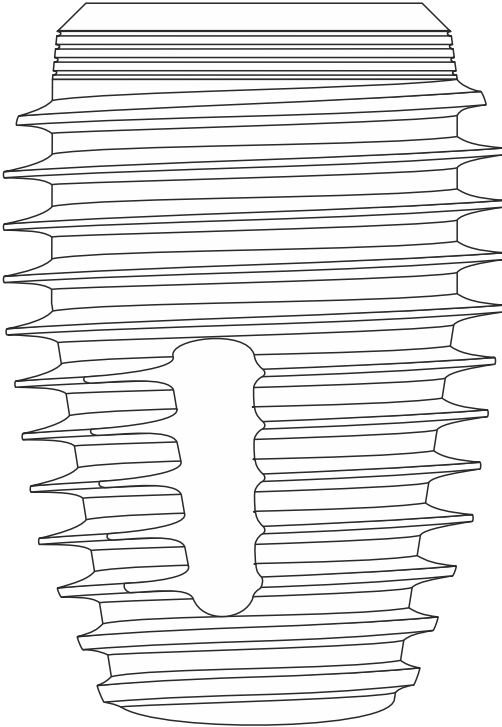


CLINICAL REPORT

K-LARGE



IL PROGETTO DI BASE

Sulla base di nuove esigenze implantari e sull'onda delle forme implantari WIDE di ultima generazione, il progetto implantare K-Lagre fonda le sue radici.

L'applicazione primaria è legata alla necessità di sfruttare i siti post-estrattivi dei 16-17-26-27-36-37-46-47 e guadagnare stabilità primaria nelle vicinanze delle tuberosità del mascellare superiore.

La geometria implantare è in grado di riempire completamente anche difetti avulsivi di diametro 6/7/8 millimetri, stabilizzandosi in soli 7/8 millimetri di altezza.

La connessione protesica deve sopportare stress assiali e vettori di forza trasversali, generati da carichi masticatori importanti e spesso parafunzionali, dal centro massimo della Curvatura di Spee fino alle estensioni più profonde del cavo orale.

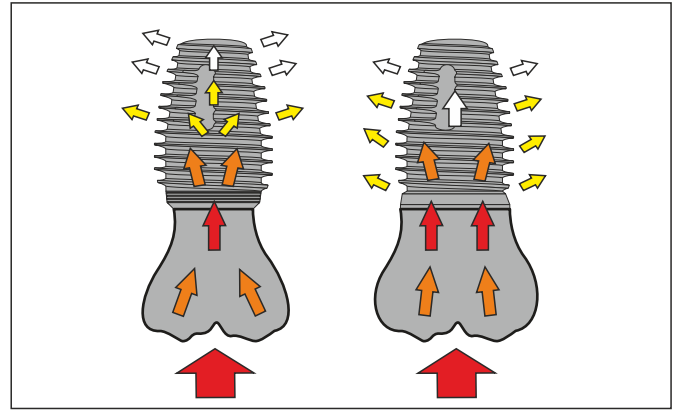
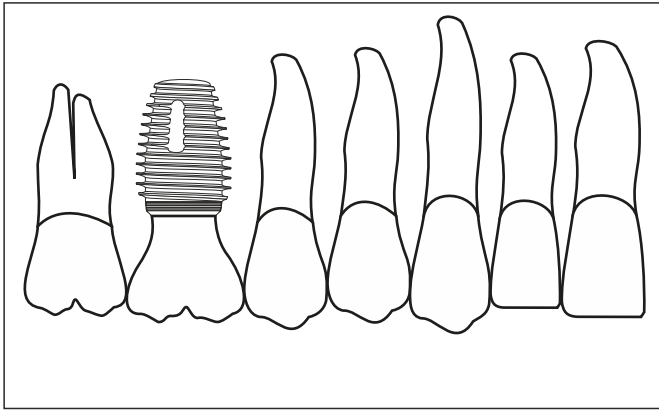


LA MECCANICA E LA FUNZIONE

Shimt F. 2011 - 14.6 - P.A, ha rappresentato una revisione clinica a 4 anni di impianti di largo diametro, nei quadranti posteriori, con geometria ad anfora prodotti dalla Southern Implants. Tale progetto (realizzato dal Dr. Andrew Ackermann) prevedeva, oltre al controllo del successo implantare e alla semplicità chirurgica, la valutazione a lungo termine dell'effetto Bone Rebounding implantare sul riassorbimento coronale a 2 anni.

