

# MAXILLO

# ODONTOSTOMATOLOGIA

INTERNATIONAL JOURNAL OF MAXILLO ODONTOSTOMATOLOGY  
SUPPLEMENTO AL VOLUME 9 - N° 1 - IN OCCASIONE DE L'8° CONVEGNO NAZIONALE S.I.M.O. 2° CONVEGNO INTERNAZIONALE



REGIONE  
LAZIO



S. I. M. O.  
SOCIETA ITALIANA MAXILLO  
ODONTOSTOMATOLOGICA




ASL  
ROMA A

## ATTI

8° INTERNATIONAL CONGRESS 2° NATIONAL CONGRESS

**S I M O**  
Italian Society of Maxillo Odontostomatology  
CONGRESS PRESIDENT MAURO OREFICI

**maxillo**  
odontostomatology  
AT THE CENTRE  
of innovations in  
ODONTOSTOMATOLOGY




**2010**  
11·12·13  
FEBRUARY

G. Eastman Hospital AULA MAGNA Andrea Benagiano  
Viale Regina Elena, 287b  
*Rome*

2° CONGRESSO INTERNAZIONALE 8° CONVEGNO NAZIONALE

**S. I. M. O.**  
Società Italiana Maxillo Odontostomatologica  
Presidente del Congresso M. Orefici

*La*  
**maxillo**  
odontostomatology  
AL CENTRO  
delle innovazioni in  
**ODONTOIATRIA**



**2010**  
11·12·13  
FEBBRAIO

Ospedale G. Eastman AULA MAGNA Andrea Benagiano  
Viale Regina Elena, 287b  
*Roma*

*Esiste una  
Scuola Odontoiatrica Italiana  
che è patrimonio di tutti.  
Esiste anche una  
Gloriosa Tradizione Ospedaliera:  
ambizione della S.I.M.O  
è di esserne la voce.*

There is an Italian Dental School  
that is the patrimony of all.  
There is also a glorious hospital tradition:  
The ambition of S.I.M.O is to be its voice.



8° convegno nazionale

2° CONVEGNO INTERNAZIONALE

Società Italiana

Maxillo

Odontostomatologica

ATTI

# MAXILLO ODONTOSTOMATOLOGIA

## International Journal of Maxillo Odontostomatology

QUARTERLY OF MAXILLO ODONTOSTOMATOLOGY  
FOUNDED IN 2002 BY MAURO OREFICI  
OFFICIAL JOURNAL OF MAXILLO ODONTOSTOMATOLOGIC ITALIAN SOCIETY

**Editor in Chief**  
Luigi Mastroianni

**Honorary President**  
Giovanni Dolci

**Scientific Director**  
Mauro Orefici

### Editorial Office

Romano Amato  
President

### Advisory Board

P. Bianco, F. Nardi (Anatomia Patologica), C. Ciarla, E. Cipriani, (Anestesiologia Maxillo Odontostomatologica), M. Baraglia, R. Becelli, T. Bianchi, M. Bobò, L. Calabrese, M. Cipollone, V. Contreas, G. Iannetti, A. Moro, F. Pisani, (Chirurgia Maxillo Odontostomatologica), R. Pippi, (Chirurgia Orale), C. Maggiore, L. Pacifici, M. Procaccini, M. Ripari (Clinica Odontostomatologica), D. Baffoni, L. Gallottini (Conservativa), A. Schindler (Fisiopatologia della Deglutizione), E. Accivile, V. De Cicco, C. Di Paolo, (Gnatologia), A. Lacarbonara, R. Marasca (Laserterapia), F. Chiarenza, P. Marini, P. Menduni (Management Sanitario), C. Angioni, A. Di Corato, R. Franchi, L.T. Marsella, (Maxillo Odontostomatologia Forense), P. Marini, (Medicina d'Urgenza), A.M. Fornabaio, L. Ottolenghi (Odontoiatria Preventiva), F. Ambrosi, F. Cianfriglia, R. Morello, G. Spriano (Oncologia), E. Barbato, G. Cassaro, F. De Nuccio, M. Fracon (Ortodontia), F. Ottaviani (Patologia delle Ghiandole Salivari), M. Capogreco, U. Romeo, F. Spadari (Patologia Odontostomatologica), M. De Luca, F. Fiorentini, A. Pilloni (Parodontologia), V. Lacarbonara, R. Gatto, A. Polimeni (Pedodonzia), A. Barlattani, G. Barraco, C. Braconi, V. Corbelli, F. Di Carlo, P. Palattella, G. Pompa, M. Quaranta (Protesi), A. Paoletti, P. Zotti (Radiologia), A. D'Epiro, M. Donvito, (Sanità Militare), A. D'Alessandro (Scienza dell'Alimentazione), M. Angelino, E. Ortolani, P. Vallogini (Urgenze Maxillo Odontostomatologiche)

