

OSTEOMETING



L'esperienza incontra l'evoluzione

Roma 16 maggio 2015

relatori

Prof. Manuele Casale

Dr. Michele Lopez

Prof. Antonio Barone

Prof. Antonio Scarano

Prof. Massimo Galli

Prof. Giovanni Falisi

Dr. Roberto Pistilli

Dr. Jakob Zwaan

Moderatore: Dr. Luigi Gallo



L'esperienza incontra l'evoluzione

Programma

9.00 Registrazione partecipanti

9.15 - 10.00 Prof. Manuele Casale [Ruolo dell'otorinolaringoiatra nella chirurgia implantare](#)

10.00 - 10.45 Dr. Michele Lopez [La rigenerazione di creste atrofiche dei siti perimplantari attraverso l'utilizzo dei biomateriali](#)

10.45 - 11.30 **Coffee Break**

11.30 - 12.15 Prof. Antonio Barone [Gestione alveoli post estrattivi](#)

12.15 - 13.00 Prof. Antonio Scarano [Complicanze e fallimenti in campo implantare: La rigenerazione ossea in funzione riabilitativa](#)

Lunch break

14.30 - 15.15 Prof. Massimo Galli – Prof. Giovanni Falisi [Stabilizzazione implantare nei seni mascellari di tipo SA4](#)

15.15 - 16.00 Dr. Roberto Pistilli [Innesti a blocco In-lay ed on-lay . I limiti biologici di una speranza terapeutica](#)

16.00 - 17.00 Dr. Jakob Zwaan [L'utilizzo di tessuto connettivo riassorbibile di origine porcina](#)

17.00 - 17.30 [Discussione finale](#)

17.30 [Chiusura lavori](#)



Prof. Manuele Casale Ruolo dell'otorinolaringoiatra nella chirurgia implantare

La chirurgia implantare, eventualmente associata a rialzo del seno mascellare in caso di ipotrofia ossea, rappresenta attualmente una tecnica diffusa e di successo di riabilitazione orale e per il ripristino della funzionalità masticatoria. Tale procedura, nonostante l'impiego delle tecniche più innovative e mini-invasive, ha sempre un impatto sulla delicata omeostasi del seno mascellare. La concomitante presenza di patologie acute e croniche naso-sinusali o di processi disventilatori a carico del seno mascellare può compromettere il buon esito della procedura e favorire l'insorgenza di complicanze post-operatorie. La gestione del paziente candidato a chirurgia implantare dovrebbe includere un accurato studio pre-operatorio del distretto rino-sinusale ed, in caso di sospetta patologia rino-sinusale, una valutazione otorinolaringoiatrica con endoscopia delle alte vie respiratorie eventualmente associata ad una tomografia computerizzata maxillo-facciale con studio particolare del complesso ostio-meatale. Nel caso di controindicazioni potenzialmente reversibili come alterazioni anatomico-strutturali della regione osteo-metale, processi infettivo-flogistici e neoplasie benigne del distretto rino-sinusale l'otorinolaringoiatra potrà agevolmente ripristinare per lo più attraverso la chirurgia endoscopica rino-sinusale il fisiologico drenaggio ed omeostasi del seno mascellare. Una gestione integrata multidisciplinare peri-operatoria del paziente è determinante per il successo chirurgico della procedura e per la gestione di eventuali complicanze post-operatorie.



Dr. Michele Lopez La rigenerazione di creste atrofiche dei siti perimplantari attraverso l'utilizzo dei biomateriali

L'obiettivo che gli implantologi sempre di più si prefiggono oggi è quello di riuscire a risolvere i casi in cui severe atrofie ossee impediscono l'utilizzo di impianti.

Diverse sono le soluzioni proposte attualmente che sembrano essere efficaci tra cui tecniche rigenerative che permettono di aumentare le creste in senso orizzontale e verticale allo scopo di posizionare impianti.

Allo stato attuale esistono diversi tipi di biomateriale che possono essere indicati a seconda del tipo di intervento di rigenerativa che si intende realizzare. Vengono quindi esaminati quelli più idonei agli interventi inlay e quelli onlay e quelli indicati nelle chiusure delle comunicazioni oro-sinusalì.

