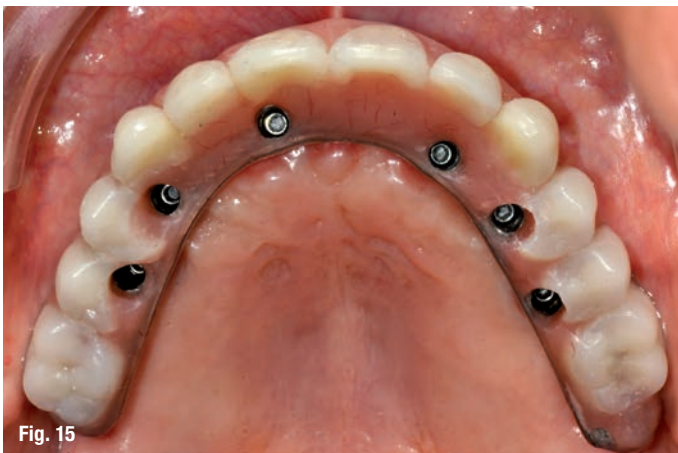


Fig. 15



Fig. 16

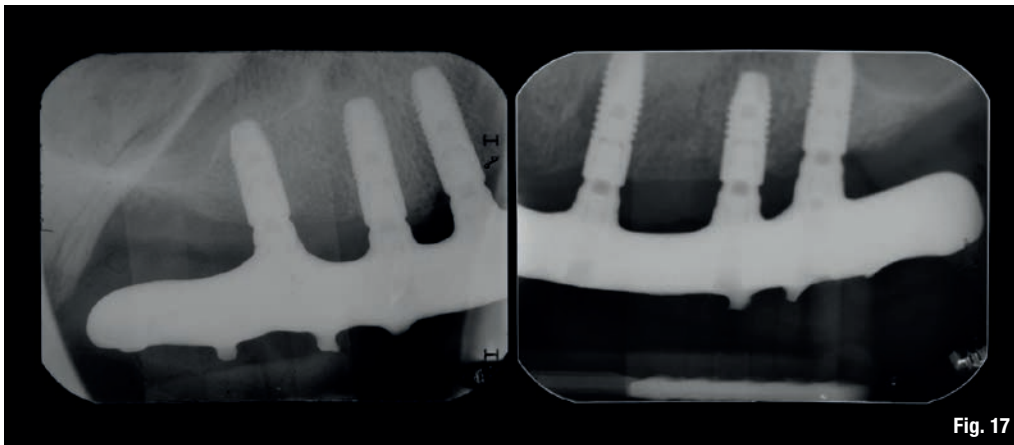


Fig. 17 Radiografia periapicale che mostra il perfetto fissaggio del restauro.

impianti (Fig. 3). Dopo aver inciso e sollevato un lembo, l'osso si è rivelato di buona qualità e di volume sufficiente a garantire una parete ossea buccale di circa 2 mm non appena inserito l'impianto. In tutto sono stati collocati nella mascella sei impianti OsseoSpeed EV 3.6 S. È stato seguito il protocollo di perforazione consigliato, con la Twist Drill EV, la Step Drill EV e Cortical Drill EV.

Gli impianti sono stati inseriti con un torque di 25 Ncm, usando un contrangolo e la Implant Driver EV (Fig. 4). L'installazione finale è stata eseguita manualmente. Successivamente gli abutments Uni EV da 2 mm sono stati collegati manualmente agli impianti utilizzando l'Uni Driver EV (Fig. 5).

I cilindri provvisori Uni Abutment EV sono stati collocati sui monconi per fissare la protesi provvisoria. La procedura chirurgica è stata completata con il riposizionamento dei lembi di tessuto molle e la sutura attorno ai monconi (Fig. 6).

La protesi provvisoria è stata abbondantemente ridotta al livello dei cilindri provvisori così da poter essere collocata in modo sicuro sulla parte superiore dei cilindri. Il mascellare è stato coperto con una diga di gomma per proteggere la ferita chirurgica appena suturata (Fig. 7).

La protesi provvisoria modificata è stata

assicurata ai cilindri con resina autoindurente. Successivamente, i cilindri sono stati accorciati a livello della protesi e i canali sono stati chiusi con silicone (Fig. 8).

La paziente ha così avuto una protesi provvisoria immediata in una sola seduta. Le radiografie hanno mostrato un'eccellente adattamento dei monconi e dei cilindri e un buon posizionamento degli impianti (Fig. 9).

Dopo l'osteointegrazione degli impianti, i denti 17 e 27, che non potevano essere conservati, sono stati estratti. Dopo otto settimane di guarigione, la protesi provvisoria è stata rimossa e gli abutments Uni EV sono stati scoperti per prendere l'impronta finale (Fig. 10).

Per questa procedura, i Pick-Ups Uni Abutments EV sono stati collegati ai monconi e l'impronta è stata effettuata utilizzando un portaimpronte individuale (Fig. 11).

Non appena indurito il materiale da impronta, i perni sono stati svitati e l'impronta è stata rimossa. Gli analoghi Uni Abutments EV sono stati uniti ai pick-up nell'impronta per preparare il modello master in gesso (Fig. 12).

È stata fatta una ceratura diagnostica sul modello per poter programmare con esattezza la posizione e la dimensione della struttura prevista.

Figg. 18a, 18b Risultato estetico finale.



Fig. 18a



Fig. 18b

Il modello e la ceratura sono stati inviati al centro di produzione Dentsply Implants, dove sono stati sottoposti a scansione e i dati sono stati trasferiti al software Atlantis Isus. Utilizzando il software, è stata progettata una protesi ibrida Atlantis Isus (Fig. 13). Dopo il controllo e l'approvazione di questo progetto da parte del dentista e dell'odontotecnico, la struttura è stata fresata a partire da un blocco solido di cromo-cobalto nel centro di produzione Dentsply Implants. L'analisi dell'adattamento preciso è stata controllata e verificata facendo riferimento al modello master (Fig. 14). Con la ceratura sviluppata in precedenza, è stata completata la protesi definitiva. La protesi ibrida Atlantis Isus è stata posizionata sugli abutment con un torque di 15 Ncm (Fig. 15). I fori delle viti sono stati successivamente sigillati con composito.

L'area di contatto della protesi con la mucosa mascellare è stata modellata in una forma leggermente convessa che impedisce la fuoriuscita dell'aria, evita problemi fonetici e di stipamento del cibo, e permette una buona igiene della bocca e della protesi (Fig. 16). Le radiografie di controllo hanno mostrato l'osso marginale al livello dell'emergenza dell'impianto e anche un eccellente adattamento del restauro protesico (Fig. 17). Estetica e funzionalità sono stati per-

fettamente ricreati e il labbro superiore era ben supportato dalla protesi. La paziente era molto soddisfatta del risultato (Fig. 18a, 18b).

_Conclusioni

Il restauro del mascellare edentulo con una protesi fissa su impianti offre grandi sfide al dentista curante. Il caso specifico fa vedere come si può realizzare un eccellente restauro protesico in termini sia di funzione sia di estetica mediante l'uso dell'Astra Tech Implant System EV e di una protesi su impianti Atlantis Isus specifica per paziente.

L'articolo è stato pubblicato la prima volta su CAD/CAM International, n. 4, 2014.

_autore

cosmetic
dentistry



Dr. Fernando Rojas-Vizcaya, DDS,
MS Department of Prosthodontics University of North Carolina, Chapel Hill, NC, USA. Direttore del Mediterranean Prosthodontic Institute, Castellon, Spagna.

HOME

↓ CORSI ONLINE

EVENTS

Odontoiatria generale

WEBINAR REGISTRATO

CORSO GRATUITO



Aquasil ULTIMATE new impression philosophy

Dott. Mario Semenza

L'analisi della letteratura recente ci permette di comprendere che molti dei fallimenti protesici sono legati ad un cattivo trasferimento dei dati anatomici dallo studio al laboratorio. Per ottenere con costanza impronte di qualità, l'operatore dovrà conoscere appieno le caratteristiche dei materiali e gestire in modo corretto la procedura clinica.

L'impronta di precisione è uno dei momenti più importanti dei trattamenti odontoiatrici che sfruttano tecniche indirette. Per ottenere risultati ottimali è necessario conoscere le procedure cliniche e utilizzare le tipologie di materiali più adatti allo specifico caso clinico. A tale proposito, le procedure di ultima generazione possono risultare particolarmente utili.

— CORSO SPONSORIZZATO DA —

DENTSPLY
ITALIA

“No-Prep” adhesive restorations: another way to deal with aesthetic deficiencies

Author _Dr. Didier Dietschi, Switzerland

_Introduction

The use of ceramics in the form of veneers or crowns was, for a long time, considered the only satisfactory and durable solution to the aesthetic deficiencies of the smile, in young as well as adult patients. This hegemony of ceramics which, for that matter tends to linger, is favored by the dental industry

that invests significant amounts of money to promote its materials and new technologies, without always showing a lot of consideration for the biomechanics of the healthy tooth.

The sheer aesthetic criteria must, therefore, be weighed against the biological and mechanical fundamental principles of the

Figs. 1-4_Preoperative extra and intraoral views of a young patient showing bilateral diastemas, complicated by a mild fluorosis.



natural tooth in order to ensure the longevity of the restorations on one hand, and preserve the vitality and the integrity of the dental organ on the other hand. Thus, these considerations have been encouraging us for a long time to consider direct bonding techniques as a first choice alternative for the treatment of aesthetics deficiencies of the young smile especially, and in general, every time the extent of the defects allows it.¹⁻⁶

The improvement of the aesthetic properties of restorative composite materials based on the model of the natural tooth⁵⁻⁹, also permitted to make direct restorations available to everyone, since they are no longer the prerogative of gifted clinicians trained to complex stratification techniques, inaccessible to the general practitioner.

Indeed, several systems have been developed during these past ten years, building on the "Natural Layering Concept", consisting of only two basic layers (dentin and enamel) and an appropriate shade guide. The clinical protocols logically followed a simplification and an increase in reliability, which bodes well for our profession, always under economic pressure. Moreover, clinical results in the medium and long term about the use of direct composite as an aesthetic correction

material, proved to be reliable.¹⁰⁻¹² The goal of this article is, therefore, to present two clinical cases that illustrate the direct therapeutic approach and the aesthetic potential of composite systems based on the "Natural Layering Concept".

_Clinical cases

_Case 1 – Diastema closure

This first case presents a simple application of direct bonding for diastema closure in a young patient also showing a dark dentin shade, as well as a mild fluorosis especially visible on incisal edges and canine tips (Fig. 1). Given the age of the patient (15 years old), it was decided not to treat the fluorosis, which would have made whitening necessary, but also critical in view of the risks of sensitivity (Figs. 1–4). The treatment was carried out under rubber dam to ensure the quality of the bonding in the proximal areas, juxta-gingival and also for safety and comfort of work. The enamel surfaces were only prepared by sandblasting (aluminum oxide 25 µm) before phosphoric acid etching (H₃PO₄, 35–37%) for 45–60 seconds, given the fluorosis. The bonding procedure was carried out with a multicomponent system (OptiBond FL, Kerr)

Figs. 5 & 6 A direct approach has naturally been followed in this case, the restorations include a dentin shade (Body i3), an effect shade (Ice) and an enamel (Skin White, inspiro).