### NATIONAL REFERENCES

**Northern Italy** Walter Ghinzani  
**Central Italy** Maurizio Ripari  
**Southern Italy** Edoardo Baldoni

### INTERNATIONAL REFERENCES

**Cuba** F. Basulta Valela  
**U.K.** R. Scully  
**France** R. Cavesian, J. Dichamp  
J. F. Chassagne, P. B. Tardieu  
E. Ameisen  
**Israel** O. Fromovich, O. Nahlieli  
**USA** W. Chen, M.L. Urkenor  
C. Meyerowitz  
**Switzerland** F. Marchall  
**Sweden** Jan-Ivan Smedberg

S.I.M.O.



Santa Apollonia

**Managing Editor**  
Maurizio Vergnani

### CORRESPONDING ASSOCIATIONS

**AIAS** (Associazione Italiana Assistenza Spastici)  
Via Cipro 4H - 00136+ Roma - Tel. 06.3251700

**C.O.d.A.** (Cenacolo Odontostomatologico dell'Adriatico)  
Corso P. Umberto, 35 - 65122 Pescara - Tel. 085.373328

**CRAL Ospedale G. Eastman, Roma**  
Viale Regina Elena, 387/b - 00161 Roma - Tel. 06.84483

**Esperanto**  
Via dell'Esperanto, 58 - 90144 Roma - Tel. 06.5921972

**Lega Italiana Lotta Contro i Tumori**  
Via A. Torlonia, 15 - 00161 Roma - Tel. 06.4425971

**Scuola Viva**  
Via Crespina, 35 - Roma - Tel. 06.5515909

**Vaclav Vojta** (Centro di Riabilitazione)  
Via S. Pincherle, 186 - Roma - Tel. 06.5413733

**Co-Directors:** Pasquale Capaccio, Giovanni Davide Galeota  
**Co-Editors in chief:** Giovanni Ballarani, Antonio Manieri  
**Administrative Secretary:** Andrea Sileo  
**Scientific Secretary:** Vincenzo Palazzo  
**Technical Director:** Massimo Stanzione

**Direction, Editorial Office, Graphic Office,**  
**Advertising Office, Administration:** Piazza Confindenza 3, 00185 Roma,  
tel. 06.44.40.040 - fax 06. 23.32.48.671  
e-mail: [rivista@simo-santapollonia.it](mailto:rivista@simo-santapollonia.it)  
Web Site: [www.simo-santapollonia.it](http://www.simo-santapollonia.it)

Pubblicazione Scientifica Trimestrale  
aut. 461 del 5 agosto 2002 Tribunale di Roma

**Publisher:** B&C s.r.l. - Strada Teverina km 3,600 - 01100 Viterbo

**Pagination and printing:** Arti Grafiche Nobili Sud  
Viale delle Scienze, 14 - N.I. S. Rufina - Cittaducale (Ri)

**Annual subscription of 4 numbers with postal expedition:**  
Italia 20 euro; enti 40 euro; estero 50 euro; enti 70 euro; 1 fascicolo 5 euro,  
i fascicoli arretrati vengono maggiorati del 50%

**Payment:** assegno bancario non trasferibile intestato a S.I.M.O.  
o bonifico bancario a San Paolo, Filiale 05123 - Viale Parioli 45/B  
00197 Roma - CIN C - ABI 01025 - CAB 03321 - C/C 074002180139  
o CCP n° 37816899 intestato a S.I.M.O.