Riducendo drasticamente il diametro di collo, impianto/terzo coronale rispetto al diametro impianto/terzo medio, il flusso ematico proveniente dal difetto osseo perimetrale coronale produceva osso di qualità superiore con picchi ossei cervicali più alti (migliore angiogenesi coronale e densitometria minerale finale in rapporto 7/10).

Il carico masticatorio progressivo, non distribuendo direttamente energia sulla porzione coronale, muoveva vettori di carico verso il terzo medio e terzo apicale implantare e stimolava il rimodellamento osseo in modo più uniforme.



La corticale ossea e la sua conformazione/composizione, non è indicata per la distribuzione del carico funzionale. Normalmente il legamento parodontale svolge un'azione ammortizzante e distribuisce il carico dove il tessuto osseo è più adatto al rimodellamento delle trabecole. La componente midollare, grazie alla migliore vitalità ematica, si riorganizza in funzione del carico orientando le trabecole in senso contrario (orizzontale) per adattarsi alle complicanze da traumi e parafunzioni.

L'osso corticale coronale, se sottoposto a stress eccessivo, si allontana lasciando spazio al tessuto connettivale come suo alleato.

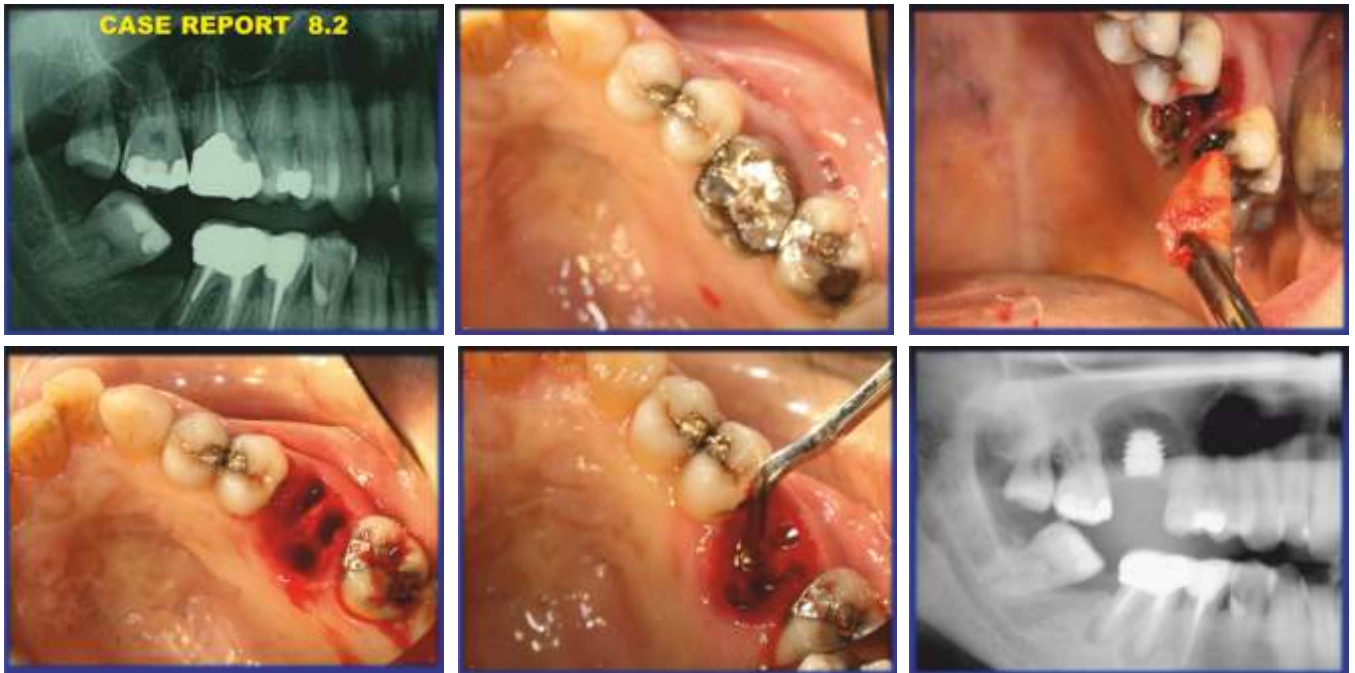


L'APPROCCIO CHIRURGICO

La maggiore difficoltà nella realizzazione di un impianto post-estrattivo immediato è legata alla preparazione del sito ricevente che deve risultare centrato ed in asse rispetto agli elementi contigui.