Il rialzo crestale del seno mascellare è oggi una tecnica predicibile di utilizzo ormai routinario nellapratica clinica e strumento indispensabile nel bagaglio pratico dell'implantologo.

Tra le nuove prospettive nel rialzo del seno mascellare con accesso crestale le tecniche fluido-dinamiche associate a biomateriali sempre più efficaci consentono finalmente un approccio chirurgico meno invasivo, a beneficio del paziente.



Prof. Antonio Barone Gestione alveoli post-estrattivi

Il posizionamento di impianti endossei richiede un'adeguata volumetria di osso disponibile. Il pattern di riassorbimento osseo dopo estrazione dei denti naturali può creare sfavorevoli relazioni maxillo-mandibolari oppure sfavorevoli relazioni anatomiche con strutture adiacenti (fosse nasali, seno mascellare, nervo alveolare inferiore). L'obbiettivo di questa conferenza è di descrivere le tecniche utilizzate per la gestione degli alveoli post-estrattivi. A partire da alveoli integri che consentono il posizionamento immediato di impianti dentali ad alveoli con deficit tali da classificare gli alveoli come deficitari o compromessi. Verranno presi in considerazione i criteri clinici per l'esecuzione di un impianto post-estrattivo, verranno inoltre illustrate le tecniche di bone augmentation associate agli impianti post estrattivi. Verranno illustrate le tecniche rigenerative applicate ad alveoli deficitari e compromessi ed i vantaggi relativi ai tessuti duri e molli.



Prof. Antonio Scarano **Complicanze e fallimenti in campo implantare: la rigenerazione ossea in funzione riabilitativa**

Il corso presenta possibilità di fallimento legate o a complicazioni batteriche o ad errori nella tecnica d'esecuzione.

La rigenerazione ossea guidata, le tecniche di rialzo del seno mascellare e la split crest rappresentano le principali tecniche di rigenerazione associate all'implantologia.

Il primo motivo di fallimento di una rigenerazione è la comunicazione del sito da rigenerare con l'ambiente orale che favorisce l'instaurarsi di processi flogistici e invasione batterica. Il mancato isolamento con adeguati lembi ed una sutura che non permetta una guarigione per prima intenzione, o porti alla deiscenza del lembo, conduce quindi al fallimento; un congruo rilascio del lembo permette di ridurre il ritorno elastico e quindi il rischio di lacerazione dato che l'edema postoperatorio tende a stirare i tessuti aumentando le probabilità di deiscenza.

Il trattamento implanto-protesico associato all'uso di biomateriali rappresenta oggi una soluzione terapeutica di comprovata affidabilità a lungo termine, tuttavia complicanze e fallimenti, seppure con incidenza percentuale limitata, rappresentano una delle situazioni di più difficile risoluzione nell'attività clinica quotidiana. Nell'ambito del corso, sulla base delle evidenze scientifiche e soprattutto, delle evidenze cliniche emergenti dalla pratica su grandi numeri ed in varie condizioni, si metteranno in luce gli aspetti legati alla gestione delle complicanze e dei fallimenti delle procedure di rigenerazione ossea con l'uso di biomateriali. Durante il corso saranno commentati casi clinici con complicanze intra operatorie / post operatorie.



Prof. Massimo Galli e Prof. Giovanni Falisi [Stabilizzazione implantare nei seni mascellari di tipo SA4](#)

La pneumatizzazione del seno mascellare è un evento che si verifica frequentemente in assenza degli elementi dentali determinando una riduzione in senso verticale della disponibilità ossea, limitando l'inserimento degli impianti per finalità protesiche riabilitative.

L'approccio a questa zona anatomica è stato sempre un punto di controversia, sia per quanto riguarda l'aspetto chirurgico sia per quanto riguarda le complicazioni post chirurgiche che si possono presentare.

Dalla letteratura internazionale si evince che, nel caso in cui la disponibilità ossea sia inferiore ai 4 mm, come nella classificazione IV di Misch, risulta indispensabile intervenire con una prima fase ricostruttiva- rigenerativa, per poi passare ad una seconda fase chirurgica per l'inserimento degli impianti.