Figs. 7 & 8 Final intraoral views showing the good integration of the restorations.





Figs. 9-11_General views summing up the therapeutic approach and the clinical procedures carried out under a rubber dam. The aesthetic integration is facilitated by the application of a concept of bi-laminar stratification, easy to implement and predictable, ideal for the treatment of aesthetic deficiencies of the young smile.

before the direct application of the composite in two layers, plus the application of an effect shade (inspiro system, EdelweissDR).

The stratification started with a layer of dentin (Body i3, inspiro) on the distal surfaces of the upper lateral incisors and on the mesial face of the right canine. A semi-opaque-white effect shade (Ice, inspiro) applied on the dentin layer enabled to imitate the fluorosis stains and to improve the restoration mimicry; (Figs. 5 & 6). A layer of enamel (Skin White, inspiro) allowed to complete the restorations

and perfect their aesthetic integration. The "Natural Layering Concept" was followed to carry out this treatment, based on a bi-laminar application of the composite and the dentine and enamel shades, accurately imitating optical characteristics of the natural tissues (Figs. 7-11).

_Case 2 – Extensive reconstruction of the smile

The second case presents a more extensive and complex application of direct bonding, but never-theless based on the same clinical protocol. This case concerned a 17-year-old

Figs. 12 & 13_Preoperative extra and intraoral views of a young patient showing a hypoplasia of anterior teeth.





Fig. 14



Fig. 15



Fig. 16



Fig. 17



Fig. 18



Fig. 19

Figs. 14 & 15 Wax-up and intraoral resin model according to the wax-up used to confirm the aesthetic and functional configuration planned on models.

Figs. 16 & 17 Intraoperative views and restorative procedures under a rubber dam in order to control the quality of the bonding and its longevity. View of the proximal dentine set-up on the 12.

Figs. 18 & 19 View at the end of the first session showing the new anatomy of the four incisors transformed by direct technique (dentin: Body i2, effect shade: Azur, enamel: Skin White, inspiro).

patient showing a hypodontia of the four upper incisors and also a generalised mild to moderate fluorosis (Type III according to the classification of Thilstrup and Fejerskov) (Figs. 12 & 13). A preliminary orthodontic consultation had led to the recommendation of an essentially restorative solution to this problem. In addition, the relative complexity of this case suggested the preparation of a diagnostic wax-up and a guided intraoral mock-up in order to confirm the therapeutic choice and allow an aesthetic preview (Figs. 14 & 15).

The treatment was also realised under a

rubber dam, using mainly interdental matrix, a silicone key and a caliper for the control of the new dimensions and dental proportions (Figs. 16 & 17). The reconstitutions were carried out by applying three shades like for the first case (dentin: Body i2, effect shade: Azur, enamel: Skin White, inspiro) (Figs. 18 & 19). The treatment was performed over two clinical sessions for comfort reasons. Figures 20 and 21 summarise the positive aesthetic impact of the treatment, as well as the stability of the result two years later (Fig. 22).

The difference between the two cases il-



Fig. 20



Fig. 21



Fig. 22

Figs. 20-22_Final extra and intraoral views and after two years. The direct approach, without reparation, represents an unequalled therapeutic advance for the aesthetic treatment of young patients and of the smile without any other form of pathology.

illustrating the versatility of bonding lies essentially in the diagnostic phase, which was more thorough for the second treatment.

_Reliable and aesthetic results

The use of direct composites has thus become unavoidable in aesthetic dentistry in almost every treatment of the young smile and during aesthetic transformations of no or little restored teeth. This is a very positive evolution of conservative dentistry, supported by the aesthetic improvement of the materials and the simplification of clinical protocols. This article summarises the indica-

tions and advantages of the concept of the "Natural Layering". Concept' to reliable and highly aesthetic results.

Author's statement: The author declares having taken part in the development of the product used to carry out the two cases presented in this article but hasn't received any fees or royalties for this work.

Editorial note: A complete list of references is available from the publisher.

*L'articolo è stato pubblicato su
cosmetic dentistry international - n. 2, 2015.*

_author



Didier Dietschi, DMD, PhD, Privat-Docent. Senior lecturer, Department of Cariology & Endodontics, School of Dentistry, University of Geneva, Switzerland. Adjunct Professor, Department of Comprehensive Care, Case Western University, Cleveland, Ohio. Private practice & Education Center – The Geneva Smile Center, Switzerland.

*The Geneva Smile Center
2 Quai Gustave Ador 1207
Geneva Switzerland*

**cosmetic
dentistry**

Valutazione clinica dell'azione sbiancante

di un dentifricio a base di biossido di titanio con attivazione a luce led

Autori _Andrea Butera*, Marco Delgrosso*, Camilla Preda*, Gianluca Spinoglio*, Marzia Segù*, Annamaria Genovesi**, Luca Lettieri**, Chiara Lorenzi**, Giacomo Oldoini**, Norberto Roveri***, Marco Lelli***

*Università degli Studi Di Pavia, corso di laurea in Igiene dentale

**Istituto Stomatologico Toscano, Ospedale della Versilia

***Dipartimento di Chimica "Giacomo Ciamician", Università degli Studi di Bologna

La parte più esposta del nostro corpo è il viso, parla e comunica per noi ancora prima che si inizi un dialogo: il sorriso è forse il primo tra i gesti del corpo con il quale colpiamo l'essere umano che ci sta di fronte (Fig. 1).

Quando si vede un bel viso si ha una impressione di equilibrio e armonia dati dalle corrette proporzioni. Un viso può essere idealmente diviso in tre parti: il terzo superiore, dove dominano gli occhi; il terzo medio, dove domina il naso; e il terzo inferiore, dove invece troviamo il sorriso, la bocca e i denti.

L'odontoiatria estetica si occupa del raggiungimento di un equilibrio di proporzioni tra denti e bocca al fine di ottenere una dentatura sana, ben allineata e splendente. Per ottenere un sorriso più bianco possiamo avvalerci di una serie di metodiche professionali o domiciliari, in grado di rendere lo smalto più chiaro e splendente senza alterarne la struttura.

Nella nostra società, influenzata dai media, l'im-

portanza di avere un bel sorriso è fondamentale, di conseguenza a livello della grande distribuzione esiste un vero e proprio "marketing del sorriso" che si occupa di promuovere una serie di prodotti sbiancanti con caratteristiche specifiche.

_Scopo del lavoro

Considerando la crescente richiesta di sbiancamento dentale, lo scopo dello studio è stato quello di valutare la diversa efficacia dei dentifrici ad alta e bassa concentrazione, la durata del trattamento e il potere d'azione dell'acceleratore LED.

Questo prodotto contiene Actilux®, che grazie ai microcristalli si lega allo smalto dei denti durante lo spazzolamento, in modo da creare una barriera invisibile che diminuisce le cause dell'ingiallimento. La molecola Actilux® si attiva e si ricarica con la luce naturale, inoltre la luce brevettata del dispositivo LED White Shock permette un'azione sbiancante più intensa e immediata.

Al fine di valutare il reale potere sbiancante del dentifricio lo studio è stato suddiviso in tre metodiche di lavoro differenti: al primo gruppo non è stato previsto nessun trattamento domiciliare; al secondo gruppo invece è stato consegnato solamente il dentifricio sbiancante BlanX White Shock ad alta e bassa concentrazione, dove l'alta concentrazione ha il doppio di principio attivo rispetto a quello a bassa concentrazione; all'ultimo gruppo è stato inoltre aggiunto l'acceleratore LED (Tab. 1).

Lo studio è stato effettuato su pazienti che erano stati sottoposti a una seduta di igiene orale professionale almeno una settimana prima, ma non più di un mese, prima delle procedure di sbiancamento.

La valutazione del colore è stata effettuata attraverso un confronto con la scala colori Vitapan Classic

Fig. 1_BlanX White Shock.



Fig. 1

Pz	Colore Iniziale	Alta Conc.	Bassa Conc.	Colore Post Tratt.	Colore a 30 Giorni
1	A2 dx A2 sx	dx	sx	A1 dx A2 sx	A2 dx A2 sx
2	C1 dx C1 sx	dx	sx	D2 dx A2 sx	C1 dx C1 sx
3	B4 dx B4 sx	dx	sx	B3 dx B4 sx	B4 dx B4 sx
4	D2 dx D2 sx	dx	sx	B2 dx B2 sx	D2 dx D2 sx
5	B2 dx B2 sx	dx	sx	A1 dx B2 sx	B2 dx B2 sx
6	B1 dx B1 sx	dx	sx	B1 dx B1 sx	B1 dx B1 sx
7	B2 dx B2 sx	dx	sx	A1 dx A1 sx	B2 dx B2 sx
8	B3 dx B3 sx	sx	dx	B2 dx B2 sx	B3 dx B3 sx
9	C2 dx C2 sx	dx	sx	C2 dx C2 sx	C2 dx C1 sx
10	B2 dx B2 sx	dx	sx	C1 dx C1 sx	B2 dx B2 sx
11	A2 dx A2 sx	dx	sx	A1 dx A2 sx	A2 dx A2 sx
12	A1 dx A1 sx	dx	sx	A1 dx A1 sx	A1 dx A1 sx

Tab. 1

Pz	Colore Iniziale	Alta Conc.	Bassa Conc.	Colore Post Tratt.	Colore a 30 Giorni
1	C2 dx C2 sx	dx	sx	C1 dx C2 sx	C1 dx C1 sx
2	A2 dx A2 sx	dx	sx	A1 dx A2 sx	A1 dx A1 sx
3	B3 dx B3 sx	dx	sx	B3 dx B3 sx	B2 dx B2 sx
4	C2 dx C2 sx	dx	sx	C1 dx C1 sx	C1 dx C1 sx
5	B2 dx B2 sx	sx	dx	A2 dx A2 sx	A1 dx A1 sx
6	A2 dx A2 sx	sx	dx	A2 dx A1 sx	A1 dx A1 sx
7	A1 dx A1 sx	sx	dx	A1 dx A1 sx	A2 dx A1 sx
8	B3 dx B3 sx	dx	sx	B3 dx B2 sx	A2 dx A2 sx
9	A1 dx A1 sx	sx	dx	A1 dx A1 sx	A1 dx A1 sx
10	B2 dx B2 sx	sx	dx	A2 dx A2 sx	A2 dx A1 sx

Tab. 3

(Vita Zahnfabrik) dei soggetti prima del trattamento sbiancante e degli stessi a distanza di 30 giorni per valutarne il colore finale ottenuto.