For any further information mail to: [rivista@simo-santapollonia.it](mailto:rivista@simo-santapollonia.it)

The journal is available in italian language on: [www.simo-santapollonia.it](http://www.simo-santapollonia.it)

*Cari Soci,*

L'appuntamento del Convegno Nazionale S.I.M.O. è giunto alla Ottava Edizione. Il tema di quest'anno è "La Maxillo Odontostomatologia al centro delle innovazioni in odontoiatria". Il Congresso, a carattere internazionale, si articola in 3 giornate. Nella prima, di inaugurazione, dopo i saluti delle Autorità invitate, seguirà la Lectio Magistralis.

Il Convegno sarà preceduto, nella mattinata di giovedì 11 da alcuni interessanti corsi pregressuali che tratteranno temi all'avanguardia nella ricerca e nel campo delle innovazioni tecnologiche in Odontoiatria: Chirurgia rigenerativa, Implantologia, Chirurgia piezoelettrica, Riabilitazione Protetica.

Le giornate successive tratteranno temi sulle innovazioni in maxillo odontostomatologia. I relatori invitati a parlare sono di rilevanza nazionale ed internazionale.

La novità più interessante del Convegno è che la SIMO ha deciso di presentare le relazioni con interventi in diretta video dall'Odontoambulanza.

Il 12 febbraio si svolgerà la Cena di Beneficenza per raccogliere i fondi per un progetto umanitario in Tanzania.

La Commissione nazionale per la formazione continua in sanità ha assegnato i seguenti crediti: Medici Chirurghi 9 (nove), Odontoiatri 10 (dieci), Igienisti Dentali 9 (nove).

*The Presidente*  
MAURO OREFICI

*Dear Members,*

The appointment of the S.I.M.O. National Convention has reached its 8<sup>th</sup> Edition. The theme this year is "Maxillo Odontostomatology at the centre of innovations in odontology". The International Congress will be held over three days. The first day begins with the Inauguration after the welcoming of the invited Authorities the Lectio Magistralis will follow.

On the morning of Thursday 11<sup>th</sup> the pre-congressional courses will be held on avant-garde themes on research and in the field of technological innovations in Dentistry: Regenerative Surgery, Implantology, Piezoelectric Surgery, Prosthetics.

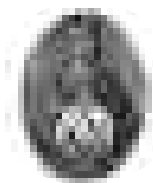
The following days will concern themes about the innovations in maxillo odontostomatology.

The invited speakers are of importance nationally and internationally.

The most interesting news of the congress is that SIMO has decided to present Report with operations in direct video from the odontoambulance.

On the 12<sup>th</sup> February, a Fund Raising Dinner will be held to raise money for a Humanitarian Project in Tanzania.

*The Presidente*  
MAURO OREFICI



**S.I.M.O.**  
SOCIETA' ITALIANA MAXILLO ODONTOSTOMATOLOGICA

**S.I.M.O.**

*Società Italiana Maxillo Odontostomatologica*

**CONSIGLIO DIRETTIVO**

Giovanni DOLCI	Presidente Onorario
Mauro OREFICI	Presidente
Maurizio VERGNANI	Vice Presidente
Luigi MASTROIANNI	Vice Presidente
Andrea SILEO	Segretario Amministrativo
Vincenzo PALAZZO	Segretario Scientifico
Massimo STANZIONE	Direttore Organizzativo

