

Odontoiatria Team at Work

CLINICA, RICERCA, CULTURA E SVAGO

N. 5 - 2019

Quando ci vuole la squadra

**LO CURO
O LO ESTRAGGO?**



Intervento

Dal Radica al Ripara:
25 anni di storia
gnatologica

Per superare la stretta logica
della soluzione del problema, capire
bene la diagnosi per differenziare
la terapia in base ai fattori causali

Caso clinico

Inserimento d'impianto
subito dopo l'estrazione
del canino incluso

Molti lavori della letteratura
analizzano i risultati delle diverse
metodiche implantari a 5-10 anni,
pochi a 20-30 anni dall'intervento

Gli effetti sulla bocca

Non solo sigaretta:
c'è un nuovo modo
di fumare. Forse

Uno studio di laboratorio
sugli effetti da esposizione
tradizionale al tabacco, all'aerosol
e a quello elettronico

Editoriale

Curiamo denti e parodonto o estraiamo e facciamo impianti?

di Giulio C. Leghissa - ODONTOIATRA

Sembra che ormai gli impianti abbiano soppiantato terapia dentale e parodontale. C'è una tasca profonda? C'è una perforazione della camera? Via il dente e dentro un impianto. Perché? Per fare questa scelta (nell'interesse del paziente, non dell'odontoiatra) è necessario rispondere a due domande:

- 1) È dimostrato che gli impianti durano più a lungo di un dente con mobilità di grado due?
- 2) Una volta inserito un impianto in una bocca con malattia parodontale, quante probabilità ci sono che non si instauri una perimplantite?

Per rispondere alla prima domanda cerchiamo nella letteratura internazionale: "Se il dente non è particolarmente compromesso, la maggior parte degli studi mostra una percentuale di successo particolarmente incoraggiante e le percentuali aumentano nei denti anteriori" (1).

"Si può concludere che il mantenimento di molari che presentano lesioni parodontali con interessamento della forca si aggira attorno al 90% a 10 anni. Naturalmente se questi denti hanno subito anche un trattamento endodontico questa percentuale di sopravvivenza può essere più bassa" (2).

"La terapia parodontale risulta in una buona prognosi per i molari con interessamento della forca di III° grado, mentre il fumo e il diabete influenzano la prognosi infausta di questi elementi" (3).

Dunque, nel corso di quasi quarant'anni, i ricercatori continuano a confermare la stessa evidenza: con un'attenta terapia parodontale di mantenimento i denti si possono conservare molto a lungo.

Per quanto riguarda il 2° punto: "I pazienti con impianti che rimpiazzano denti perduti a causa di cronica periodontite dimostrano una più bassa media di sopravvivenza e un maggior numero di complicanze biologiche dei pazienti con impianti che rimpiazzano denti perduti per ragioni differenti dalla periodontite" (4).

(SEGUE A PAG. 19)

Odontoiatria Team at Work

N. 5 - 2019

4



19



21



- 4 MASCHERINE TRASPARENTI
O L'ORTODONZIA TRADIZIONALE?
- 6 INSERIMENTO DI IMPIANTO SUBITO DOPO
L'ESTRAZIONE DEL CANINO INCLUSO
- 10 C'È UN NUOVO MODO DI FUMARE. FORSE
- 14 DAL RADICA AL RIPARA: 25 ANNI
DI STORIA GNATOLOGICA
- 17 INDICAZIONI E CONTROINDICAZIONI DEL RIPARA
- 19 VITALITÀ DELLA POLPA: QUELLO
AL FREDDO È IL TEST MIGLIORE
- 21 IL SUCCESSO INFINITO DI VASCO
- 23 UNA STORIA DI CUCINA ROMAGNOLA
AI DUE PONTI LA FAME NON È PREVISTA

Il board editoriale



GIULIO C. LEGHISSA
Odontoiatra



BRUNO BRIATA
Odontoiatra



FEDERICA DEMAROSI
MD, DDS, PhD



FULVIA MAGENGA
ASO



MANLIO DI GIOVANNI
Critico musicale

Board Editoriale

Mirella Baldoni (odontoiatra)
Federico Biglioli (professore universitario)
Marialice Boldi (igienista dentale)
Anna Botteri (economia/fisco)
Maria Grazia Cannarozzo (odontoiatra)
Antonio Carrassi (professore universitario)
Stefano Cavagna (odontoiatra)
Silvia Cavallini (chinesiologa clinica)
Luigi Checchi (professore universitario)

Stefano Daniele (odontoiatra)
Luca Francetti (professore universitario)
Mauro Merli (odontoiatra)
Lucio Montebugnoli (professore universita-
rio)
Stefano Parma Benfenati (odontoiatra)
Ernesto Rapisarda (professore universitario)
Lia Rimondini (professore universitario)
Eugenio Romeo (professore universitario)

Andrea Sardella (professore universitario)
Silvia Alessandra Terzo (ASO Regione Veneto)
Tiziano Testori (odontoiatra)
Carlo Tinti (odontoiatra)
Fabio Tosolin (psicologo)
Serban Tovaruu (professore universitario)
Leonardo Trombelli (professore universitario)
Filippo Turchet Casanova (odontoiatra)
Roberto Weinstein (professore universitario)

Odontoiatria - Team at Work
Periodico d'informazione
Registrato presso il Tribunale di Milano
22/05/2014 - N.197
Editore Otaw Srl
via Raffaello, 31/A - Milano
redazione@otaw.it

Direttore Responsabile
Giulio Cesare Leghissa
giulioleghissa@blogspot.com
Direttore scientifico
Federica Demarosi

Redazione: 2C Edizioni Srl
via Albani, 21 - Milano
segreteria@2cedizioni.it
Progetto grafico: Studio Migual
piazza Veladini, 4 - Brugherio
studio@migual.it



Geistlich
Biomaterials



Krugg



FARMACEUTICI DOTT. CICCARELLI S.P.A.
20138 Milano - Via Clemente Prudenziro, 13
Tel. 02 58072.1 - Fax 02 58012594 - www.ciccarelli.it

SISTEMA DI GESTIONE QUALITA' UNI EN ISO 9001:2015
CERTIFICATO DA CERTIQUALITY

MASCHERINE TRASPARENTI O ORTODONZIA TRADIZIONALE?

di **Federica Demarosi**
MD, DDS, PhD



L'impiego di mascherine trasparenti per allineare i denti ha avuto un'enorme diffusione negli ultimi anni. Ancora oggi, però, si discute sulla reale efficacia di questo trattamento e sulle indicazioni all'impiego rispetto ai trattamenti ortodontici tradizionali. Attraverso la revisione della letteratura scientifica più recente vogliamo dare alcune indicazioni in merito all'utilizzo delle mascherine per un miglioramento del sorriso.

In realtà, questo moderno trattamento era stato introdotto per la prima volta all'inizio degli anni '40 da Kesling che per primo introdusse il concetto di dispositivi ortodontici trasparenti per allineare i denti. All'epoca non ebbe molta diffusione per lo scetticismo generale e l'assenza di un'adeguata propaganda. Nel 1998, Align Technology Inc. realizzò Invisalign, uno dei sistemi oggi più utilizzati. I casi iniziali trattavano solo lievi affollamenti o spaziature. Con lo sviluppo di nuovi materiali dentari e della tecnologia 3D applicata ai movimenti dei denti, le mascherine trasparenti sono diventate sempre

più popolari.

Di seguito elenchiamo i vantaggi di questo prodotto rispetto alle tecniche convenzionali. Il maggiore vantaggio di questo dispositivo, confrontato ai dispositivi ortodontici fissi, è il miglior impatto estetico e il miglior comfort per il paziente. Per questi motivi i migliori candidati a questo trattamento sono i pazienti che non vogliono rinunciare al loro aspetto estetico anche durante il trattamento. Un altro vantaggio è la possibilità di mantenere migliori livelli di igiene orale. Tra gli svantaggi ricordiamo il costo elevato e l'impossibilità a essere utilizzati per alcuni tipi di malocclusioni.

A oggi sono stati pubblicati pochi studi clinici sull'efficacia della terapia con le mascherine trasparenti, così da lasciare molti odontoiatri incerti sul loro utilizzo. La maggior parte dei lavori pubblicati sono "case report" o "case series" oppure la descrizione del singolo sistema. Sono invece pochi gli studi controllati o su larga scala. Gli odontoiatri che decidono di utilizzare le mascherine devono contare sulla loro esperienza, le opinioni degli esperti

e la scarsa evidenza scientifica pubblicata.

Riportiamo di seguito i risultati di una revisione sistematica e metanalisi che ha indagato l'efficacia in termini di durata del trattamento e tempo impiegato alla poltrona, l'efficienza basata sugli indici dell'occlusione e la stabilità a lungo termine del trattamento con le mascherine trasparenti.

In generale, la durata del trattamento è risultata maggiore negli studi che hanno impiegato l'apparecchio tradizionale rispetto alle mascherine, ma solo nei casi non complessi. Inoltre, i trattamenti tradizionali richiedono molte più visite di controllo, molte più visite in urgenza, molto più tempo alla poltrona per trattamenti in urgenza e molto più tempo alla poltrona in generale, rispetto alle mascherine.

Per quanto riguarda l'efficienza del trattamento, solo uno studio che includeva un gruppo di controllo, ha confrontato l'ortodonzia tradizionale con le mascherine. Il sistema di misura utilizzato alla fine del trattamento è stato l'OGS (American Board of Orthodontic Objective Grading System).

I risultati hanno evidenziato 13 punti OGS in meno per le mascherine rispetto all'ortodonzia tradizionale. Inoltre, nella valutazione dell'inclinazione bucco-linguale, dei contatti occlusali, delle relazioni occlusali e dell'overjet, i valori delle mascherine erano sempre più bassi rispetto al metodo tradizionale. Sulla base dell'OGS, le mascherine non sono allo stesso livello dell'apparecchio tradizionale nel trattamento delle malocclusioni. Relativamente alle stabilità, solo uno studio ha registrato eventuali recidive confrontando le mascherine con il metodo tradizionale. I risultati hanno mostrato maggiori cambiamenti dopo l'utilizzo delle mascherine, soprattutto nel settore centrale dell'arcata superiore.