Lo scopo dello studio è stato valutare la diversa efficacia dei dentifrici ad alta e bassa con-

Pz	Colore Iniziale	Alta Conc.	Bassa Conc.	Colore Post Tratt.	Colore a 30 Giorni
1	B3 dx B3 sx	dx	sx	B3 dx B3 sx	B2 dx B2 sx
2	D2dx D2sx	dx	sx	D1 dx D2 sx	D1 dx D1 sx
3	C2dx C2sx	dx	sx	C1 dx C2 sx	C1 dx C1 sx
4	A1dx A1sx	dx	sx	B1 dx A1 sx	A1 dx A1 sx
5	B2 dx B2 sx	sx	dx	A2 dx A2 sx	A1 dx A1 sx
6	A2 dx A2 sx	dx	sx	A2 dx A2 sx	A1 dx A2 sx
7	D2 dx D2 sx	sx	dx	D1 dx D1 sx	D1 dx D1 sx
8	A3 dx A3 sx	dx	sx	A2 dx A3 sx	A2 dx A2 sx
9	B2 dx B2 sx	dx	sx	A1 dx B2 sx	A1 dx B2 sx

Tab. 2

centrazione, la durata del trattamento e il potere d'azione dell'acceleratore LED.

_Materiali

Materiale utilizzato per la raccolta dati:

- cartelle clinica attualmente in uso nel reparto di Igiene dentale;
- scala valore Vita per il rilevamento del colore degli elementi dentari;
- macchina fotografica.

Materiale per la rimozione di placca e tartaro:

- ablatori a ultrasuoni;
- curette di Gracey 1/2, 7/8, 11/12, 13/14;
- scaler;
- explorer.

Materiale per lo sbiancamento delle superfici dentali:

- dentifricio senza perossidi BlanX White Shock ad alta e bassa concentrazione;
- lampada a LED (Tab. 2).

I criteri di esclusione della sperimentazione erano rappresentati da: fumo, gravidanza, trattamenti pregressi con prodotti sbiancanti professionali, utilizzo di dentifrici sbiancanti domiciliari, presenza di carie.

Tutti i soggetti dovevano aver eseguito una seduta di igiene orale professionale almeno una settimana prima, ma non più tardi di un mese, prima delle procedure di sbiancamento (Fig. 2).

Le macchie estrinseche sono state rimosse, per una valutazione più accurata del colore di base, subito prima del trattamento. Sono state effettuate foto frontali del sorriso prima del trattamento e con il

Tab. 1_Nessun trattamento domiciliare.

Tab. 2_BlanX domiciliare.

Tab. 3_BlanX e tappo led domiciliare.



Fig. 2 _Foto pre-trattamento, colore A2.
Fig. 3 _Rivalutazione a 1 mese di terapia BlanX in aggiunta a tappi LED del soggetto in Fig. 2, colore A1.

campione di confronto della scala colori (Vita). Il trattamento è avvenuto con tecnica split-mouth secondo le seguenti modalità: in modo random è stato selezionato il lato (destra e sinistra); uno da trattare con dentifricio ad alta concentrazione e l'altro a bassa concentrazione; il prodotto è stato attivato con la lampada LED per 10 minuti. Sono stati registrati: l'assegnazione del lato trattato con le diverse concentrazioni; i colori iniziali e finali; e la terapia domiciliare assegnata. In modo random per i pazienti del primo gruppo non è stato previsto nessun trattamento domiciliare.

Al secondo gruppo di pazienti selezionati casualmente è stato consegnato il dentifricio ad alta o bassa concentrazione da utilizzare 2 volte al giorno per un mese durante le manovre di igiene domiciliare quotidiana. Al terzo gruppo di pazienti è stato consegnato il dentifricio ad alta o bassa concentrazione abbinato a tappi LED domiciliari da utilizzare 2 volte al giorno per un mese durante le manovre di igiene domiciliare quotidiana.

Al trascorrere di 30 giorni i pazienti sono stati rivisti per eseguire nuove foto e registrare il colore finale ottenuto con scala colore (Vita).

_Metodi

Lo studio è stato effettuato a partire da ottobre 2014, e si è concluso a dicembre 2014 presso l'Università di Pavia e l'Istituto Stomatologico Toscano. In tutto sono stati arruolati 31 pazienti (11 di sesso maschile e 20 di sesso femminile), assegnati casualmente in 3 gruppi dello studio.

- P1: nessun trattamento domiciliare (gruppo controllo).
- P2: trattamento domiciliare con dentifricio BlanX Shock White ad alta concentrazione o BlanX Shock White a bassa concentrazione.
- P3: trattamento domiciliare con dentifricio BlanX Shock White ad alta o bassa concen-

trazione abbinato a tappo LED (Fig. 4).

- Un unico operatore, differente da chi aveva effettuato la terapia, ha valutato colore al momento della prima seduta T0 e dopo trenta giorni (T1).

_Risultati

Lo studio ha preso in considerazione 31 pazienti di età compresa tra i 18 e i 70 (12 senza alcun trattamento domiciliare, 9 con uso domiciliare di dentifricio BlanX e 10 con uso domiciliare di dentifricio BlanX associato a tappo LED) senza denti ricostruiti e devitalizzati sul gruppo frontale.

Il colore è stato registrato attraverso un confronto con la scala colori Vitapan Classic (Vita Zahnfabrik) prima, dopo e a 30 giorni dal trattamento in studio.

Dall'analisi dei dati, qui riportati in tabella, si evince come non vi siano differenze rilevanti tra le formulazioni ad alta e bassa concentrazione nei risultati dei tre trattamenti.

Tuttavia (come si osserva in Tabella 3) il trattamento domiciliare utilizzando il dentifricio BlanX White Shock in aggiunta ai tappi LED risulta il più efficace nel mantenimento, o addirittura nel miglioramento, dei risultati ottenuti in studio.

Per tutti e tre i trattamenti è stata riscontrata una generale soddisfazione dei pazienti per i risultati ottenuti in studio dopo 10 minuti di trattamento con le mascherine LED, ma solamente nei trattamenti con terapia domiciliare il miglioramento è stato apprezzato dai pazienti a distanza di un mese, in quanto senza terapia di mantenimento abbiamo assistito ad un graduale ritorno alla colorazione iniziale (Fig. 3).

_Conclusioni

Al concludersi dello studio possiamo desumere che il trattamento si è dimostrato generalmente efficace. I pazienti con trattamenti domi-

ciliari di solo dentifricio BlanX o dentifricio BlanX in aggiunta a tappi LED presentano un range di miglioramento maggiore rispetto ai pazienti senza trattamento domiciliare. Non è stata riscontrata ipersensibilità, né altri effetti collaterali in nessuno dei soggetti testati. Si consiglia, alla luce dei risultati ottenuti, di stabilire con il paziente un trattamento domiciliare, per poter ottenere i migliori risultati possibili. È sempre utile la compliance così da poter ottenere dei risultati visibili e apprezzabili e poter intervenire prontamente all'insorgere di qualsiasi problematica. Anche se a oggi non sono state riscontrate controindicazioni o effetti collaterali, si consiglia il controllo della terapia da parte dell'igienista o dell'odontoiatra.

Nel primo gruppo di pazienti, ai quali è stato somministrato solamente il trattamento in studio, si è riscontrato un margine di miglioramento dell'8,3% in un solo sito (da C2 a C1). Nel secondo gruppo, dove il trattamento prevedeva l'utilizzo domiciliare del dentifricio BlanX per 2 volte al giorno per 30 giorni, abbiamo riscontrato una variazione della tonalità nell'80% dei siti, infine si è visto che associando la luce a LED al trattamento standard domiciliare, alla rivalutazione mensile la percentuale di variazione della tonalità è pari all'88%. Da precisare che in alcuni soggetti



Fig. 4

la variazione di tonalità è pari al 100% nei siti trattati con la luce a LED rispetto al trattamento standard domiciliare nel quale il margine di miglioramento è stato del 75% dei siti.

Fig. 4_Confronto tra le due valutazioni.

*L'articolo è stato pubblicato su
Hygiene Tribune Italian Edition, luglio+agosto 2015.*

HOME

↓ CORSI ONLINE

EVENTS

Estetica

WEBINAR REGISTRATO

CORSO GRATUITO



L'occhio vede ciò che la mente conosce!

“Johann Wolfgang Goethe”

Odt. Andrea Puntoni

Da sempre ma oggi più che mai, visto che stiamo vivendo l'era della termo-pressatura, una conoscenza approfondita dell'anatomia coronale degli elementi dentali è determinante nella ricostruzione dei dettagli naturali nei restauri protesici.

L'inserimento di più dettagli anatomico naturali all'interno delle ricostruzioni protesiche fa la differenza; quanti più dettagli conosciamo e riusciamo ad inserire, tanto più ci avvicineremo alla perfezione. L'interpretazione è ciò che ci rende più distanti dalla perfezione naturale.

I dettagli fanno la perfezione e la perfezione non è un dettaglio!
“Leonardo da Vinci”

Non dobbiamo aver paura della perfezione tanto non la raggiungeremo mai!

Riabilitazione conservativa con tecnica diretta e indiretta: case report

Autore_ Irene Franchi, Italia

*Libera professionista
in Levizzano Rangone (MO)*

_Introduzione

Il composito nelle sue più recenti formulazioni (microibrido, nano particelle, nano ibrido), grazie alle sue proprietà biomeccaniche ed estetiche, è diventato il materiale più largamente usato per il restauro dei denti posteriori. Le problematiche non ancora completamente risolte sono invece legate alla contrazione da polimerizzazione e all'adesione dentinale, soprattutto nelle grandi ricostruzioni con tecnica diretta.

Questo ha portato allo sviluppo di tecniche semidirette e indirette, che prevedono la completa polimerizzazione del manufatto in composito prima della cementazione in cavità¹⁻³.

In cavità di ampie dimensioni con coperture cuspidali, infatti, trovano indicazione i restauri cementati adesivamente realizzati con tecnica indiretta.

Il vantaggio fondamentale di tali tecniche adesive risiede nella possibilità di ridurre al massimo la contrazione da polimerizzazione del materiale, che avviene al di fuori della cavità, con conseguente beneficio sull'adattamento marginale; l'unica contrazione da polimerizzazione residua, per altro scarsamente influente, sarà a carico del sottile strato di cemento resinoso utilizzato per la cementazione⁴.

Scopo del presente articolo è la scelta di un piano di trattamento misto, diretto e indiretto, e la relativa realizzazione clinica dello stesso.

_Caso clinico

Il paziente C.F., di anni 16, giunge alla nostra osservazione richiedendo una visita odontoiatrica di controllo. L'anamnesi negativa per patologie sistemiche importanti presenti e pregresse; non fumatore, riferisce un'igiene orale abbastanza accurata.

All'esame obiettivo si reperta la presenza di evidenti lesioni cariose interessanti gli elementi 4.7, 4.6, 3.7, 1.7, 2.7, 2.6. Gli elementi 3.7 e 4.7 sono parzialmente erotti con presenza di ipertrofia distale (Figg. 1a, 1b). Considerata l'età, viene posto il dubbio sulla possibile disodontiasi degli ottavi inferiori.