La tecnica **FIT LOCK** permette l'applicazione simultanea degli impianti sul seno mascellare con spessore residuo di osso inferiore ai 4 mm, mediante l'uso di **BONE-RING** di osso eterologo suino e particolato MP3 con chiusura della finestra del seno con membrana riassorbibile tipo EVOLUTION.

L'innesto di osso eterologo intraorale per la ricostruzione del seno mascellare e l'applicazione simultanea degli impianti, permette la riduzione dei tempi chirurgici e consente una stabilità primaria necessaria per l'osteointegrazione.



Dr. Roberto Pistilli **Innesti a blocco In-lay ed on-lay. I limiti biologici di una speranza terapeutica**

La correzione delle atrofie ossee dei mascellari rappresenta una grande sfida per il chirurgo oral ma ancora oggi la letteratura internazionale non è in grado di dirci quale sia la tecnica più predicibile. I fattori che influenzano il successo di una tecnica ricostruttiva sono legati essenzialmente alla potenzialità proliferativa ed alla vitalità del sito ricevente e quindi alla sua capacità di rivascularizzare il materiale utilizzato, sia esso l'osso autologo o un biomateriale. La tecnica osteotomica interposizionale prevede il sollevamento di un segmento osseo, previa osteotomie orizzontali e verticali ed il posizionamento a "sandwich" di un innesto. I vantaggi della tecnica Inlay sono legati al massimo sfruttamento delle potenzialità proliferative del sito ricevente che riesce a garantire il massimo apporto vascolare all'innesto ed alla presenza, a livello coronale, dell'osso nativo del paziente e non di un osso rigenerato. Dagli ultimi studi condotti dal Dr. Pietro Felice, in cui è stato confrontati i risultati clinici e biologici tra l'utilizzo di un blocco interposizionale di osso autologo con un blocco di biomateriale, è ormai emersa la certezza della notevole capacità rigenerativa di quest'ultimo. Le problematiche nascono quando si cerca di rigenerare osso biologicamente attivo utilizzando i medesimi blocchi come innesti onlay o veneer. Negli ultimi anni gli Autori hanno eseguito uno studio clinico randomizzato su 40 pazienti atrofici, di cui 20 trattati con innesti onlay o veneer di osso autologo e 20 con innesti a blocco di osso equino. I risultati hanno mostrato i limiti biologici di tale possibilità rigenerativa e verranno mostrate le complicazioni insorte.



Dr. Jakob Zwaan L'utilizzo di tessuto connettivo di origine porcina

Negli ultimi decenni tante frontiere in odontoiatria sono state oltrepassate, cambiando in maniera drammatica l'approccio alla professione sia da parte degli operatori che da parte dei pazienti.

Non esistono più dubbi sulla validità dell'implantologia dentale e tecniche rigenerative permettono di affrontare edentulismi parziali e totali in situazioni anatomiche che fino a pochi anni fa erano impensabili. Faccette in ceramica e materiali rivoluzionari come zirconio e di silicato di litio assieme a tecniche CAD_CAM hanno contribuito al miglioramento del risultato estetico del nostro operato. Inoltre i mass-media cercano di far credere al pubblico che un sorriso perfetto sia alla portata di tutti. In un mondo dove l'immagine sembra dominare la nostra clientela esige non solo un apparato masticatorio funzionale, ma anche un sorriso che dimostra superfici e colori splendidi e un equilibrio tra bianco e rosa che rispecchia armonia e salute.

Di fronte a richieste sempre più presuntuose e consapevoli dei limiti e fattori di rischi dell'implantologia nasce la necessità di garantire la presenza di un buon volume di gengiva cheratinizzata intorno agli impianti e i denti naturali. Il tessuto "golden standard" per la copertura di recessioni resta il connettivo autologo, ma in determinate condizioni buoni risultati possono essere ottenuti anche con materiali omologhi e eterologhi, soprattutto per incrementare spessori tissutali. I vantaggi per il paziente in termini di morbidità e decorso postoperatorio sono ovvi. La matrice dermica di origine porcina ha sicuramente delle indicazioni d'utilizzo in campo odontoiatrico. Il relatore si propone di condividere le sue esperienze cliniche e le sue scelte terapeutiche basate su la evidenza scientifica.

OSTEOMETING



Hotel La Carovana - Viale di Vigna Pia 33
00149 Roma
Tel.06.557.77.58