Recentemente è stata pubblicata una revisione sistematica che ha indagato l'efficacia delle mascherine rispetto all'ortodonzia fissa. I risultati hanno evidenziato che le mascherine, rispetto ai trattamenti ortodontici tradizionali, garantiscono ai pazienti un miglior impatto estetico, maggior comfort e migliori livelli di igiene orale. D'altro canto, le mascherine sono carenti nel controllare alcuni movimenti dei denti rispetto all'apparecchio fisso. Per esempio, le mascherine sono efficaci nel controllare l'intrusione anteriore e l'inclinazione vestibolo-linguale posteriore ma non l'inclinazione vestibolo-linguale anteriore. L'estrusione è il movimento più difficile da ottenere (30% di accuratezza), seguita dalla rotazione. La completa distalizzazione di un molare superiore entro 1,5 mm conferma l'elevata predicibilità (88%). Possiamo quindi affermare che le mascherine sono raccomandabili nelle malocclusioni

semplici.

Questa revisione ha incluso otto studi di cui quattro hanno dimostrato che le mascherine sono meno efficaci nel trattamento delle malocclusioni dell'ortodonzia tradizionale e le altre quattro non hanno trovato differenze statisticamente significative tra i due metodi. Da questi otto studi si evince che entrambi i trattamenti sono in grado di trattare una malocclusione ma le mascherine sono meno efficaci dell'apparecchio fisso nell'ottenere grandi miglioramenti, soprattutto nel raggiungere adeguati contatti occlusali e nel controllare l'inclinazione vestibolo-linguale posteriore, che è correlata a un peggiore risultato clinico nell'aumentare l'ampiezza dento-alveolare trasversale. D'altra parte le mascherine sono in grado di conservare l'inclinazione dei denti durante l'allineamento nei casi che non prevedono estrazioni. Dopo la fine del trattamento, i pazienti trattati con le mascherine vanno più spesso incontro a recidiva di quelli trattati con l'ortodonzia fissa tradizionale.

Con le mascherine è difficile ottenere l'estrusione di un dente e, coprendo la superficie occlusale dei denti, non consentono l'assettamento dell'occlusione e il raggiungimento di contatti adeguati tra i denti delle due arcate. Inoltre, l'impiego di archi rettangolari consente di allineare ed espandere le arcate non solo inclinando (tipping) i denti, ma anche muovendo le radici (torquing). Infine, le mascherine sono rimovibili e l'odontoiatra deve affidarsi alla motivazione e alla volontà del paziente per portare a termine correttamente il trattamento.

Un altro aspetto da considerare è che l'apparecchio tradizionale esercita una forza co-

ronale e vestibolare sul centro di resistenza dei denti e ciò potrebbe risultare in una inclinazione e pro-inclinazione durante l'allineamento. Le mascherine potrebbero allineare i denti singolarmente con ogni mascherina che muove uno o più denti. Questo movimento graduale e segmentato potrebbe minimizzare la pro-inclinazione dei denti e pertanto si potrebbe ipotizzare che le mascherine siano utili in pazienti con biotipo gengivale sottile per limitare il rischio di sviluppare recessioni gengivali.

Concludendo, è possibile affermare che sia le mascherine trasparenti sia l'ortodonzia fissa sono trattamenti efficaci delle malocclusioni. Oggi l'evidenza scientifica è generalmente scarsa e non è ancora in grado di verificare quale dei due metodi sia il più efficace. In base alla tipologia di paziente e alle valutazioni cliniche, l'odontoiatra può decidere quale trattamento impiegare. Comunque sono necessari ulteriori studi, compresi trials clinici randomizzati controllati con una seria metodologia e campioni di dimensioni appropriate per aumentare la potenza degli studi e valutarne i risultati.

BIBLIOGRAFIA

Zheng M, Liu R, Ni Z, Yu Z. Efficiency, effectiveness and treatment stability of clear aligners: A systematic review and meta-analysis. *Orthod Craniofac Res.* 2017, 20(3):127-133.

Ke Y, Zhu Y, Zhu M. A comparison of treatment effectiveness between clear aligner and fixed appliance therapies. *BMC Oral Health.* 2019, 23;19(1):24.



INSERIMENTO DI IMPIANTO SUBITO DOPO ESTRAZIONE DI CANINO INCLUSO

Molti lavori nella letteratura internazionale analizzano i risultati raggiunti, con diverse metodiche implantari, a distanza di 1, 5 e 10 anni, ma solo pochi di questi analizzano i risultati a 20 o 30 anni dall'intervento

di **Giulio C. Leghissa**
ODONTOIATRA

INTRODUZIONE

Ci sono condizioni cliniche nelle quali, in accordo con l'ortodontista, il chirurgo opta per l'estrazione del canino incluso invece di tentare una sua estrusione.

I motivi possono essere molteplici. Nel caso di questa paziente erano stati fatti, da due diversi odontoiatri, tentativi di disinclusione che non avevano avuto successo e, dopo anni di trattamento, la paziente si è rivolta a noi pregandoci di risolvere il problema perché era diventata intollerante alla situazione.

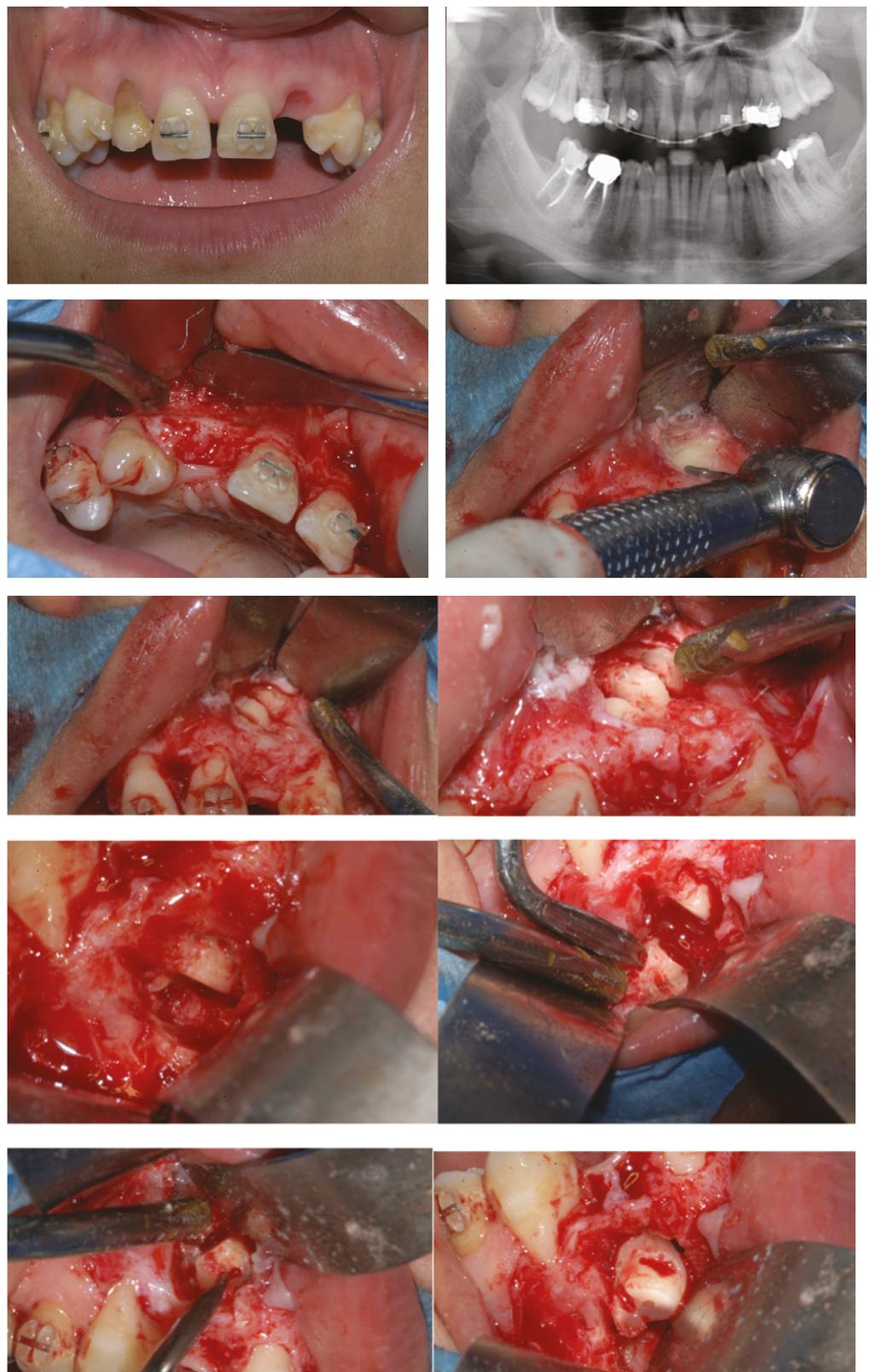
La paziente vive male, molto male, la mancanza dei canini ed è avvilita per l'estetica del tutto insoddisfacente. Si opta, pertanto, per l'estrazione di entrambi i canini inclusi (13 e 23) e per la loro sostituzione con impianti immediati post estrattivi. (1,2).

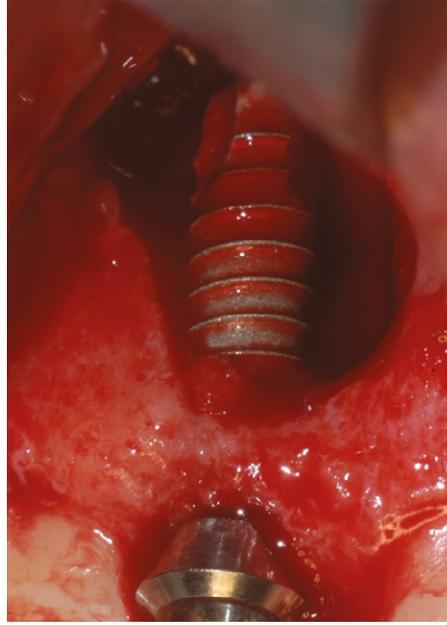
MATERIALI E METODI

La paziente viene sottoposta ad anestesia locale e si procede prima a destra e, successivamente, a sinistra. Scollato un lembo vestibolare (il posizionamento vestibolare dei canini era stato accertato con la tecnica delle radiografie incrociate) si procede, con fresa su trapano ad alta velocità, a rimuovere la parte di corticale vestibolare immediatamente al di sopra del canino.