Vengono effettuate due radiografie bite-wing per osservare radiograficamente l'entità dell'estensione delle patologie cariose in atto: si evince ampia lesione cariosa a carico di 1.6, 1.7 e 4.6, lesioni cariose di medie entità a carico di 1.7, 1.5, 4.7, 4.5, 4.4, 3.7, 3.5 (Figg. 2a, 2b). La disodontiasi degli ottavi inferiori viene confermata attraverso esame ortopantomografico (Fig. 2c). Il piano di trattamento di questo caso clinico potrebbe essere basato o su ricostruzioni dirette su tutti



Fig. 1a

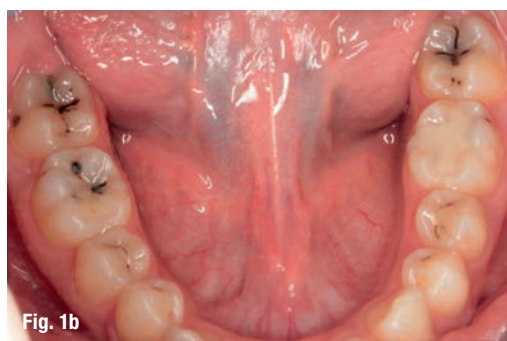
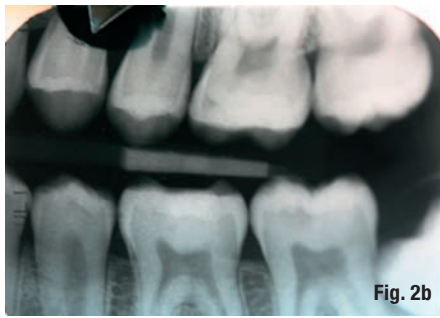
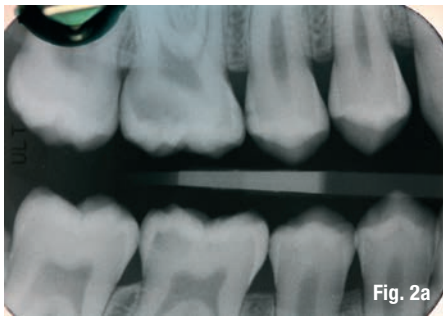


Fig. 1b

Figg. 1a, 1b_ Il paziente, C.F., di anni 16, giunge alla nostra osservazione richiedendo una visita odontoiatrica di controllo.



Figg. 2a-c _Esame radiografico tramite bite-wing (2a, 2b) e OPT (2c).

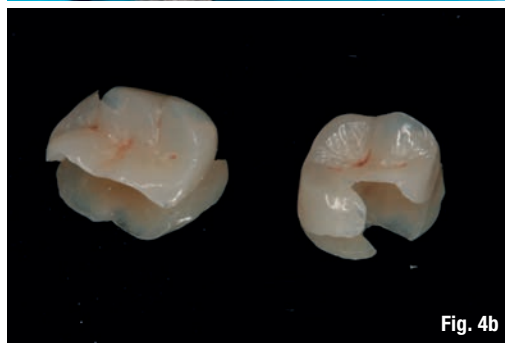
gli elementi affetti da lesione cariosa o, come da noi effettuato, su ricostruzioni indirette sugli elementi 1.7, 1.6, 4.6 e da ricostruzioni dirette sulle restanti.

Si è optato per questa soluzione in quanto la sostanza sana residua dentale degli elementi 1.6, 1.7, 4.6 risultava scarsa già all'indagine radiografica: l'adattamento marginale, l'occlusione e la modellazione anatomica sarebbero stati più predicibili con un manufatto realizzato per via indiretta rispetto a quello effettuato per via diretta. Si procede con l'isolamento del campo operatorio per settori. All'esame obiettivo del primo quadrante, previo isolamento sotto diga di gomma, si nota come l'anatomia dentale degli elementi sia perfettamente mantenuta nonostante le destruenti lesioni cariose evidenti solo tramite radiografie endorali (Figg. 3a, 3b). Dopo aver aperto la cavità si prosegue con la toilette completa della cavità, si valutano gli spessori delle pareti vestibolari e linguali che devono essere di almeno 1,5 mm. Le pareti con uno spessore inferiore vengono tagliate abbassandole di 2 mm (Figg. 3a, 3b, 4). Si eseguono quindi le procedure adesive e si applica una base di composito; la dentina è meglio ricoprirla con un leggero strato di composito fluido di circa 0,5 mm e quindi si pro-

segue con il composito di normale viscosità (Fig. 4a). Per ogni piccolo incremento si effettua la polimerizzazione, infine, si prepara la cavità: la preparazione dei margini è netta e assolutamente priva di biselli (Fig. 4b). Si procede, poi, con l'impronta intraoperatoria in materiale polietere, applicazione di materiale provvisorio al di sopra degli elementi trattati.

Dopo circa 3 giorni, sempre sotto isolamento del campo operatorio, si effettua la cementazione con materiale composito (Fig. 5):

- pulizia della cavità con paste da profilassi senza fluoro, oppure con l'uso di bicarbonato diffuso a pressione con acqua e aria con apposito diffusore;
- l'intarsio viene provato valutandone la passività, la precisione e il punto di contatto;
- la superficie interna dell'intarsio viene sabbiata con allumina a 50 micron al fine di assicurare una buona adesione del cemento; viene poi silanizzata e ricoperta di uno strato di bonding non polimerizzato;
- la superficie dentale viene trattata con mordenzante, adesivo e bonding non polimerizzato;



Figg. 3a, 3b _Si inizia con l'isolamento del campo operatorio con diga di gomma. Come si può ben vedere dalle immagini gli elementi 1.7 e 1.6 mantengono inalterata l'anatomia, ma i solchi sono coinvolti da un'importante patologia cariosa (3a), rimossa la quale si nota come le cuspidi e la sostanza dentale residua siano scarse (3b).

Figg. 4a, 4b _Build-up degli elementi interessati (4a) e il confezionamento di due intarsi in composito (4b) previa impronta di precisione e applicazione di provvisorio in resina foto polimerizzabile.

Fig. 5 _ Visione intraorale appena terminata la cementazione dei manufatti indiretti.



- il cemento che può essere chimico, duale o composito da otturazione foto polimerizzabile (quello da noi utilizzato) viene inserito nella superficie dell'intarsio; si rimuovono gli eccessi e si polimerizza; in questo caso si utilizza lo stesso composito utilizzato nella realizzazione dei manufatti diretti previo riscaldamento all'interno dell'apposito fornello al fine di renderlo fluido (Figg. 6a, 6b);
- si lucida l'intarsio.

Nel settore 2, invece, si procede con la rimozione della patologia cariosa, estremamente distruttiva nel caso dell'elemento 2.6 a tal punto da rischiare di compromettere la vitalità pulpare (si noti l'esposizione del cornetto pulpare). Siccome non vi era sanguinamento pulpare si è optato per una ricostruzione indiretta senza ricorrere alla terapia canalare (Figg. 6a, 6b, 8, 9a, 9b). A distanza di due mesi l'elemento dentale ha perso la sua vitalità pulpare e si è ricorsi alla terapia endodontica mediante una cavità di accesso occlusale minimamente invasiva, senza effettuare il rifacimento del restauro indiretto (Figg. 17a, 17b, 18a, 18b).

Si è preparato l'elemento dentario con una cavità adeguata di configurazione e geometria: pareti divergenti, lisce e ben definite, angoli interni arrotondati, finitura dello smalto e margini sopragengivali⁷.

Anche in questo caso è stato necessario effettuare il build-up. Gli elementi 2.4 e 2.5 vengono ricostruiti con tecnica diretta (Figg. 7a, 7b). Più compromessa a livello dei margini interprossimali è stata la situazione nel settore 4, in particolare modo dell'elemento 4.6: a livello distale ci trovavamo border line, ovvero a rischio di dover effettuare interventi parodontali per ottenere margini sopragengivali. L'elemento 4.6 è stato preparato per un manufatto indiretto; il 4.7, che preservava le cuspidi e aveva una lesione interprossimale mesiale è stato ricostruito con tecnica diretta (Figg. 10-12). Gli elementi 4.4 e 4.5 sono stati ricostruiti direttamente in quanto la sostanza residua presente è sufficiente per un restauro diretto (Fig. 13a, 13b).

Nel settore 3, invece, si sono realizzati dei restauri diretti sugli elementi 3.7, 3.6, 3.5 e 3.4.

I materiali utilizzati per realizzare questo caso clinico sono gli ENAMEL HRI Function, sistema smalto-composito per ripristinare la funzione in modo micro invasivo rispettando il sistema neuromuscolare e ottenendo un'ottima integrazione estetica. Sono masse soggette a bassa abrasione che si avvicinano a quella degli smalti naturali (Fig. 16).

Discussione

L'odontoiatria ricostruttiva ha come compito il raggiungimento di alcuni obiettivi fondamentali quali: diagnosi della o delle lesioni; eliminazione della o delle lesioni; ripristino anatomico e funzionale dei tessuti asportati o mancanti; protezione della polpa; garanzia di un risultato esteticamente conveniente; mantenimento del risultato ottenuto con manovre di igiene domiciliari semplici; e prevenzione della malattia cariosa e parodontale⁸.

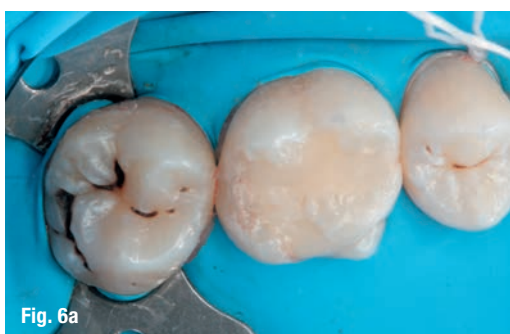


Fig. 6a



Fig. 6b

Figg. 6a, 6b _ Isolamento del campo operatorio del quadrante 2: l'elemento 2.6 è affetto da patologia cariosa al di sotto del precedente manufatto ed estremamente a rischio di compromissione pulpare.

Figg. 7a, 7b _ Sugli elementi 2.4 e 2.5 vengono effettuate delle ricostruzioni dirette.

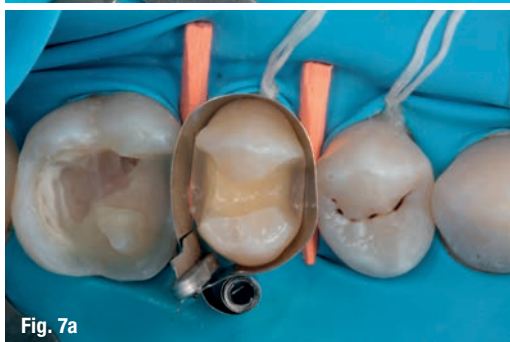


Fig. 7a



Fig. 7b

I restauri di seconda classe con margini cervicali profondi e ampia perdita di sostanza, in genere implicano, nella fase restaurativa, tre differenti problematiche¹:

- importante perdita di sostanza dentale;
- chiusure marginali cervicali parzialmente o totalmente in assenza di smalto;
- margini cervicali subgingivali.

Secondo la classificazione proposta dalla scuola di Ginevra nel 1994, le resine composite possono essere utilizzate nei settori posteriori con differenti tecniche: diretta, semidiretta e indiretta^{1,5}.

La scelta della tecnica è dettata da differenti parametri:

- generali (igiene orale, cario recettività, para-funzioni, età, esigenze estetiche);
- locali (dimensione e disegno della cavità, numero dei restauri, posizione dei margini, quantità di smalto residuo a livello cervicale, posizione del dente in arcata).