Preparare un tunnel implantare nel setto radicolare non risulta particolarmente favorevole, ma rappresenta la posizione ideale sia in termini di stabilità sia in relazione alla funzione masticatoria.

Grazie all'utilizzo di frese centratrici e punte piezo-elettriche si possono realizzare guide di preparazione primaria che agevolano l'utilizzo delle frese successive sequenziate in diametri crescenti.



La bonifica dei difetti radicolari mesio/disto/palatali con punte a cavitazione ultrasonica garantisce la riduzione della carica batterica come causa degli insuccessi implantari post-estrattivi immediati.

L'utilizzo di frese di diametro non convenzionale complica leggermente la preparazione finale del tunnel implantare soprattutto quando la qualità ossea è particolarmente mineralizzata in classe D2/D1.

In osso di qualità scarsa, classe D3/D4, è possibile la sotto-preparazione con conseguente miglioramento della stabilità primaria.

L'utilizzo dell'impianto diretto, senza un dispositivo di montaggio, evita l'interferenza con i denti contigui e riduce la dimensione verticale normalmente limitata nei quadranti posteriori.

CLINICAL STUDY

01 Dr. Andrew Ackermann - Maxi Implant - Award al congresso dell American Accademy of Osteointegration 2007 come migliore innovazione implantologica.

02 Fernández-Formoso N, Rilo B, Mora MJ, Martínez-Silva I, Díaz-Afonso - Radiographic evaluation of marginal bone maintenance around tissue level implant and bone level implant: a randomised controlled trial. A 1-year follow-up. *AM.J Oral Rehabil.* 2012 Nov;39(11):830-7 Epub 2012 Aug 13.

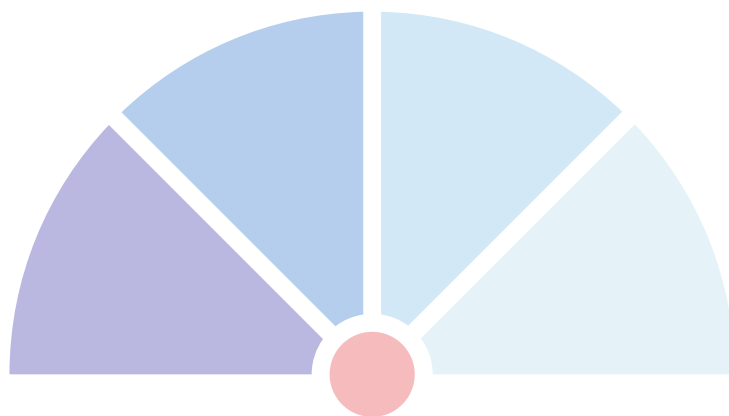
03 Urdaneta RA, Daher S, Leary J, Emanuel KM, Chuang SK - The survival of ultrashort locking-taper implants. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2012 May-Jun;27(3):644-54.

04 Esposito M, Cannizzaro G, Soardi E, Pistilli R, Piattelli M, Corvino V, Felice P. - Posterior atrophic jaws rehabilitated with prostheses supported by 6 mm-long, 4 mm-wide implants or by longer implants in augmented bone. Preliminary results from a pilot randomised controlled trial. *Eur J Oral Implantol.* 2012 Spring;5(1):19-33

05 Desai SR, Karthikeyan I, Singh R. - Evaluation of Micromovements and Stresses around Single Wide-Diameter and Double Implants for Replacing Mandibular Molar: A Three-Dimensional FEA. *ISRN Dent.* 2012. Epub 2012 Mar 7.

06 Urdaneta RA, Leary J, Lubelski W, Emanuel KM, Chuang SK - The Effect of Implant Size 5 × 8 mm on Crestal Bone Levels Around Single-Tooth Implants. *J Periodontol.* 2012 Oct;83(10):1235-44. Epub 2012 Feb 6

07 Liaje A, Ozkan YK, Ozkan Y, Vanlioğlu B - Stability and marginal bone loss with three types of early loaded implants during the first year after loading. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2012 Jan-Feb;27(1):162-72.



Ing. C. A. Issoglio & C. S.r.l.

Via F.lli Di Dio, 68 - 28887 Omegna (VB) - ITALIA

Tel. +39.0323.828.004 - Fax +39.0323.828.914

www.resista.it - info@resista.it