Una volta esposta parte della corona del canino si procede praticando due incisioni a tutto spessore nella corona in modo da creare una "fetta" intermedia che si può agevolmente rimuovere. Rimossa la fetta intermedia è relativamente agevole spingere apicalmente il residuo frammento coronale per estrarlo e, conseguentemente, spingere coronalmente il residuo radicolare.

Rimosso il canino residua una perdita ossea di grandi dimensioni. Per posizionare l'impianto è necessario perforare apicalmente cercando qualche millimetro di osso sano nel





quale stabilizzare l'impianto. A questo punto si inserisce un impianto (BoneSystem.Italia) di 17 millimetri di lunghezza che, sommati ai tre millimetri del collare transmucoso, ci portano a venti millimetri totali. Di grande importanza il ponte osseo crestale conservato durante l'avulsione, che consentirà un buon posizionamento della membrana per la rigenerazione ossea guidata. Si è proceduto, dunque, con il riempimento del difetto con osso bovino denaturato (BioOss-Geistlich) e alla ricopertura dello stesso con membrana riassorbibile.

A questo punto il lembo è stato riposizionato coprendo così interamente l'area operatoria.

Lo stesso lavoro è stato fatto a sinistra con la rimozione del 23 e l'inserimento di un impianto con rigenerazione ossea guidata. A fine intervento sono stati applicati due provvisori in resina uniti con composito ai denti vicini.



Biomaterials@Straumann®

Biomaterials@Straumann®.
Quando un'opzione
non è sufficiente.

Decenni d'esperienza in odontoiatria e rigenerazione orale ci hanno portato a comprendere e soddisfare le diverse esigenze, indicazioni e preferenze. La soluzione giusta in implantologia e parodontologia è studiata per adattarsi al singolo caso. Straumann offre un'eccezionale gamma di biomateriali per soddisfare le aspettative vostre e dei vostri pazienti.



Richiedete le diverse
opzioni disponibili.
Contattate Straumann.

A distanza di 12 giorni l'area chirurgica appariva rosea e asintomatica.

Dopo 3 mesi gli impianti venivano liberati e caricati con provvisori in resina.

RISULTATI E CONCLUSIONI

A distanza di undici anni (2008-2019) i due impianti appaiono asintomatici, stabili, con buon mantenimento del livello dell'osso crestale. L'ortopantomografia mostra anche dei problemi a carico del 46, 47 e 37 non trattati nel nostro studio ma ereditati da precedenti esperienze odontoiatriche, dei quali la paziente è stata resa edotta.

La paziente ha mantenuto l'impegno di sottoporsi a una seduta di igiene orale professionale ogni sei mesi e, entro limiti ragionevoli, ha mantenuto un buon livello di igiene orale domiciliare.

L'estetica della soluzione protesica è accettabile anche perché la paziente non la scopre completamente durante il sorriso. In questo modo la piccola parte metallica visibile tra gengiva e ceramica, a livello vestibolare del 13, non disturba in alcun modo e la paziente è molto soddisfatta.

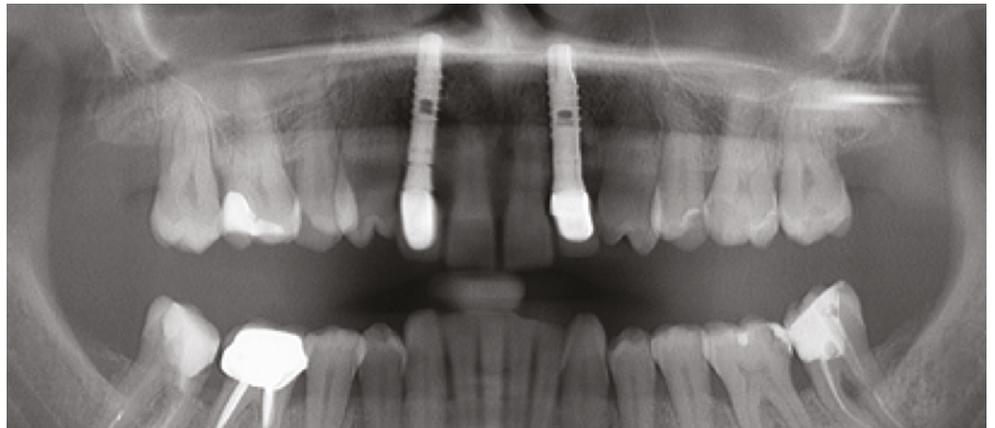
Alla luce di quanto esposto possiamo ritenere questo caso un successo e possiamo concludere che, nel limite di un caso con due impianti singoli, la soluzione dell'implantologia immediata post estrattiva del canino superiore incluso è affidabile e può condurre a buoni risultati. Questa metodica consente di:

- Ridurre significativamente i tempi di guarigione poiché tutto viene fatto con un solo intervento
- Ridurre i tempi di discomfort
- Ridurre i costi per lo studio e per il paziente

L'utilizzo di impianti come i BoneSystem, che prevedono abutment cementati, che vengono parallelizzati in laboratorio, consente facilmente il superamento di eventuali disparallelismi legati al posizionamento chirurgico.

Bibliografia:

- 1) *Dental Clinics* 2011 Giulio C. Leghissa, F. Demarosi: "Posizionamento immediato di impianti dopo l'estrazione del canino incluso" 2011;1 (speciale):1-3
- 2) *International Journal Oral Maxillofacial Implants* G.C. Leghissa: "Immediate Implant Placement After Removal of Maxillary Impacted Canine Teeth. A Technical Note" 2016; 1 : 191-194



UN NUOVO MODO DI FUMARE. FORSE

Studio in laboratorio degli effetti dell'esposizione a fumo di sigaretta, aerosol da tabacco riscaldato e sigaretta elettronica sulla salute orale e colore dei denti

di **Filippo Zanetti**
RICERCATORE



Si stima che nel mondo ci siano oltre 1,1 miliardi di fumatori: di questi, circa 7 milioni muoiono ogni anno, 80mila solo in Italia, per cause dirette e indirette collegate al fumo, che così risulta essere la prima causa di mortalità al mondo. In ambito odontoiatrico, per esempio, il carcinoma orale è ancora una delle neoplasie a prognosi più infausta e con una percentuale di comparsa ancora piuttosto alta. Da qualche anno Philip Morris International - e qui vengono presentati i risultati di alcuni degli studi realizzati finora in vitro - ha iniziato una ricerca su una serie di prodotti a tabacco riscaldato che possono costituire un ausilio per diminuire quantomeno la quantità di nicotina inalata e ridurre gli effetti negativi della combustione.

Reduced Risk Products (RRPs) è il nome utilizzato in Philip Morris per identificare i prodotti che hanno un minore impatto o hanno il potenziale per essere meno impattanti sulla



salute. Premesso che smettere di fumare è l'unica via per sottrarsi ai rischi collegati, le statistiche dicono che solo il 5% di coloro che vorrebbero smettere di fumare alla fine ci riesce per periodi superiori a 6 mesi. Questa percentuale ci porta a dover pensare a dei prodotti alternativi che "coprano" l'altro 95%, cioè tutti coloro che, pur avendo a cuore la propria salute, per qualsiasi ragione non possono o non riescono a smet-

tere. L'ambizione, per il centro di ricerche di Philip Morris a Neuchatel, è creare dei prodotti che abbiano gli effetti più vicini possibile alla cessazione su una linea immaginaria che traccia l'aumento del rischio per chi fuma nel corso della vita.

Esiste una prima categoria di prodotti, che definiamo Heat-not-burn, che producono un vapore che contiene nicotina ma il tabacco, essen-



do scaldato a bassa temperatura e non bruciato, non ha tutta quella pletera di sostanze chimiche che invece si riscontrano nel fumo di sigaretta (Tobacco Heating System (THS) 2.2).

Vi è poi una seconda categoria che identifica le Sigarette Elettroniche, prodotti basati sul riscaldamento omogeneo grazie alla tecnologia MESH di un liquido, evitando l'effetto della combustione indesiderata. Il vapore prodotto contiene comunque nicotina.

Il concetto di scaldare il tabacco invece di bruciarlo si rifà al principio in base al quale la combustione avviene a temperature superiori agli 800 gradi: questo provoca la produzione di 6000/8000 sostanze chimiche tossiche cancerogene. Scaldare il tabacco a temperature comprese tra i 200 e i 300 gradi impedisce la

combustione e di conseguenza la produzione di tutte quelle sostanze chimiche di cui abbiamo parlato a proposito del fumo di sigaretta. La nicotina viene trasferita tramite quel fenomeno che si chiama distillazione.

Abbiamo valutato e misurato una riduzione media dei componenti chimici tossici nel vapore dei prodotti heat-not-burn pari a circa il 95%. Per quanto riguarda le sigarette elettroniche, peraltro un mercato in cui regna una grande confusione anche perché sono presenti ricariche e materiali di quantomeno dubbia provenienza, mancano innanzitutto dei "paletti", degli standard da rispettare per ciò che concerne le sostanze chimiche prodotte. La nostra ricerca è stata orientata fin dall'inizio a trovare questi standard rifacendoci a linee guida nazionali e internazionali. Abbiamo anche fatto

degli studi sulle discromie dentali. Il fumo è infatti uno dei fattori di rischio principali per la colorazione dei denti. Esistono studi di laboratorio che hanno messo a confronto le differenze in termini di colorazione tra l'esposizione a fumo di sigaretta e sigaretta elettronica: per lo più, però, a nostro avviso avevano dei "limiti", a cominciare dalla scarsa durata (condotti al massimo per 5 giorni), oppure non è stato applicato un regime di spazzolamento dei denti con il dentifricio. Inoltre nessuno di questi studi ha preso in considerazione il vero tema centrale, cioè le differenze tra gli effetti dell'esposizione a fumo di sigaretta tradizionale ed esposizione a vapore di sigarette elettroniche, che invece sta alla base della strategia di riduzione del rischio (comparare sempre i nuovi prodotti con prodotti standard). Noi invece abbiamo utilizzato un prodotto chiamato Vitrocell



che ci permette di standardizzare l'esposizione a fumo di sigaretta ai nuovi prodotti: consiste in una serpentina in cui il fumo/vapore viene inoculato e la serpentina è collegata tramite delle aperture a una piastra sottostante dove possono essere allocate per esempio delle colture cellulari, oppure come nel nostro studio dentistico dove invece l'abbiamo adattata a poter "ospitare" dei veri e propri premolari.