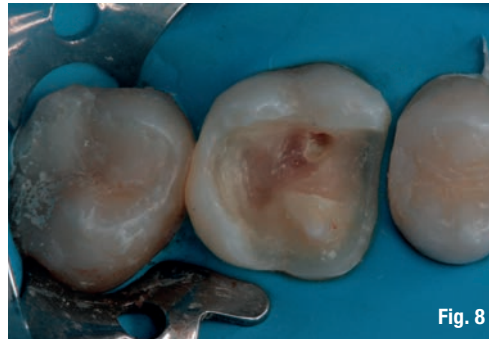


Fig. 8 Ricostruzione diretta di 2.7. L'elemento 2.6 è affetto da patologia cariosa distruttiva con perdita cuspidale e lieve coinvolgimento del cornetto pulpare.

Le tecniche dirette sono indicate in caso di restauri di prima e seconda classe di piccole e media dimensioni con presenza di smalto a livello cervicale1.

È evidente che suddette condizioni raramente si riscontrano nelle lesioni cariose che si estendono a livello subgingivale. Mediamente, questi ultimi casi sono associati a cavità di ampie dimensioni, spesso con necessità di ricoprimento cuspidale con conseguenti problemi relativi a stress da contrazione.

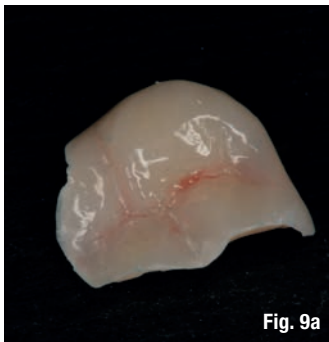


Fig. 9a



Fig. 9b



Fig. 10

Figg. 9a, 9b Cementazione del manufatto indiretto di 2.6 sotto isolamento del campo operatorio.

Fig. 10 Isolamento del campo operatorio del settore 4.

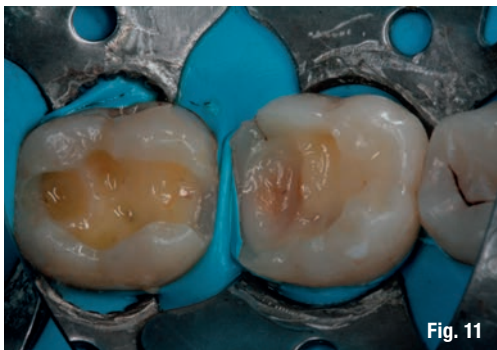


Fig. 11

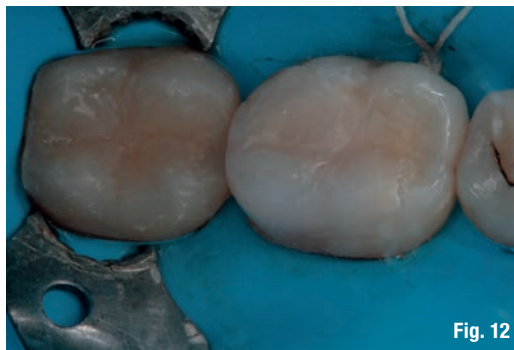
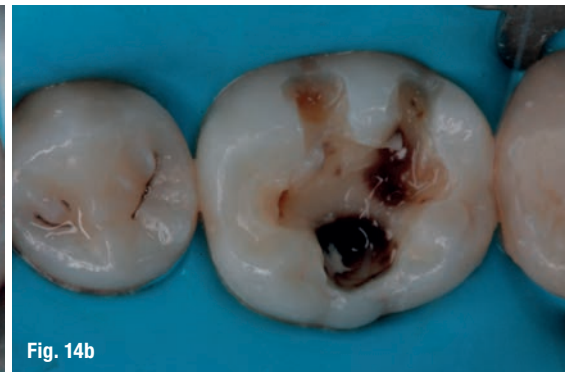
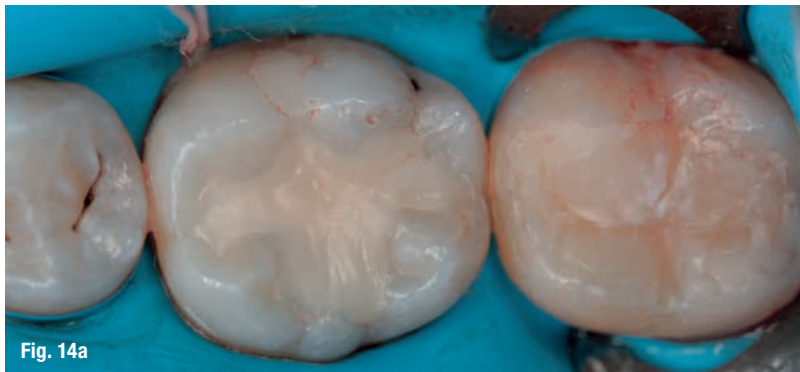


Fig. 12

Fig. 11 Rimozione della patologia cariosa degli elementi 4.6 e 4.7 con compromissione cuspidale di quest'ultimo e margini cervicali al limite con l'ampiezza biologica per poter cementare un manufatto indiretto.

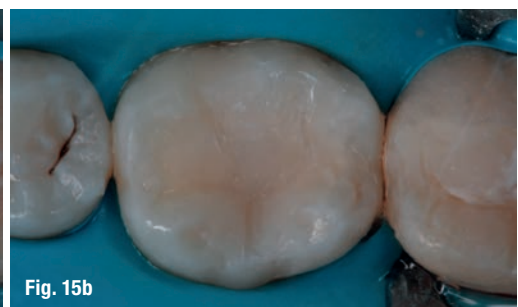
Fig. 12 Cementazione manufatto indiretto di 4.6 e ricostruzione di 4.7 diretta.

Figg. 13a, 13b_Ricostruzione diretta degli elementi 4.5 e 4.4.



Figg. 14a, 14b_Isolamento del campo dell'elemento 36 (14a), apertura della cavità (14b).

Figg. 15a, 15b_Completa rimozione della patologia cariosa (15a) e ricostruzione diretta (15b).



Gli effetti dello stress da polimerizzazione sono evidenti a due livelli:

- a_ in corrispondenza delle cavità, con possibilità di distorsioni o microfrazioni delle pareti stesse;
- b_ a livello dell'interfaccia adesiva marginale o interna⁶.

Inoltre, il trattamento foto-termico a cui viene sottoposto il manufatto, migliora il grado di conversione e, di conseguenza, le proprietà fisico-mecchaniche del restauro (resistenza all'usura⁷ e stabilità dimensionale⁸). Altri vantaggi di tali tecniche riguardano la possibilità di modellazioni anatomiche ideali e

riabilitazioni occlusali verificate in articolatore.

Risulta evidente l'importanza di valutare la resistenza all'usura e la durata media dei restauri al fine di poterli utilizzare per restauri estesi degli elementi dentali con ricoprimenti di una o più cuspidi.

Il miglioramento degli adesivi smalto-dentinali, insieme a una minore contrazione da polimerizzazione, consente di ottenere una buona qualità marginale stabile nel tempo limitando in maniera significativa la microinfiltrazione^{9,10}. Il miglioramento delle proprietà chimico-fisiche e una migliore polimerizzazione hanno aumentato in maniera netta la resistenza all'usura¹¹ e almeno nel caso di restauri di media dimensione il problema sembra definitivamente risolto¹².

Alla fine degli anni Ottanta, si pensava che la tecnica indiretta fosse migliore della tecnica diretta in quanto favoriva un migliore adattamento marginale e una riduzione della microinfiltrazione in qualsiasi situazione clinica: dalla cavità media alla cavità più complessa e grande. Iida e collaboratori¹³ hanno dimostrato che il comportamento a lungo termine di restauri diretti e intarsi è sovrapponibile. Spreafico e collaboratori¹⁴ dimostrarono che nel caso di cavità medie non esiste differenza per quanto riguarda la



Fig. 16_I compositi vengono inseriti nell'apposito fornetto (Ena Heat, Micerium, Avegno, Genova).

durata e la qualità marginale fra restauri diretti e inlay.

Van Dijken¹⁵ afferma che quando a livello del gradino cervicale lo smalto è completamente assente gli intarsi prevengono l'infiltrazione marginale meglio delle otturazioni anche nei pazienti ad alto rischio di carie. Il risultato di questi miglioramenti è una longevità dei restauri davvero soddisfacente a lungo termine¹⁵⁻¹⁷.

Conclusioni

— I restauri diretti sono indicati per il restauro di

cavità piccole e medie¹⁸;

- i restauri indiretti sono indicati per il restauro di cavità molto ampie e soprattutto se una o più cuspidi sono mancanti;
- nel caso in cui lo smalto a livello cervicale sia ridotto o completamente assente i restauri indiretti sono da preferire a quelli diretti;
- nel caso in cui nello stesso quadrante vi fossero cavità medio-grandi e multiple la tecnica indiretta è più appropriata per ottenere un'anatomia adeguata.



Fig. 17a



Fig. 17b

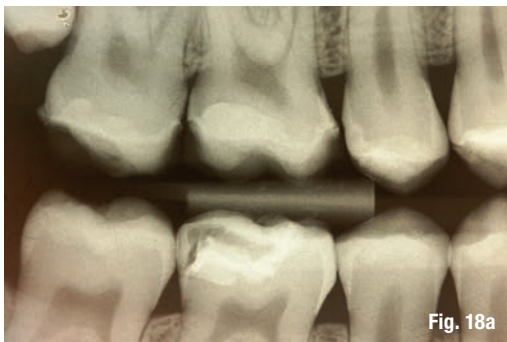


Fig. 18a

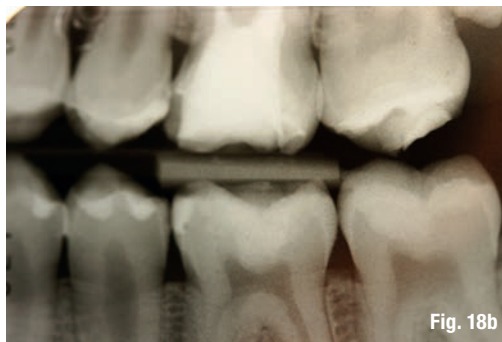


Fig. 18b

Figg. 17a, 17b _Visione occlusale delle arcate riabilite con restauri diretti e indiretti mediante l'utilizzo dello stesso materiale composito (Enamel Hri Function, Avegno, Genova).

Figg. 18a, 18b _Bite-wing di controllo post-restauri. Il materiale resinoso utilizzato per la cementazione dei manufatti indiretti è il medesimo di quello utilizzato per il confezionamento dei restauri indiretti.