Vorrei adesso presentare uno studio recente sui prodotti heat not burn: il disegno sperimentale prevede l'utilizzo di denti umani in cui una cavità è stata scavata e otturata con una resina composita FSU per studiare non solo la colorazione dei tessuti dentali rigidi come le lame della dentina, ma anche la discolorazione o le macchie presenti nelle resine composite. Questi denti sono stati esposti due volte al giorno per quattro giorni alla settimana a 20 sigarette: lo spazzolamento dei denti è stato fatto solo il venerdì di ogni settimana, tre volte in tut-

to. Alla fine la discromia è risultata particolarmente accentuata nelle lame della dentina ma soprattutto nella resina composita, costringendo il potenziale paziente a recarsi dal dentista per farsela rimpiazzare poiché fonte di vistoso inestetismo. Per quanto riguarda l'esposizione a tabacco riscaldato non c'è discromia percepibile a occhio nudo e la resina composita non è colorata diversamente. La ricerca è stata volutamente estremizzata per vedere gli effetti massimi.

In uno studio più complesso sulle sigarette elettroniche paragonate con quelle tradizionali (esposizione di 56 minuti/20 sigarette al giorno per tre settimane/300 boccate, corrispondenti a una cartuccia intera di sigaretta elettronica di uno dei nuovi prodotti di Philip Morris), parallelamente, abbiamo voluto vedere gli effetti sulla colorazione dentale di bevande che notoriamente sono piuttosto invasive come vino rosso, salsa di soia e caffè. La ricerca è stata volutamente estremizzata per vede-

re gli effetti massimi. Questa volta abbiamo spazzolato i denti tutti i giorni per tre settimane dopo l'esposizione: l'effetto della sigaretta è molto marcato e lo stesso può dirsi per vino rosso, salsa di soia e caffè. Per la sigaretta elettronica gli effetti sono quasi impercettibili.

Chiudiamo con alcuni studi eseguiti in laboratorio sulle colture orali (boccali e gengivali). Queste colture sono lo stato dell'arte della ricerca in vitro: mantengono la struttura dimensionale dell'epitelio gengivale e sono molto importanti per le informazioni che si possono evincere sulla citotossicità, sul metabolismo delle sostanze chimiche e per tracciare il profilo dei marker infiammatori che vengono secreti dalla coltura.

Il primo risultato riguarda l'istologia delle cellule: abbiamo creato delle sezioni longitudinali delle stesse. Per quello che concerne le colture boccali, nei controlli esposti a 72 ore dall'esposizione per 28 minuti a una

concentrazione di fumo di sigaretta del 24%, corrispondente a circa 10 sigarette, si rivela una trasformazione del tessuto che invece non è stata riscontrata per esposizioni a nicotina doppie, ma attraverso prodotti heat non burn.

Per quello che invece concerne le colture gengivali, dopo tre esposizioni di 28 minuti in tre giorni, misurate a 24 ore di distanza dall'ultima esposizione, abbiamo rilevato come il controllo esposto all'aria mantenga la sua struttura classica con la parte basale intatta e quella cheratinica; invece quello esposto a fumo di sigaretta viene distrutto, ha una cheratinizzazione marcata visibile e una perdita degli strati basali. I campioni esposti a vapori provenienti da prodotti heat not burn mantengono la struttura inalterata.

Un altro risultato interessa la quantificazione di marker infiammatori secreti dalla colture gengivali esposti 3 volte per 28 minuti a fumo di sigaretta e vapore di heat not burn: tra gli altri analizzati segnaliamo IL8 (rilasciato nel fluido gengivale crevicolare di fumatori e pazienti con parodontite), MMP (potenziale marker di riparazione tissutale in parodontite aumentato nei modelli infiammatori orali), IL1A (dimostrato di aumentare il riassorbimento osseo e il ricambio di collagene e di

stimolare altre citochine infiammatorie), TNFA (sovregolamentato nei tessuti gengivali dei fumatori), IL6 (diminuito nella saliva dei fumatori). Per esempio, nel caso di IL1A, dopo esposizione a fumo di sigaretta, c'è un aumento pari a 16 volte rispetto al controllo esposto all'aria, dunque in misura estremamente elevata; dopo esposizione a vapore di prodotti heat not burn abbiamo invece un aumento di sole 1.3 volte di questo marker.

Infine l'ultimo risultato riguarda gli studi sulla sigaretta elettronica, con colture boccali esposte a 112 boccate di sigaretta tradizionale confrontate con altrettante di sigaretta elettronica: nel primo caso abbiamo rilevato la distruzione del tessuto, cosa che invece non avviene in nessun modo nel secondo, in cui il tessuto rimane pressoché identico al controllo. Abbiamo anche voluto raddoppiare il numero delle boccate di sigaretta elettronica ma la morfologia del tessuto è rimasta intatta.

Abbiamo quantificato anche delle proteine chiave dello stesso sedativo e abbiamo notato che dopo l'esposizione a 112 boccate di vapore di sigaretta elettronica non abbiamo praticamente nessun marker tra quelli analizzati che cambi significativamente. Abbiamo invece alcuni

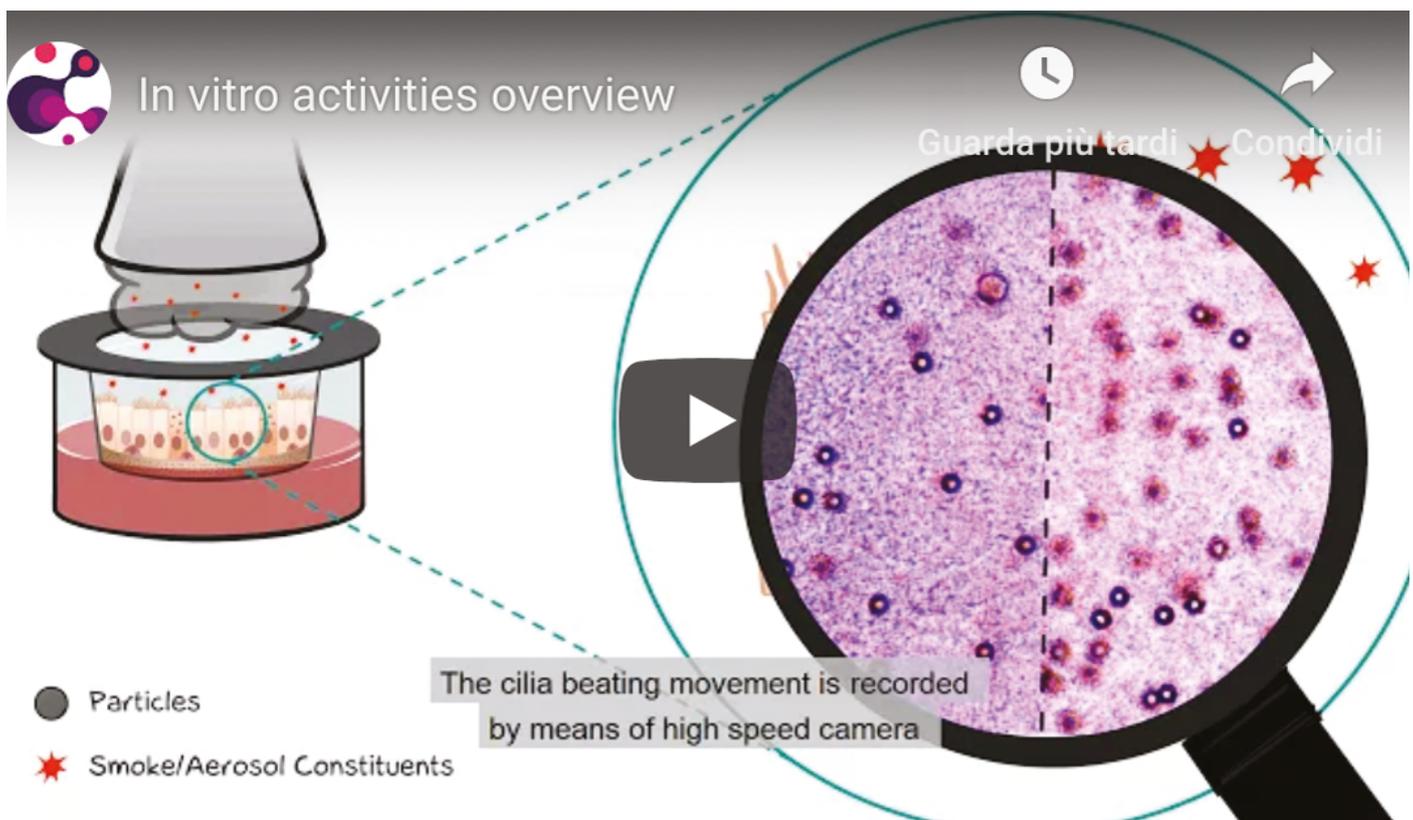
marker che vengono alterati significativamente dopo l'esposizione a fumo di sigaretta.

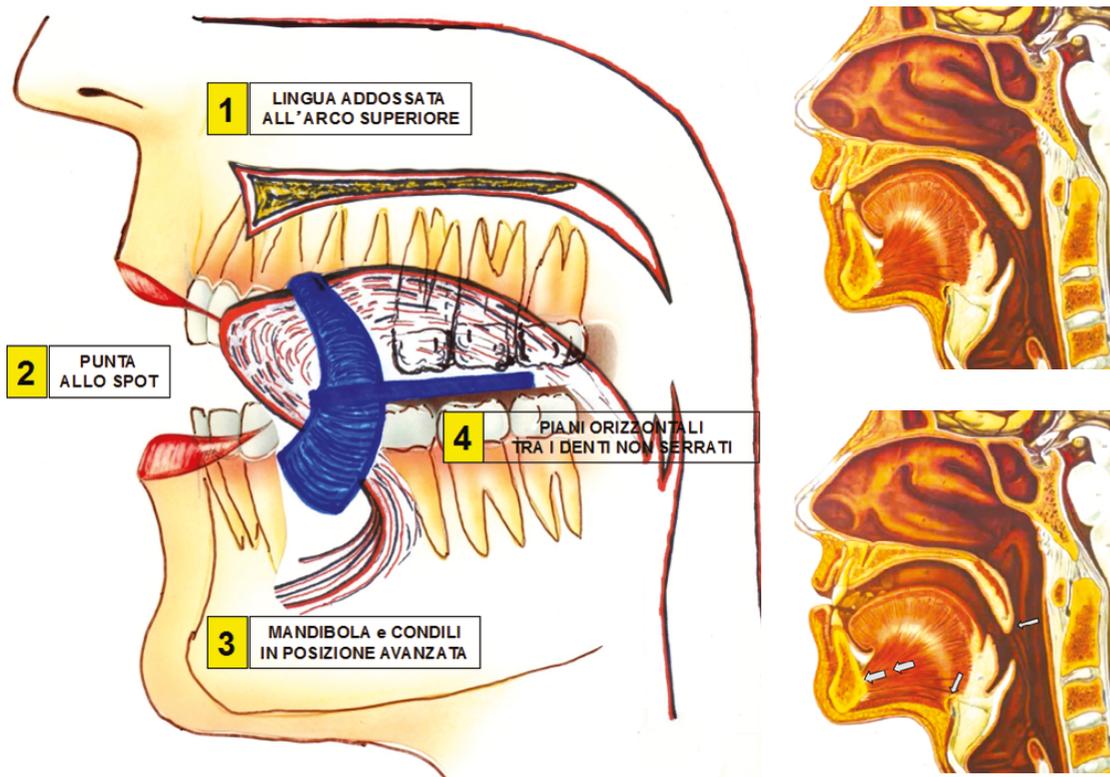
Esistono anche dei software all'avanguardia che possono calcolare l'impatto biologico totale in seguito all'esposizione a fumo di sigaretta o capire l'effetto di altri prodotti basandosi sull'alterazione genica. A 4, 24 o 48 ore di distanza dall'esposizione a fumo di sigaretta l'impatto biologico è molto elevato, mentre dopo l'esposizione a vapore di sigaretta elettronica, già basso di partenza, tende a scomparire già a 48 ore di distanza.

Per concludere, abbiamo visto come il vapore di prodotti heat not burn e sigarette elettroniche non provochi discromie evidenti nei denti e qualora presenti possono essere facilmente rimosse tramite l'utilizzo di dentifrici sbiancanti.

Inoltre negli esperimenti effettuati abbiamo dimostrato che le colture cellulari hanno avuto decisamente meno danni nel caso di esposizione a vapore rispetto al fumo di sigaretta.

Per approfondimenti, consultare gli studi pubblicati su:
www.intervals.science
www.pmscience.com
www.sbvimprover.com





NELLA FOTO GRANDE: LA POSIZIONE DELLA LINGUA ALL'INTERNO DELL'ANELLO DEL RIPARA CON LA PUNTA ADDOSSATA ALL'ARCO SUPERIORE E ALLO SPOT (1) (2), LO SVINCOLO DAI CONTATTI DENTALI CREATO DAI PIANI ORIZZONTALI (4) E LA MODIFICA DELLA DIMENSIONE VERTICALE DETERMINATA SIA DALLO SVINCOLO OCCLUSALE SIA DAL RIPOSIZIONAMENTO TRIDIMENSIONALE MANDIBOLO-CONDILARE (3) GUIDATO DALL'ARCO INFERIORE DEL RIPARA.

NELLE FOTO IN PICCOLO: FIGURE SCHEMATICHE DI COME SI MODIFICA LA POSIZIONE DELLA MANDIBOLA E DELL'OSSO IOIDE, MA ANCHE DELLE VIE AEREE RETROFARINGEE CON L'AVANZAMENTO DELLA MANDIBOLA E IL RIPOSIZIONAMENTO ANTERIORE PROMOSSO DALL'ANELLO LINGUALE RIPARA.

DAL RADICA AL RIPARA 25 ANNI DI STORIA GNATOLOGICA

Di fronte a certi casi occorre andare oltre la stretta logica della soluzione del problema dei denti e dei muscoli. La lingua è l'antagonista dei muscoli serratori e consente una riprogrammazione neuromuscolare totalmente nuova al paziente. Capire prima la diagnosi permette di differenziare la terapia in base ai fattori causali principali

di **Alessandro Rampello**
ODONTOIATRA GNATOLOGO
ed **Enrico Massarotti**
ODONTOTECNICO

ALESSANDRO RAMPELLO

Dal 1983 al 1989 presso l'ambulatorio di Gnatologia clinica della Sapienza di Roma abbiamo testato di tutto e di più: full coverage, michigan, bite lane, ecc. Sennonché mi sono reso conto che per alcuni aspetti di carattere gnatologico mancava qualcosa: i distrattori per le disfunzioni che erano riconosciute come lock, blocco delle articolazioni e da qui sono partito fino ad arrivare a brevettare il RADICA nel 1991. Andando avanti, com'è ovvio, ho colto altre mancanze: per esempio la necessità di un apparecchio intuitivo-rieducativo che potesse dare non solo decondizionamento neuromuscolare ma che garantisse anche una sorta di "riprogrammazione" neuromuscolare: nel 2004 ho lanciato il primo

UNIRA per arrivare nel 2010 al brevetto dell'anello linguale RIPARA.

Di strada ne è stata fatta tanta da quando, era il 1983, applicavamo tutti questi dispositivi (splint occlusali):

Indiretti

- * di rilassamento
- * di svincolo e rilassamento

Diretti

- * distraenti
- * di riposizionamento

Misti

- * di stabilizzazione
- * di protezione
- * modulari

Mi preme sottolineare come prima del 2010 non esistessero dispositivi rieducativi, precostituiti e preconfezionati.

ENRICO MASSAROTTI

Il primo prototipo splint RADICA era composto da due molle poste in orizzontale all'altezza del bite superiore, una cerniera di svincolo, una placca superiore e una placca inferiore. Deve il suo nome ai tre inventori: Rampello, Di Paolo, Cascone.

Nel 1994 assistiamo all'introduzione di una modifica fondamentale: le molle sono poste perpendicolarmente al piano occlusale (e non più orizzontalmente) segnando la sua "nascita" anche per i tecnici.

Come funziona il dispositivo dinamico:



abbiamo fatto un test nell'ambito dell'Istituto Superiore di Sanità dove abbiamo ricostruito con dei denti estratti una protesi inferiore e con il modello in gesso abbiamo ricostruito la placca superiore. Il nostro dispositivo è stato sottoposto a un test di carico, apertura e chiusura, per 50mila cicli. Da qui sono emerse alcune risultanze: il test serviva a determinare la resistenza della resina e delle molle in modo che non si rompessero. Il test è stato brillantemente superato, le molle non si sono rotte, la resina si è consumata in misura ridottissima.

Il dispositivo dinamico è quello che fa muovere l'apparecchio: è costituito da due molle, due cerniere e una barra di collegamento. Dopo i test di carico, su indicazione dei clinici, abbiamo stabilito quanta forza dovessero avere le molle. Abbiamo visto che il risultato ideale era una molla da 1,2 mm di diametro, 3 spire, 5 millimetri di diametro interno per un carico di 200 kg. Il problema era che le molle si rompevano troppo facilmente. Abbiamo allora posizionato le molle perpendicolarmente al piano oclusale per non stressarle eccessivamente come nei precedenti dispositivi. Abbiamo provato a mettere il filo passante dietro e davanti alle molle ma il risultato ottimale lo abbiamo ottenuto facendolo passare al centro geometrico di rotazione della molla. Il segreto del dispositivo è nella barra di collegamento che trattiene la

slitta passante dentro le molle al centro delle stesse: non deve frizionare.

Come fare le molle?

Ci siamo ingegnati sulla base di un prototipo molto artigianale, poi abbiamo creato degli avvolgitori che ci consentono di fare queste molle con quante spire vogliamo fino ad arrivare a un dispositivo che ci consente di fare molle dal diametro interno di 5 millimetri per un pezzo e da 3 millimetri per un altro.

Per la realizzazione del RADICA abbiamo studiato che ci vogliono 337 minuti di lavorazione e un'abilità tecnica alta.