_bibliografia

cosmetic
dentistry

1. M. Veneziani Restauri adesivi dei settori posteriori con margini cervicali sub gengivali: nuova classificazione e approccio terapeutico differenziato Il Dentista Moderno 2008, anno XXVI, numero 10, ottobre 2008: 44-86.
2. D'Arcangelo C., Vanini L., Casinelli M. Adhesive cementation of indirect composite inlays and onlays: a literature review. Compend Contin Educ Dent 2015 sep; 36 (8):570-8.
3. Dietschi D., Spreafico R., Adhesive metal-free restorations: current concepts for the aesthetics treatment of posterior teeth. Berlin: Quintessence Publishing Co Inc, 1997.
4. Wendt SL., Leinfelder KF., The clinical evaluation of heat treated composite resin inlay J Am Dent Assoc 1990;120:177-181.
5. Odontoiatria Restaurativa procedure di trattamento e prospettive future Masson 2009, capitolo 10, pagina 533.
6. Opdam NJM, Roeters JM., Burgersdisk RCW Microleakage of class II box-type composite restorations Am J Dent 1998;11:160-164.
7. De Gee AJ., Palla VP, Werner A., Davidson CL., Annealing as a mechanism of increasing wear resistance of composite Dent Mater 1990;6:266-70.
8. Ferracane JL., Mitchem JC., Condon JR., Todd R., Wear and marginal break down of composites with various degrees of cure J Dent Res 1997;76:1508-16.
9. Perdigo J, Frankenberger R., Rosa BT., Breschi L., New trends in dentin/esame adhesion. Am J Dent 2000Nov; 13 (special issue): 25D-30D.
10. Lopes GC., Baratieri LN., de Andrada MA., Viera LC., Dental adhesion: present state of the art and future perspectives Quintessence Int 2002 Mar; 33(3):213-224.
11. Spreafico RC., Roulet JF., Posterior composite restorations: direct or indirect technique In Roulet JF., Kappert HF, eds. Statements: diagnostics and therapy in dental medicine today and in the future. Quintessence, London 2009:69-80.
12. Ferracane JL. Is the wear of dental composites still a clinical concern? Is there still a need for in vitro wear simulating devices? Dent Mater 2006 Aug; 22(8):689-692. Epub 2006 Mar 24.
13. Iida K., Inokoshi S., Kurosaki N., Interfacial gaps following ceramic inlay cementation vs direct composites. Oper Dent 2003 jul-aug;28 (4):445-452.
14. Spreafico RC., Roulet JF., Composite Layering. In Roulet JF, Vanherle G, eds. Adhesive technology for restorative dentistry. Quintessence, London 2005;11-26.
15. van Dijken JW., Direct resin composite inlay/onlays: an 11 year follow up. J Dent 2000 jul; 28(5): 299-306.
16. Pallesen U., Qvist V., Composite resin fillings and inlays. An 11-year evaluation. Clin Oral Investig 2003 jun; 7(2):71-79, Epub 2003 may 10.
17. Opdam NJ., Bronkhorst EM., Roeters JM., Loomans BA., A retrospective clinical study on longevity of posterior composite and amalgam restorations. Dent Mater 2007 jan; 23(1):2-8. Epub 2006 jan 18.
18. AIC - Accademia Italiana di Conservativa-Odontoiatria Restaurativa. Procedure di trattamento e prospettive future, Masson, Coordinamento Scientifico Franco Brenna, autori: F. Brenna, L. Breschi, G. Cavalli, W. Devoto, G. Dondi dall'Orologio, P. Ferrari, A. Fiorini, M. Gagliani, F. Manfrini, G. Manfrini, P.A. Marcoli, L. Massai, A. Monari, M. Nuvina, M. Oddena, M. Palazzo, D. Panseccchi, S. Patroni, G. Prando, C. Robello, R. Spreafico, C. Tinti, M. Veneziani.

Fonti luminose in odontoiatria

*Importatore e distributore
esclusivo per l'Italia:
DenMat Italia Srl
Via S. Andrea 73
84081 Baronissi (SA)
Tel.: 089.9331021
Fax: 089.9331022
www.denmatitalia.it
lumineers@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 che 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 sbiancamento. Il fascio luminoso di potenza 2400 mw/cm² (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.



PeriOptix™



Perchè gli occhialini ingranditori non vengono usati da tutti i dentisti?

Pesano?

Sono scomodi?

Non sono sufficientemente luminosi?

Costosi?

Non hanno una buona profondità di campo?

PeriOptix è la risposta a tutto ciò

Perchè utilizzare occhialini ingranditori?

Per proteggersi da dolori al collo, mal di schiena, affaticamento della vista ed avere una migliore acuità visiva consentendo una diagnosi più corretta ed una chirurgia più precisa.

Perchè usare gli occhialini PeriOptix?

Perchè sono leggerissimi, esistono in tutte le opzioni di rapporto ingrandimento/campo visivo/profondità di campo, hanno un design accattivante ed innovativo, ottimo sistema di illuminazione, sono pronta consegna ed hanno il miglior rapporto qualità prezzo sul mercato. Vengono realizzati negli USA.

Distributore esclusivo per l'Italia

DenMat Italia srl

Via S. Andrea, 73 • 84081 • Baronissi (SA)
Tel. +39 089 9331021 • Fax +39 089 9331022
www.denmatitalia.it • info@denmatitalia.it

DentinPost X Coated KOMET

per restauri estetici

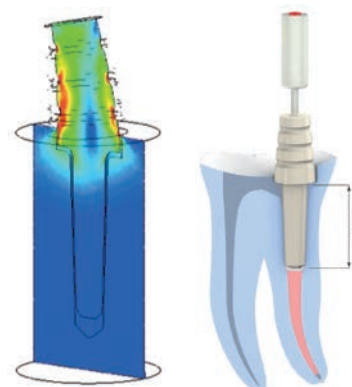
KOMET Italia srl
via Fabio Filzi, 2
20124 - Milano
Tel.: 02.67076654
info@komet.it
www.komet.it

DentinPost X Coated è un perno in fibre di vetro con una testina ritentiva per restauri estetici anche di denti con forte distruzione coronale. Una caratteristica peculiare è il rivestimento superficiale di silicato, silano e polimero che garantisce una ritenzione fisico-chimica eccellente con il cemento di fissaggio. Per non rovinare con le dita il rivestimento plurimo durante le manovre di fissaggio del perno, ci si avvale del manico, che si stacca dopo l'inserimento del perno.

I perni DentiPost X Coated sono lunghi solo 6 mm, ma grazie al rivestimento presente sulla superficie del perno, l'adesione fisico-chimica con il materiale di cementazione è assicurata. In seguito alle analisi agli elementi finiti eseguite su denti ricostruiti con perni DentinPost X Coated, si notano tensioni solo a livello coronale, in una zona ben distante del terzo mediano e apicale. Da questo punto di vista, DentinPost X Coated non creerà mai problemi di indebolimento della radice.

I perni DentiPost X Coated di 6 mm di lunghezza sono disponibili in due misure distinguibili tramite codice colore. Per la preparazione della sede del perno c'è a disposizione una fresa calibrata e, per chi lo desidera, uno strumento diamantato per l'irruvidimento controllato delle pareti del canale.

Un pratico kit iniziale contiene perni e frese calibrate. In seguito sarà possibile ordinare separatamente i singoli componenti.


[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.

Enamel plus HRi FUNCTION

il composito più resistente del mercato

Dopo aver rivoluzionato, con il dr. Lorenzo Vanini, l'estetica dei compositi con Enamel Plus HFO e aver inventato l'unico composito con indice di rifrazione uguale allo smalto naturale con Enamel Plus HRi, adesso MICERIUM rivoluziona la terapia dell'occlusione introducendo sul mercato Enamel Plus Function, l'unico composito con caratteristiche meccaniche e funzionali identiche all'oro e simili allo smalto naturale.

Enamel Plus HRi Function è il sistema smalto-composito ideale per ripristinare la funzione rispettando il sistema neuro-muscolare e ottenendo una perfetta integrazione estetica. Le masse smalto Enamel Plus HRi Function, disponibili in tre colori (EF1 basso valore, EF2 medio valore, EF3 alto valore), sono caratterizzate da una abrasione simile a quella dello smalto naturale, molto più bassa rispetto a quella di tutti gli altri compositi; quindi sono ideali per settori poste-

riori sia con tecnica diretta che indiretta, e molto più biocompatibili delle ceramiche quando utilizzati per riabilitazioni protesiche, grazie al fatto che riescono a mantenere inalterato l'equilibrio occlusale del paziente.

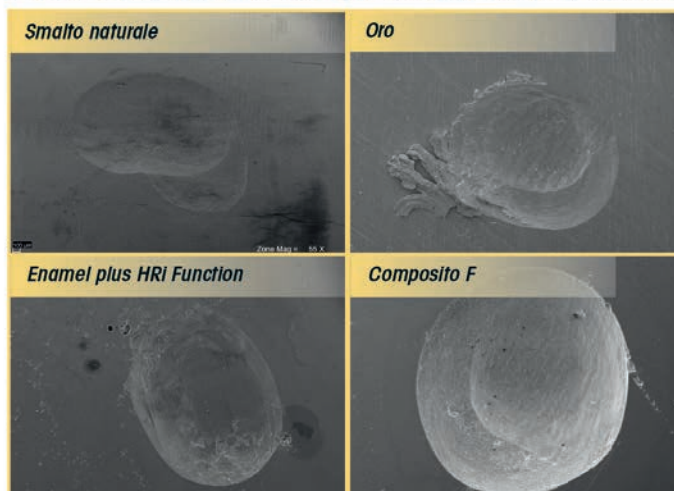
Enamel Plus HRi Function è il composito con il più alto indice di resistenza alla compressione (460 MPa), superiore anche a quello dell'amalgama.

Le caratteristiche fisiche del prodotto aumentano ulteriormente quando utilizzato nella tecnica indiretta, che consente una più completa polimerizzazione del materiale.

Le foto al microscopio mostrano come lo smalto Function abbia un indice di abrasione molto simile a quello dell'oro e dello smalto naturale e di gran lunga inferiore a quello del composito "F", che è risultato il migliore tra tutti quelli testati all'Università di Chieti dal prof. Camillo D'Arcangelo.

*Micerium S.p.A
Via Marconi, 83 – 16036 Avegno (Ge)
Tel.: 0185.7887870
micerium@micerium.it
www.micerium.it*

Faccette di usura dopo 120.000 cicli con chewing machine





Chirurgia estetica: un test psicologico per guidare i pazienti

Con un ritocchino al naso aumenterà la mia autostima? Se mi rifaccio il seno la mia vita migliorerà? L'Associazione italiana di Chirurgia plastica estetica (AICPE), in collaborazione con il Center of Appearance Research (CAR) di Bristol, sta mettendo a punto un questionario per i pazienti da compilare prima della visita con lo scopo di aumentare la consapevolezza del paziente.

Non bisogna dare per scontato che un intervento di chirurgia plastica, per quanto ben riuscito, porterà il paziente a essere soddisfatto: capita molto spesso, infatti, che alla base della decisione di operarsi ci siano motivazioni sbagliate e aspettative irrealistiche. Grazie a un breve test, che il paziente potrà compilare in pochi minuti prima della visita, il chirurgo plastico avrà a disposizione importanti indicazioni sul profilo psicologico del paziente, che lo aiuteranno a capire se l'esito del possibile intervento soddisferà o meno il paziente. L'iniziativa rientra in un progetto che vede l'Associazione italiana di Chirurgia estetica (AICPE) partner del CAR (Centre of Appearance Research) di Bristol, un ente di ricerca sui disturbi derivanti da problematiche legate alla sfera estetica. Il risultato è un questionario chiamato RoFCAR (da "Royal Free Hospital" di Londra e "Centre of Appearance Research" di Bristol), composto da 10 domande, di cui 9 a risposta multipla e 1 a risposta aperta.