ALESSANDRO RAMPOLLO

RIPARA è un rieducatore posizionale attivo. Non è miracoloso ma aiuta il paziente a riprogrammarsi: per arrivarci, però, bisogna conoscere logiche differenti e di fronte a certi casi occorre andare oltre la stretta logica della soluzione del problema dei denti e dei muscoli. La lingua è l'antagonista dei muscoli serratori e va a dare una riprogrammazione neuromuscolare totalmente nuova al paziente. Qual è dunque la logica di questa impostazione? Capire prima la diagnosi per poi poter differenziare la terapia in base ai fattori causali principali. Ecco, quindi, che l'anello linguale rappresenta quello che potremmo definire un presidio:

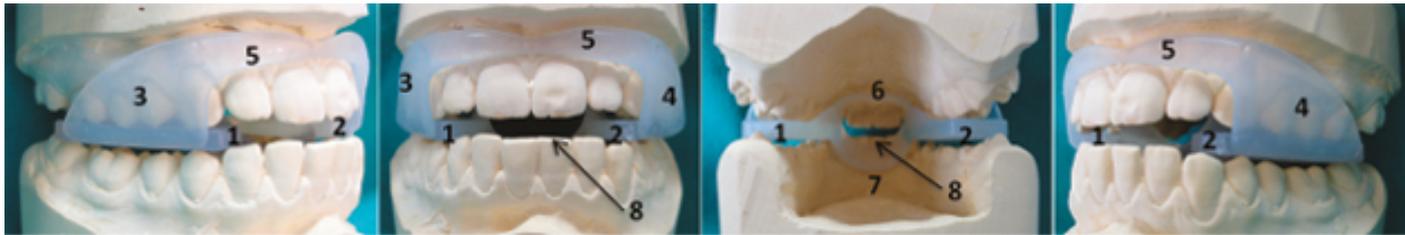
* Intercettivo immediato

- * Di decondizionamento propiocet
- * Di riposizionamento oclusale articolare
- * Di svincolo
- * Rieducativo e cognitivo
- * Di mantenimento e protezione

L'Anello Linguale RIPARA è un innovativo dispositivo oclusale universale derivato da una lunga ricerca clinica e dall'applicazione di migliaia di apparecchi orali. Non è un semplice bite da inserire solo tra i denti come un "cuscinetto", ma è un Rieducatore Funzionale Attivo delle componenti Cranio-Cervico- Mandibolari. È il primo dispositivo gnatologico universale che mette la lingua al centro della terapia e che coinvolge il paziente in modo attivo a eseguire diverse funzioni dinamiche e comportamentali. Unisce le conoscenze della gnatologia classica alla rieducazione MioFunzionale e Comportamentale. Con L'Anello Linguale RIPARA è possibile associare più azioni terapeutiche in modo sinergico e contemporaneo:

A) La terapia dei "bite", accettata e validata dalla comunità scientifica, che modifica direttamente i rapporti neuro ocluso articolari.

B) La terapia con gli esercizi funzionali eseguiti dal paziente mantenendo il RIPARA in bocca, sia a domicilio sia sotto la guida del clinico, per riattivare e stimolare



re facilitazioni neuro muscolari.

C) La terapia del "counselling-information" e le autocure con la collaborazione comportamentale da parte del paziente.

- A queste importanti interazioni terapeutiche vanno associate altre fondamentali funzioni svolte dal RIPARA:

- 1) Il riposizionamento e la propulsione tridimensionale della mandibola e dei condili per il recupero di nuovi rapporti dinamico funzionali.
- 2) L'aumento della dimensione verticale e lo svincolo dai contatti dentali abituali.
- 3) L'innalzamento e la rieducazione attiva di lingua e osso ioide.
- 4) Il cambiamento del sistema di leve con modificazione dei vettori di forza dei muscoli masticatori.
- 5) La rieducazione propriocettiva neuro-occluso-muscolare data dal tipo di materiale morbido che fa fare un lavoro fine ai propriocettori dentali stimolati continuamente a effettuare autoregolazioni sulla pressione, sulla dimensione verticale e nella propulsione morbida anteriore.
- 6) La rieducazione cognitiva neuro-muscolare data dagli esercizi funzionali: respiratori, motori, fonatori e di deglutizione.
- 7) La coordinazione neuro-muscolare data dal continuo equilibrismo effettuato dal paziente nel mantenere il RIPARA mediante la lingua e non tramite i ganci.

Tutto questo produce decondizionamento, riorganizzazione e riequilibrio degli engrammi neuro muscolari dei muscoli masticatori e del sistema tonico posturale. Inoltre l'aumento della dimensione verticale, associata all'avanzamento della mandibola e all'apertura anteriore facilita la respirazione con vantaggi sulle roncopatie (russamento) e le apnee lievi o medio-periferiche (Fig. 9, 10). Il rilassamento di tutto il sistema si può osservare anche sulle pieghe cutanee di viso e collo. L'Anello Linguale RIPARA non essendo un dispositivo di tipo rigido associa anche il vantaggio di rispettare i dettami della respirazione

cranio sacrale.

COME È FATTO

Ha due piani orizzontali che si estendono dai canini ai molari per non far venire in contatto i denti, per svincolarli dall'ingranaggio occlusale e per aumentare la dimensione verticale (1, 2).

Ha due scudi verticali che nascono dai piani orizzontali per bilanciare le forze dei muscoli delle guance (3, 4).

Ha una frangia o fettuccia anteriore sottile che collega i due scudi verticali passando nel vestibolo tra la gengiva e il labbro superiore che aiuta a fare rimanere l'apparecchio in alto ancorato al mascellare superiore (5).

Al centro è presente l'anello linguale che è formato da due archi: l'arco superiore (6), che circonda la faccia palatale della lingua e l'arco inferiore (7), che guida la mandibola e i condili in posizione avanzata e obbliga la lingua a posizionarsi più in alto.

Ha una ampia apertura anteriore tra i due piani orizzontali per favorire il passaggio dell'aria durante il sonno e per aiutare il controllo delle roncopatie (russamento) e delle apnee notturne (8).

SPIEGAZIONI DI UTILIZZO

L'Anello Linguale RIPARA è di facile utilizzo: va inserito in bocca con la frangia anteriore all'esterno degli incisivi superiori (Fig. 4).

La lingua va posizionata dentro l'anello accostata all'arco superiore con la punta sullo "spot" (piccola rilevanza carnosa tra gli incisivi superiori) (Fig. 5 e 6).

I piani orizzontali devono rimanere come sospesi tra le arcate e i denti non devono essere stretti con forza (terapia comportamentale) (Fig. 5).

La parte bassa dell'anello guiderà la lingua in alto e gli incisivi inferiori a scivolare in avanti assieme alla mandibola e ai condili (Fig. 6).

Va applicato in media dalle 6 alle 10 ore tra notte e giorno in modo progressivo fino ad abituarsi a mantenerlo tutta la

notte.

Nelle prime tre settimane sarà importante seguire il più possibile il calendario degli esercizi giornalieri allegato.

Nello stesso calendario, come anche spiegato dal clinico, sono riportati in modo semplificato ma esaustivo gli esercizi da effettuare di giorno (15 minuti per tre volte: mattina, pomeriggio, sera) e di notte prima di addormentarsi per poi tenerlo nel sonno tutta la notte.

Quando i disturbi si attenueranno o risolveranno si potranno ridurre gradualmente gli esercizi di movimento da tre volte al giorno a una sola volta al giorno fino a farli due/tre volte a settimana, ma non si ridurranno gli esercizi cognitivi a non serrare, quelli di postura della lingua e quelli respiratori, mentre si dovrà continuare l'utilizzo notturno del RIPARA assieme alla mascherina.

Durante le prime applicazioni potranno evidenziarsi fastidi da compressione e/o tensioni muscolari.

In questi casi è consigliato togliere il dispositivo per qualche ora. Potrà verificarsi anche senso di nausea e salivazione profusa.

Gradualmente questi fenomeni tenderanno spontaneamente a scomparire. Se dovessero perdurare o evidenziarsi altri disagi inviare segnalazione o contattare lo specialista.

COME FUNZIONA E PERCHÈ

Il RIPARA, come già in parte descritto nel paragrafo 1 (cosa è e cosa fa l'Anello Linguale RIPARA), funziona perché svolge importanti azioni a livello delle diverse componenti del sistema stomatognatico:

- 1) Determina l'immediato riposizionamento e la propulsione tridimensionale della mandibola e dei condili e quindi stimola il recupero di nuovi rapporti dinamico funzionali di tutte le componenti, compreso il disco.
- 2) Modifica la dimensione verticale e determina lo svincolo dai contatti dentali abituali.
- 3) Promuove l'innalzamento e la rieducazione attiva dei muscoli della lingua e di quelli sopra e sotto ioidei (Fig.7b, 8).
- 4) Determina il cambiamento del siste-

ma di leve dei muscoli masticatori per mezzo dell'avanzamento della mandibola e del contemporaneo innalzamento della lingua e quindi modifica i vettori di forza degli stessi muscoli che non riescono più a esprimere il massimo carico funzionale abituale.

5) Promuove una rieducazione propiocettiva neuro-occluso-muscolare grazie al tipo di materiale morbido, perché lo stesso fa fare un lavoro fine ai propriocettori dentali, stimolati continuamente ad effettuare aggiustamenti e autoregolazioni sulla pressione, sulla dimensione verticale e nella propulsione morbida anteriore.

6) Stimola la rieducazione cognitiva neuro-muscolare mediante gli esercizi funzionali: respiratori, motori, fonatori e di deglutizione.

7) Stimola la coordinazione neuro-muscolare data dal continuo equilibrio effettuato dal paziente nel mantenere il RIPARA mediante la lingua e non tramite i ganci.

History case: Prima visita 19 luglio 2018. 26 anni fa cade un canino alla paziente durante la gravidanza. Dopo cinque/sei anni senza intervenire si reca dal dentista che opta per un ponte fisso. Successivamente la paziente inizia a lamentare dei dolori alla schiena, in corrispondenza della scapola sinistra. Inizialmente la paziente crede si tratti di comuni problemi di schiena, ipotizza qualcosa di osseo e, dopo alcuni esami per approfondire, risulta tutto negativo. È la paziente stessa a rendersi conto che, data la compatibilità di date, potesse trattarsi di un dolore ricollegabile alla perdita del dente e alla sostituzione con il ponte fisso. Così si rivolge a uno gnatologo dentista che prima di toglierle il ponte nota una asimmetria posturale della paziente. Dopo aver tolto il ponte, il dentista procede con sette/otto protesi con altrettanti byte. La paziente lamenta che qualsiasi cosa transiti nell'area del canino caduto le fa esplodere il dolore. Cosa fareste voi? Un altro bite? Un'altra protesi? Cosa pensate che possa avere questa paziente? Sono i denti? Sono i muscoli?