«Cresce l'interesse delle persone per l'aspetto fisico e aumenta il numero dei pazienti che si rivolgono al chirurgo plastico. Non possiamo non preoccuparci sempre di più del "benessere globale" del paziente, comprendendo anche il suo benessere psicologico», afferma il vicepresidente di AICPE, Luca Siliprandi. «Ci sentiamo onorati del fatto che il CAR di Bristol abbia scelto AICPE come partner per la validazione italiana del questionario, uno strumento che mira a migliorare la soddisfazione dei pazienti».

La validazione del questionario è al centro di un progetto europeo che, oltre all'Italia, coinvolge Austria, Norvegia e Ungheria. Per il nostro Paese, il centro pilota è Padova, e Francesca Nobile, psicologa e psicoterapeuta di Clinica Cittàgiardino, è la referente del progetto: «Le domande indagano un range di fattori psicologici associabili ai motivi che spingono le persone a sottoporsi a un intervento di chirurgia estetica», spiega la dottoressa Nobile. «Grazie al test, il chirurgo disporrà immediatamente di importanti indicazioni riguardo le motivazioni e le aspettative del paziente, che gli saranno utili per decidere se programmare o meno l'intervento». Una novità per il settore: in precedenza esistevano solo test lunghi e articolati, di difficile fruizione.

L'obiettivo dell'iniziativa è aumentare la consapevolezza del paziente e quindi la sua soddisfazione e individuare pazienti con aspettative irrealistiche, da non operare. Al momento, il test RoFCAR è in fase di validazione: in Italia è utilizzato dalla Clinica Cittàgiardino, a Padova, già da alcuni mesi: «Abbiamo somministrato un centinaio di test» - riferisce Siliprandi - «quasi tutti i pazienti non hanno presentato criticità. Per pochi invece, il risultato del RoFCAR ha suggerito l'indicazione ad approfondimenti con lo psicologo, a seguito dei quali ad alcuni è stato negato l'intervento, che in nessun caso avrebbe potuto giovare alla loro serenità».

Il RoFCAR, dunque, compilabile velocemente dai pazienti prima della visita, consentirà ai chirurghi di evidenziare possibili criticità riguardo l'intervento chirurgico richiesto. In conclusione, lo scopo è diffondere l'utilizzo del test a tutti i chirurghi AICPE, a beneficio della consapevolezza e della soddisfazione dei pazienti.

[_Surgical Tribune Italia](#)

Conferito a un italiano il prestigioso Trofeo anti-aging & beauty 2015-2016

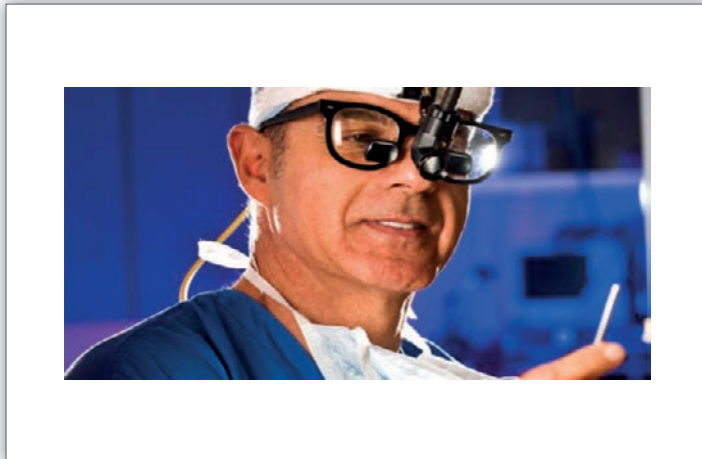
È l'italiano Renato Calabria, nato a Bolzano, il chirurgo estetico che si è aggiudicato l'ambitissimo III Trofeo anti-aging & beauty 2015-2016, consegnato nel suggestivo Palazzo dei Congressi di Parigi. Il premio è uno dei più importanti riconoscimenti europei per la medicina e la chirurgia estetica e anti-età, ed è stato assegnato da AMEC per il terzo anno.

Il Congresso europeo di medicina estetica e anti-età, importante e rinomato appuntamento del settore – perché il più grande e interattivo d'Europa – raduna i migliori chirurghi plastici e medici estetici provenienti da tutta Europa, e non solo.

Il comitato scientifico che ha assegnato il prestigioso riconoscimento è stato composto dai più importanti esperti chirurghi plastici, medici estetici, dermatologi e biologi professionisti provenienti da tutto il mondo, tra cui il chirurgo plastico francese Laurent Benadiba, la dermatologa indiana Chytra Anand, la biologa francese Patrizia D'Alessio.

Dopo un'accurata selezione, la giuria specialistica ha premiato il dottor Renato Calabria, docente presso il Department of Plastic Surgery at the University of Southern California, e noto chirurgo di molte star di Hollywood e dive tra Beverly Hills, Milano e Roma, nonché vincitore del premio Bisturi d'oro 2014 di Monaco. Grazie al suo lavoro, riconosciuto come miglior caso clinico in chirurgia di ringiovanimento del viso, il medico italo-americano si è aggiudicato il III Trofeo anti-aging & beauty 2015-2016, che rappresenta anche un importante step per la conquista del prossimo Bisturi d'oro 2016 di Monaco.

Calabria, nominato tra gli America's Top



Plastic Surgeons dalla Guida dei migliori chirurghi plastici d'America, è nato in Italia con laurea in Medicina presso l'Università degli Studi di Padova, per completare successivamente la sua formazione professionale negli USA; si è detto onorato ed entusiasta di questo importantissimo riconoscimento: «Ricevere il III Trofeo anti-aging & beauty è per me motivo d'orgoglio e di immenso piacere, un riconoscimento per tutto il lavoro che ho svolto durante questi anni, un premio per l'impegno e la passione che da sempre metto in questa bellissima professione. Naturalmente, il mio obiettivo è da sempre fare delle tecniche della chirurgia plastica una vera e propria arte».

Il luminare, che si definisce "cittadino del mondo" dalla doppia cittadinanza italiana e americana e che è uno dei chirurghi estetici preferiti dalle star del cinema, non dimentica le sue origini e aggiunge: «Dedico questo premio alla mia città, alla mia regione e al mio Paese. Che sia da stimolo per tutti quei giovani ragazzi che intraprendono la professione e che spesso decidono di andare all'estero per affermarsi, per trovare un posto che sia all'altezza della propria formazione e delle proprie ambizioni. Questo premio è un orgoglio per la comunità scientifica e per l'università italiana dove mi sono formato».

_Surgical Tribune

L'impianto di acido ialuronico nella regione labiale e periorale

Autore _Piero Notarrigo

_Il volume intitolato *L'impianto di acido ialuronico nella regione labiale e periorale*, che definirei meglio come atlante o manuale, trae origine da un corso pratico che ho tenuto presso il mio ambulatorio. Vengono infatti esposti alcuni casi clinici con un percorso attento alla progressione didattica delle difficoltà. Il testo è ricco di immagini che rappresentano una sorta di flow-chart dei vari momenti dell'incontro con il paziente: la visita, la condivisione del tipo di trattamento da effettuare, le tecniche iniettive utilizzate, il risultato finale. Per restare fedele a questa linea editoriale, anche i capitoli iniziali che riguardano l'anatomia e la vascularizzazione delle labbra e dell'area periorale, sono stati trattati utilizzando immagini reali di volti di pazienti.

Questo atlante ha quindi una spiccata finalità pratica rimandando ad altri volumi eventuali approfondimenti riguardanti le caratteristiche chimico-fisiche dell'acido ialuronico e la review della letteratura scientifica internazionale.

Grazie all'esperienza sul campo risalente dalla fine degli anni Novanta, quando l'acido ialuronico iniziò ad essere utilizzato a fini estetici, e in seguito all'esperienza maturata come docente presso i master di Medicina estetica delle Università degli Studi di Parma e della Repubblica di San Marino, ho cercato

di trasmettere in questo atlante i "fondamentali", le tecniche di base per il neofita che intende affrontare in modo corretto, prudente e con una giusta progressione di difficoltà, l'impianto di acido ialuronico nelle labbra e nella regione periorale.

Il collega più esperto spero potrà trovare momenti di riflessione attraverso il confronto tra il proprio metodo di interazione con il paziente e quanto proposto in questa pubblicazione. Una sorta quindi di "peer review". Le tecniche di base presentate vengono applicate ai casi dapprima più semplici, come la riduzione dei solchi naso-labiali e delle "rughe della marionetta", in modo da prendere confidenza con la consistenza del prodotto, la pressione necessaria sullo stantuffo della siringa, la quantità di prodotto da utilizzare, la resistenza incontrata durante la penetrazione dell'ago, la gestione delle reazioni dei pazienti. Successivamente si potrà affrontare l'incremento del tono e del turgore delle labbra utilizzando però un prodotto leggero che ci potrà perdonare eventuali errori. Solo in un'ulteriore fase successiva, rispettando quindi una fisiologica curva d'apprendimento, si potrà affrontare un incremento del volume delle labbra rispettando ed evidenziando i punti critici quali il bordo del vermiglio, l'aumento armonico del vermiglio, l'arco di Cupido, il tubercolo. È un percorso che necessariamente sarà lento e graduale ma che alla fine ci darà le giuste soddisfazioni rappresentate dai complimenti e dallo sguardo entusiasta del paziente!

Quando il dott. Martina mi ha inviato la bozza dell'opera del dott. Notarrigo subito mi sono detto: «Forse non sono la persona più indicata». Poi ho letto con attenzione e mi hanno colpito il garbo e le precise indicazioni per i trattamenti. In un momento dove l'"over treatment" regna sovrano in ogni disciplina odontoiatrica, quest'opera mantiene una impostazione conservativa e nello stesso tempo dà alcune risposte a quanti si vogliono avvicinare alla disciplina. Non bisogna mai dimenticare la prima delle regole della medicina: primum non nocere.

Buona lettura a tutti!

_prof. Angelo Putignano

Per informazioni e ordini contattare
Tueor Servizi Srl
Tel: 011.3110675
E-mail: loredana.gatto@tueorservizi.it



Il trattamento dell'alveolo post-estrattivo

TECNICHE DI ESTRAZIONE DENTARIA

Marco Mozzati Luca Mela Valentina Arata



L'estrazione dentale è la pratica di chirurgia orale più diffusa ed anche più importante per tutti gli aspetti di guarigione che devono prevedere oltre che un decorso fisiologico anche un percorso di recupero funzionale ed estetico.

Il trattamento dell'alveolo post-estrattivo si inserisce nella gestione chirurgica proprio nelle situazioni in cui debbano essere supportati questi step post-estrattivi: nel paziente con rischi di deficit di guarigione, con rischi emorragici e in tutte le situazioni in cui il mantenimento dei volumi ossei sia fondamentale per un buon risultato di ripristino implantoprotesico estetico e funzionale.