A tre mesi e mezzo dalla prima visita con me, dopo aver iniziato a utilizzare il RIPARA, la paziente ci dice che per la prima volta dopo tanti anni il dolore è nettamente diminuito, talvolta addirittura scompare, anche di giorno, quando rimonta il ponte. Al controllo del 20 marzo la paziente conferma che i miglioramenti sono proseguiti nonostante un mal di gola che le ha impedito per qualche giorno di adottare l'anello linguale:



Indicazioni e controindicazioni per l'utilizzazione di RIPARA

- INDICAZIONI PRIMARIE -

- BRUXISMO E SERRAMENTO
- ALGIE MUSCOLARI DA IPERCARICO DEI MUSCOLI MASTICATORI (MIALGIE)
- ALGIE ATM DA IPERCARICO MUSCOLARE e da INCOORDINAZIONE CONDILO DISCALE
- CLICK DISCALI CON O SENZA ALGIE (RUMORI in ATM da ricattura del disco) O TERAPIA DEI LOCK DOPO LO SBLOCCO
- CEFALIE DA TENSIONE MUSCOLARE
- ACUFENI SENZA DIAGNOSI CERTA
- DECONDIZIONAMENTO NEURO MUSCOLARE PRIMA O DURANTE TRATTAMENTI ORTODONTICI E/O PROTESICI

(In sintesi sono le stesse indicazioni del FARRAR, ma con logiche di gestione diverse)

- Il RIPARA permette di effettuare anche:

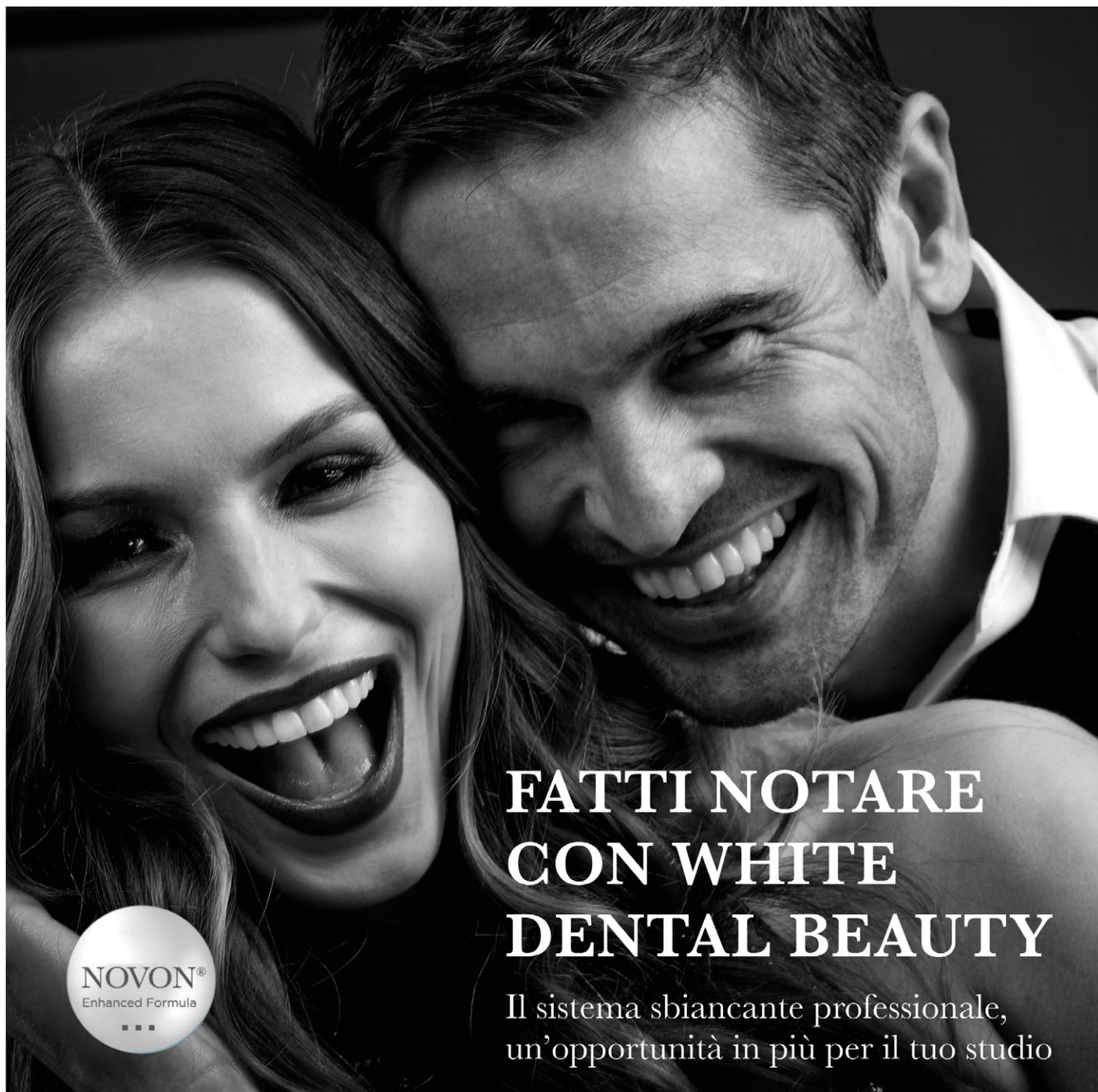
- La Rieducazione attiva della lingua;
- Gli Esercizi dinamici funzionali;
- La Terapia Propiocettiva linguale, occlusale e connettivale peri e intraarticolare;
- La Terapia Cognitivo Comportamentale.

- INDICAZIONI SECONDARIE -

- RUSSAMENTO LIEVE E MEDIO DA RILASSAMENTO OSTRUTTIVO
- APNEE LIEVI O MEDIE (OSAS) PERIFERICHE DA RILASSAMENTO OSTRUTTIVO
- CERVICALGIE DA INVERSIONE DI CURVA
- RICONDIZIONAMENTO DEI TESSUTI MOLLI PERI ORALI

- CONTROINDICAZIONI -

- TERZE CLASSI SCHELETRICHE O TERZE CLASSI COMPENSATE
- ESTESE PARODONTOPATIE CON MOBILITÀ DEGLI INCISIVI INFERIORI
- CLICK DISCALI CHE NON REGREDISCONO CON IL RIPOSIZIONAMENTO: IPER LASSITÀ, DEFORMAZIONI, ECC.
- LOCK DISCALI PRIMA DI ESSERE RECUPERATO IL DISCO
- IPERLORDOSI CERVICALE
- CONFORMAZIONI ANATOMICHE E/O STRUTTURALI PARTICOLARI: mascellari iperespansi, seconde classi "II/II" troppo bloccate.
- PAZIENTI IN ETÀ EVOLUTIVA SENZA ADEGUATO MONITORAGGIO



FATTI NOTARE CON WHITE DENTAL BEAUTY

Il sistema sbiancante professionale,
un'opportunità in più per il tuo studio



Il segreto



di uno splendido sorriso



Vitalità della polpa: quello al freddo è il test migliore

NEWS



a cura di **Filippo Turchet Casanova**
ODONTOIATRA

È importante nella pratica clinica quotidiana poter sapere in modo quanto più affidabile e veloce lo stato di salute della polpa del dente. Sarebbe poi opportuno che questo metodo fosse anche semplice, ripetibile e a basso costo.

Una revisione con meta-analisi ha considerato i risultati di 28 studi per asserire quale fosse il miglior test di vitalità (più sensibile e specifico).

Sono stati considerati il test al freddo, il test al caldo, il test del potenziale elettrico e più raffinati

test mirati a rilevare la saturazione del sangue del circolo pulpare.

È emerso che il comune test con cloruro di etile porta a stabilire con sicurezza lo stato di salute pulpare, in modo sicuro e affidabile, anche comparato a test ben più sofisticati; dovrebbe pertanto essere la prima scelta del clinico nell'iter diagnostico.

Fonte: B. Balevi, Cold pulp testing is the simplest and most accurate of all dental pulp sensibility tests, Evidence-Based Dentistry 20, 22-23 (2019)

Editoriale (SEGUE DA PAG. 2)

“ I pazienti con una storia di periodontite presentano una percentuale minore di sopravvivenza degli impianti e un significativamente più alto numero con siti con perdita di osso perimplantare. In più i pazienti che non hanno aderito completamente a un programma di supporto in terapia parodontale hanno presentato un elevato numero di impianti falliti. Ciò sottolinea l'importanza della terapia parodontale di supporto nel mantenimento degli impianti a lungo termine, soprattutto nei soggetti affetti da parodontite, per controllare l'infezione e limitare le complicazioni biologiche”(5).

Dunque anche sulla seconda questione, da almeno venti anni, l'evidenza scientifica dimostra che gli impianti, senza attenta terapia parodontale di mantenimento, si ammalano di perimplantite.

E allora perché, non si attuano tutte le procedure necessarie prima di “cavare” e prima di “inserire”? Ci sono almeno due risposte:

- La prima, la più vergognosa: perché si guadagna di più a mettere un impianto.

- La seconda, meno vergognosa sul piano etico, ma altrettanto sul piano clinico: perché non si ha l'organizzazione in studio necessaria per garantire una attenta e continua terapia parodontale di supporto. Non c'è l'igienista, non c'è un numero sufficiente di igieniste, non c'è l'organizzazione per fare del reparto di

prevenzione il cuore dello studio. La terapia parodontale di mantenimento diventa “la pulizia dei denti”: 20 minuti 30 euro.

Questo si è svilimento della professione!

1) McFall WT Jr. Tooth loss in 100 treated patients with periodontal disease. A long-term study. *J Periodontol* 1982; 53: 539-549

2) Pedersen PH, Lang NP, Muller F: “What are the longevities of teeth and oral implants?” *Clin. Oral Impl. Res.* 18 (suppl.3), 2007; 15-19

3) Dannewitz B, Zeidler A, Husing J, Saure D, Pfefferle T, Eickholz P, Pretzl B. “Loss of molars in periodontally treated patients: results 10 years and more after active periodontal therapy”. *J Clin Periodontol* 2016;43:53-62

4) Karoussi I.K, Salvi G.E, Heitz-Mayfield L, Bragger U, Hammerle C.H, Lang N.P: “Long -term implant prognosis in patients with and without a history of chronic periodontitis: a 10-year prospective cohort study of the ITI Dental Implant System.” *Clin.Oral Impl.Res.* 2003; 14:329-339

5) Wayne W. Hsieh, DDS1/Allyn Luke, BSCE, MSCE2/Jason Alster3/Saul Weiner, DDS4” “Sensory Discrimination of Teeth and Implant-Supported Restorations”

The international Journal of Oral & Maxillofacial Implants
Volume 25, number 1, 2010 pag. 146-152

Dr. Ciccarelli
dal 1821

S.O.S.[®] DENTI

RIGENERA & PROTEGGE LO SMALTO

DENTIFRICIO E SIERO SENZA PARABENI, SLS E TRICLOSAN
con INSTANT ACTIVE PHOSPHATE Rigenerante e Rinforzante



Dalla ricerca Ciccarelli, la soluzione combinata per rigenerare lo smalto.