CAPITOLI

- 1.** Introduzione e cenni sulla guarigione dell'alveolo
- 2.** Trattamento dell'alveolo per il supporto emostatico
- 3.** Trattamento dell'alveolo per il supporto strutturale
- 4.** Casi clinici
 - 4.1** Estrazioni in paziente piastrinopenico
 - 4.2** Trattamento di alveoli post-estrattivi con biomateriale collagenato e non-collagenato
 - 4.3** Trattamento dell'alveolo con idrossiapatite in pasta
 - 4.4** L'impiego di emocomponenti nel trattamento dell'alveolo postestrattivo nel paziente scoagulato
 - 4.5** Le complicanze di guarigione associate all'esposizione del biomateriale innestato
 - 4.6** Il trattamento dell'alveolo con biomateriale e membrana
 - 4.7** Estrazioni in paziente oncologico
 - 4.8** Trattamento degli alveoli con emocomponente ad uso non trasfusionale.
 - 4.9** Associazione di utilizzo di emocomponente ad uso non trasfusionale e biomateriale granulare
 - 4.10** La profilassi strutturale di un alveolo postestrattivo

PREZZO 90,00 EURO + IVA

L'ortognatodonzia nella pratica clinica (compendio aggiornato)

_L'ortodontista, nei suoi primi anni di pratica, può trovarsi spesso disorientato per la varietà delle impostazioni diagnostiche e terapeutiche che caratterizzano le diverse scuole ortodontiche. Per chi si riconosce in questa situazione, ma anche per coloro che sentono la necessità di focalizzare le proprie conoscenze alla luce dell'esperienza quotidiana, ecco un testo che non può non risultare utile.

Il titolo non deve trarre in inganno. Non si tratta di un manuale finalizzato a semplificare l'approccio all'ortodonzia. Ogni argomento viene infatti affrontato seguendo fedelmente quanto riportato nei "sacri testi" dell'ortodonzia. L'aspetto pratico consiste fondamentalmente in una utilissima riflessione finale dell'autore che, per ogni argomento e sulla base della sua esperienza quarantennale, illustra come e quando i principi enunciati dalle varie scuole ortodontiche possano venir trasferiti alla pratica quotidiana. Talvolta le riflessioni dell'autore non portano a conclusioni definitive. Ma lo stesso sapere che determinate diatribe affliggono anche i professionisti più esperti può

essere di qualche utilità e conforto per chi sta muovendo i suoi primi passi in campo ortodontico. Il capitolo introduttivo "Argomenti generali" spazia dalla cefalometria alla presentazione di alcune tra le più utilizzate tecniche ortodontiche fisse. Accanto alle nozioni indispensabili, ad esempio sul corretto utilizzo di un lip bumper o di una barra palatale, trovano anche spazio paragrafi più particolari quali: quando iniziare un trattamento ortodontico? Perché l'ortognatodonzia? Quale mobile? Quale fissa? Difficilmente nei monumentali testi classici dell'ortodonzia si potrà trovare un tale tipo di trattazione.

D'altra parte sono proprio queste le problematiche che affliggono chi si avvicina all'ortodonzia. Tali paragrafi, in cui l'autore, come già detto, riporta sue riflessioni sugli argomenti in questione, costituiscono la parte più originale del testo e risultano nondimeno di sicura utilità. Seguono quindi i capitoli dedicati al trattamento ortognatodontico delle tre classi scheletriche. L'impostazione è la medesima: un'accurata e aggiornata presentazione delle diverse tecniche operative accompagnata da casi clinici esemplificativi e, laddove non sia presente nella lettura ortognatodontica un'identità di vedute, ecco una riflessione conclusiva dell'autore.

Di volta in volta vengono così affrontate problematiche quali l'appiattimento del profilo nei trattamenti estrattivi, la diatriba tra approccio funzionale e meccanicistico nell'ambito della terapia delle II classi e, infine, i rapporti tra chirurgia e ortodonzia nel trattamento delle III classi scheletriche. L'ultima sezione del testo è centrata sui rapporti dell'ortodonzia con le altre discipline dell'odontoiatria, segnatamente con la paradontologia, con la protesi e con il trattamento delle disfunzioni dell'articolazione temporo-mandibolare. Poiché si tratta di tematiche non ancora strettamente codificate, il pensiero e l'esperienza dell'autore acquistano in questo caso un rilievo e un'utilità ancora maggiore.

Questo nuovo lavoro aggiornato – pubblicato nel novembre 2015 – integra l'opera di base presentando molti casi clinici che rispecchiano il lavoro quotidiano.

Viene sottolineato il fatto che non tutti, alla fine, sono perfetti. Ma questa è la realtà!

In campo biologico non possiamo garantire risultati sempre soddisfacenti da tutti i punti di vista. Emerge allora la necessità di un consenso informato serio che si basi innanzitutto sulla discussione, con il paziente e i genitori, delle varie opzioni terapeutiche dei risultati conseguiti e di quelli conseguibili.

Tra l'altro, si eviteranno in tal modo incomprensioni sgradevoli che possono portare a contenziosi medico-legali.

_Dott. Massimo Rossi

Per informazioni e ordini contattare
Tueor Servizi Srl
Tel: 011.3110675
E-mail: loredana.gatto@tueorservizi.it





LakeComoInstitute®

Centro di Alta Formazione in Implantologia

Direttore scientifico: Tiziano Testori MD DDS FICD



Relatori:

Tiziano Testori

Francesco Zuffetti

Matteo Invernizzi

Christian Monti

Paolo Gilardoni

Fabio Scutellà

Tommaso Weinstein

Giovanna Perrotti

Massimiliano Politi

Francesca Bianchi

Samuele Cavuoto

INTERNATIONAL COURSES 2016

with the participation of Maurice Salama, Marco Esposito and Marius Steigmann

- Immediate loading
- Soft tissue management
- Maxillary sinus surgery

Per informazioni ed iscrizioni: Segreteria Corsi & Congressi

Lake Como Institute® - Via Rubini, 22 - 22100 Como

Tel. 031/2759092 - Fax 031/243027 - e-mail: info@lakecomoinstitute.com



www.lakecomoinstitute.com

cosmetic dentistry_ beauty & science

dti Dental
Tribune
International

Cosmetic Dentistry Italian Edition
Supplemento n. 1 di Dental Tribune Italian Edition, anno XI n. 12

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

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 Zarone

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

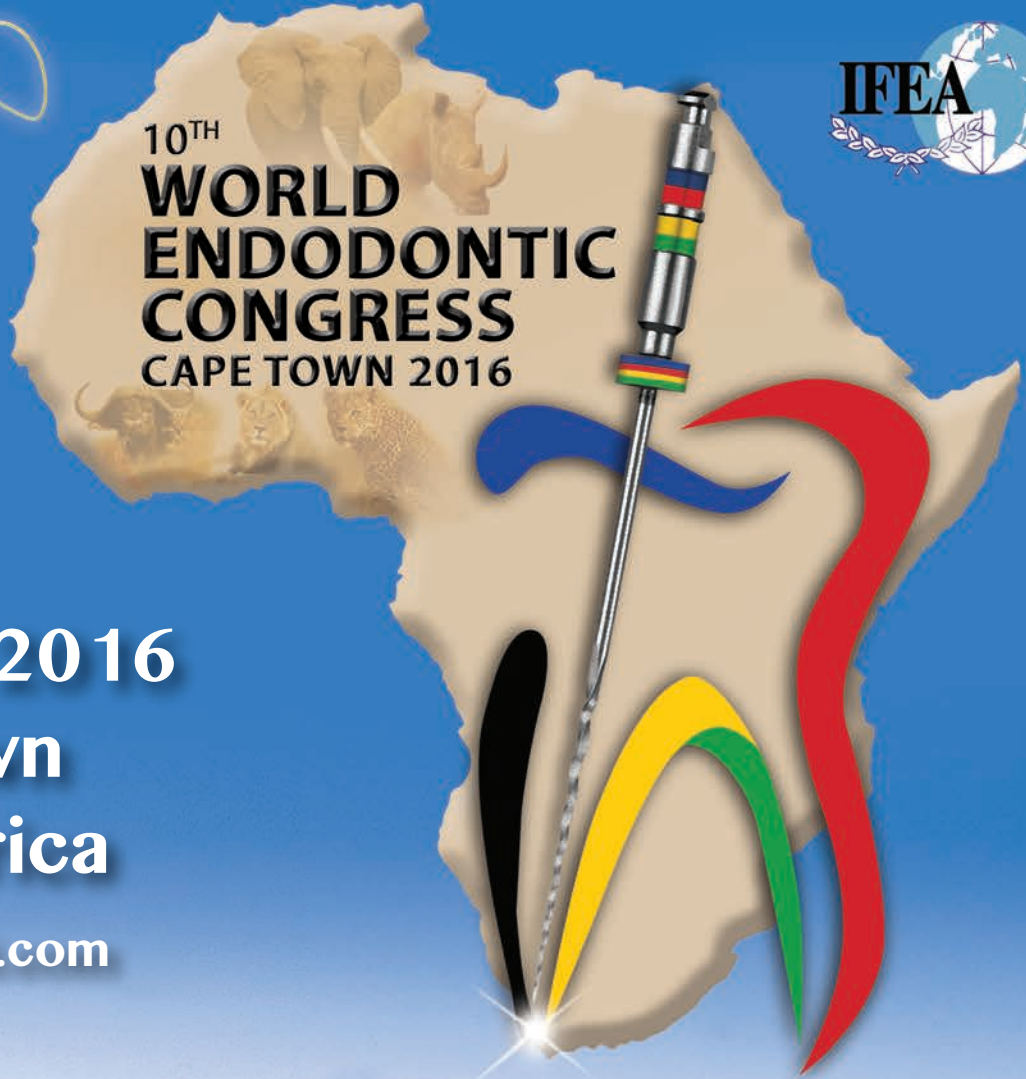
Stefania Dibitonto
s.dibitonto@dental-tribune.com
Alessia Murari
alessia.murari@tueorservizi.it

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.



10TH
**WORLD
ENDODONTIC
CONGRESS**
CAPE TOWN 2016



3-6 June 2016
Cape Town
South Africa
www.ifea2016.com



**Abstract &
Poster
Submissions
now open**

Endodontic Excellence at the Apex of Africa

SPONSORS



ENA WHITE 2.0

The fastest home bleaching

2 minuti
anziché 6/8 ore
al giorno



Patent Pending



Nuovo sbiancamento professionale domiciliare

senza mascherina con speciale acceleratore XS151™ che si attiva con lo spazzolamento, incrementando in modo esponenziale la velocità di assorbimento del perossido di idrogeno

Lo speciale spazzolino con dispenser contiene il gel sbiancante, sufficiente per un trattamento di circa 20 gg. (il tempo di applicazione totale è di solo 40 minuti anziché 160 ore necessarie con l'utilizzo di mascherine).

a soli
79,90 € + iva

Risparmiando sui costi di impronte e mascherine

Ref. ECW01B

1 Ena White 2.0

1 Dentifricio

Enamel plus omaggio

Offerta

5+1

omaggio

ENA CARE®

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

estetica
M
GRUPPO
MICERIUM