La matrice minerale dei denti viene normalmente rigenerata fisiologicamente da calcio e fosfato presenti nella nostra saliva. Giorno dopo giorno però lo smalto dei denti si consuma e può nascere il problema della ipersensibilità dentinale. La ricerca **Dr. Ciccarelli ha trovato la soluzione**, un utilizzo combinato di siero e dentifricio con Instant Active Phosphate che favorisce la rigenerazione dello smalto.

COME FUNZIONA:

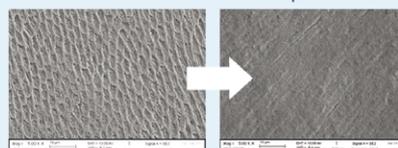
Instant Active Phosphate stimola i fenomeni di rigenerazione e riparazione dello smalto replicando la composizione dei cristalli di calcio presenti sui denti, rilasciando inoltre in modo prolungato ioni fluoro attivi come inibitori della demineralizzazione.



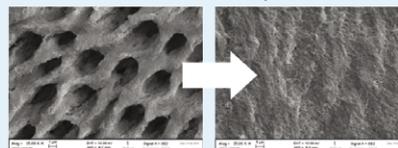
I RISULTATI DEI TEST:

“L’azione di S.O.S.[®] DENTI DENTIFRICIO è efficace a lungo termine e soprattutto nell’indurre la formazione di nuovi cristalli su quelli di smalto naturalmente presenti nello smalto. L’apporto di ioni calcio, fosfato e fluoro aiuta a ripristinare la fase inorganica dello smalto erosa durante i processi di demineralizzazione acida. L’azione di S.O.S.[®] DENTI SIERO REMINERALIZZANTE comporta il deposito di un nuovo strato di materiale al di sopra della fase minerale nativa.”

Con S.O.S.[®] DENTI DENTIFRICIO dopo 2 settimane.



Con SIERO S.O.S.[®] DENTI dopo 1 settimana.



Test in vitro condotti presso autorevole Centro di Ricerca Nazionale su slabs di denti bovini demineralizzati

IL SUCCESSO INFINITO DI VASCO

di **Manlio Di Giovanni**
CRITICO MUSICALE



I concerti di Vasco Rossi negli ultimi decenni sono diventati veri e propri fenomeni di sociologia, oltre che degli eventi musicali. Fan che stazionano in tenda davanti allo stadio già la notte prima dell'evento etc.

Per questo suo tour chiamato Non Stop Live 2019, Vasco ha battuto l'ennesimo record: suonare nello stadio Meazza di San Siro per sei concerti consecutivi (nemmeno a dirlo tutti esauriti), nessuno ci era mai riuscito prima.

Sei date divise a due a due dal 1° al 12 giugno, con alcuni giorni di pausa in mezzo.

Il primo concerto del Vasco nazionale al Meazza risale al lontano 1990, subito dopo la conclusione dei mondiali di calcio e di concerti in questo stadio ne ha collezionati moltissimi da allora, ma quest'anno l'atmosfera è particolare.

Vasco a questo giro non promuove un disco di inediti, quindi la scaletta è inevitabilmente un best of della sua quarantennale carriera; nelle interviste di presentazione, aveva dichiarato un sound punk-rock...in realtà a giochi fatti è solo rock nel senso che non c'è il sassofono, mentre in effetti le chitarre sono in primissimo piano.

I due chitarristi sono il virtuoso americano Stef Burns, ormai con Vasco da parecchi anni e Vince Pastano nel ruolo di direttore musicale. Alle tastiere l'altrettanto storico Alberto Rocchetti, invece al basso la leggenda Claudio Golinelli, a causa dei recenti problemi di salute, compare come "special guest" su alcuni brani, mentre in pianta stabile c'è il giovane Andrea Torresani.

La prima parte dello show è più rock appunto e vengono eseguiti alcuni brani tipici di inizio carriera di Vasco, i cui titoli dicono tutto: "Fegato Spappolato" e "Ti taglio la gola" solo per citarne un paio. Ma anche canzoni più recenti come "Mi si escludeva", "Buoni o Cattivi" e "La fine del Millennio". La produzione a livello audio e luci / schermi è ovviamente al top e non sembra quasi di essere in uno stadio data l'acustica davvero buona.

Ci sono anche un paio di pause per far tirare il fiato al quasi settantenne Vasco: uno strumentale con performance della nuova corista Beatrice Antolini. Poi la parte più calda dello show, con tutti i brani più famosi: "Gli Spari Sopra", "Rewind", "Vivere", "C'è chi dice No" e gli immancabili due bis finali: "Vita Sperimentata" e "Alba Chiara", con

tanto di fuochi d'artificio.

Dopo le sei date milanesi ce ne sono in programma altre due a Cagliari, anch'esse esaurite naturalmente.

Cosa si può dire di un concerto di Vasco Rossi? Sicuramente un'esperienza che va vissuta almeno una volta nella vita, il pubblico risponde sempre in massa, quasi fosse una chiamata alle armi. Non a caso negli ultimi anni Vasco ha preso il soprannome di Komandante...

Il repertorio a questi livelli è tutto: alcune sue canzoni sono davvero belle e hanno fatto la storia della musica rock d'autore in Italia, altre magari meno (soprattutto le più recenti) ma una qualità che nessuno può negare a Vasco Rossi è la sua totale sincerità di espressione. Non c'è il personaggio Vasco Rossi, lui è così anche nella realtà...prendere o lasciare.

Inoltre, con i tempi che corrono e nonostante la crisi dell'industria discografica ormai conclamata, riuscire a vendere una tale quantità di biglietti per uno show che è sostanzialmente lo stesso delle ultime due/tre edizioni rappresenta un risultato di livello assoluto, difficilmente eguagliabile, con buona pace dei "colleghi" altrettanto celebri del Vasco nazionale.

LEADING REGENERATION

Geistlich
Biomaterials

I biomateriali più documentati in un negozio online rinnovato!



SPESE DI SPEDIZIONE OMAGGIO*

EXACTLY
like no other.



www.shop.geistlich.it

*per ordini online non urgenti

Andando per ristoranti

UNA STORIA DI CUCINA ROMAGNOLA

a cura di Raffaella Casanova

Storico ristorante di Milano Marittima che vanta la medesima proprietà fin dalla sua apertura nel 1970. Ancora oggi il titolare, il signor Franco Mazzoni, vi riceverà personalmente con i suoi modi semplici e raffinati da grande padrone di casa e assieme al suo staff sarà pronto ad accogliere e soddisfare le vostre richieste. Il suo amore per la cucina e la freschezza dei prodotti utilizzati hanno fatto la storia della ristorazione romagnola.

Gusterete una cucina prevalentemente di pesce, dai sapori autentici, curata con attenzione nei più piccoli dettagli. Da non perdere i crudi di pesce assolutamente indimenticabili, le

ottime grigliate tradizionali e i favolosi crostacei, dai gamberi al sale all'aragosta alla catalana.

La cantina è fornitissima e raffinata. Per il dessert avrete la possibilità di visionare di persona il fornitissimo carrello dei dolci, che arriverà direttamente al tavolo (perché "i dolci non si possono elencare ma si devono vedere"). Menzione d'onore per la crema alla catalana che si dice sia la più buona della zona.

Al Caminetto, Viale Matteotti, 46, 48015 Milano Marittima (RA),
Tel. 0544994479
www.alcaminetto.it



I DUE PONTI: LA FAME NON È PREVISTA

a cura di Filippo T. Casanova

Prendendo l'uscita di Gatteo a Mare sulla SS16 e uscendo un poco dalle consuete rotte turistiche, si raggiunge in mezzo alla campagna il ristorante "I due Ponti", che propone un'offerta di cucina romagnola aperta tutto l'anno: d'inverno si mangia all'interno del casale, di fianco alla stufa, d'estate nel bel giardino. L'imperativo è "non si può andare via con la fame": sono particolarmente generose le porzioni di tutti i piatti serviti. L'antipasto è semplice e sempre buono: piadina, salumi, formaggi e sottaceti. I primi spaziano dalle tradizionali tagliatelle al ragù all'ottima pasta e fagioli servita in una coppa apparentemente senza fondo. Le grigliate arrivano sfrigolanti su pirofile multipiano facendo girare la testa a tutti i commensali. Spesso basterà un solo piatto per saziarsi, ed è un peccato, visto che sono letteralmente uno più buono dell'altro e sarebbero da provare tutti. Il sangiovese, prodotto dalla stessa azienda "Due Ponti", viene portato direttamente nelle bottiglie piuttosto che nelle solite caraffe gra-



duate; del resto, "nel litro ci sta anche il mezzo litro", come affermano i simpatici e professionali camerieri. Il ristorante è solo una parte di un più vasto agriturismo. Ne va da sé che la grande qualità dell'offerta derivi in gran parte dalla produzione propria delle materie prime servite (come le verdure e le carni) e dei prodotti (come il vino). Lo stesso agriturismo, inoltre, include

un residence (3 stelle), una piscina e un circolo ippico.

Ultimo ma non ultimo, la struttura è dog friendly. Portate gli amici a quattro zampe, saranno i benvenuti.

I due ponti, Via Fenili 106,
47042, Sala di Cesenatico (FC),
Tel. 054787604\3478375590 -
www.duepontivillage.it



***Bone System.
La bellezza
ha forti radici.***

*Non è solo una metafora, gli impianti sono radici e per durare nel tempo la bellezza ha bisogno di radici sane e forti. Bone System è l'**UNICA** connessione al **Mondo** completamente impermeabile ai batteri, responsabili di patologie sistemiche, di insuccessi biologici, meccanici ed alitosi nei pazienti.*

BONE[®]
SYSTEM
www.bonesystem.it