**COORDINATORI**

Massimo Angelino	Coord. Naz.le Attività Sociali e Previdenziali
Alessandro Antenore	Coordinatore Nazionale Odontotecnici
Manuela Astrologo	Coordinatrice Nazionale Ufficio Stampa
Mario Capogreco	Coord. Nazionale C.R.S.S
Francesco Cianfriglia	Coord. Nazionale Prevenzione Oncologica
Marco De Paolis	Coord. Nazionale SIMO HUMANITAS
Alberto Falconieri	Coord. Nazionale Età Evolutiva
Anna Maria Fornabaio	Coordinatrice Nazionale Igienisti Dentali
Giovanni Davide Galeota	Coord. Referenti Nazionali ed Internazionali
Pier Luigi Lucini	Coord. Nazionale Rapporti con le Associazioni
Maria Grazia Pennacchia	Coord. Nazionale Rapporti Internazionali
Paola Santini	Coord. Naz.le Politiche di Ed.ne e Formazione
Antonio Tricarico	Coord. Nazionale Relazioni Esterne Istituzionali
Emerenziana Veneziano	Coordinatrice Nazionale Politiche Sociali
Antonio Veneziano	Coord. Nazionale Relazioni FNOMCeO
Maurizio Vergnani	Coord. Nazionale Diversa Abilità

**REFERENTI NAZIONALI**

Italia Settentrionale, Walter Ghinzani	
Anna Maria Baietti	Emilia Romagna
Maurizio Giordano	Piemonte
Guido Miele	Veneto
Omar Pasini	Lombardia
Emanuele Pegazzano	Liguria
Italia Centrale, Maurizio Ripari	
Cesare Braconi	Molise
Piero Amedeo Fedeli	Marche
Claudia Maggiore	Abruzzo
Franco Novelli	Umbria
Pietro Vallogini	Lazio
Enrico Vannucci	Toscana
Italia Meridionale, Edoardo Baldoni	
Guglielmo Campus	Sardegna
Alessandro Lacarbonara	Puglia
Giuseppe La Fronte	Calabria
Giovanni Morina	Sicilia
Nicola Picardi	Campania

**REFERENTI INTERNAZIONALI**

Robert Cavesian, Jacques Dichamp	Francia
Jean Francois Chassagne	"
Philippe B. Tardieu, Èva Ameisen	"
Crispian Scully	Regno Unito
Ophir Fromovich, Oded Nahlieli	Israele
Francis Marchall	Svizzera
William Chen, Mark Urken	U.S.A.
Cyrl Meyerowitz	"
Felipe Basulta Valela	Cuba
Jan-Ivan Smedberg	Svezia



S.I.M.O.

Presidente Mauro Orefici

2° CONVEGNO INTERNAZIONALE

La  
Maxillo Odontostomatologia  
al centro delle innovazioni  
in odontoiatria



2° Convegno internazionale

## PATROCINI

PRESIDENZA DELLA COMUNITA' EUROPEA

SENATO DELLA REPUBBLICA

CAMERA DEI DEPUTATI

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

MINISTERO DELLA SALUTE

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

MINISTERO ISTRUZIONE, UNIVERSITA' E RICERCA

MINISTERO DELLE RIFORME E INNOVAZIONE

REGIONE LAZIO

PROVINCIA DI ROMA

COMUNE DI ROMA

CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA

PONTIFICIO CONSIGLIO  
PER LA PASTORALE DELLA SANITA'

AGENZIA DI SANITA' PUBBLICA  
REGIONE LAZIO

ASCLEPION

ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI  
DI ROMA E PROVINCIA

COLLEGIO DEI DOCENTI DI ODONTOIATRIA

ODONTOIATRI CATTOLICI ITALIANI

ASSOCIAZIONE DENTISTI ITALIANI

CENACOLO ODONTOSTOMATOLOGICO ITALIANO

COMMISSIONE DEGLI ODONTOIATRI  
DI ROMA E PROVINCIA

LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

UNIONE NAZIONALE IGIENISTI DENTALI

ASSOCIAZIONE IGIENISTI I DENTALI ITALIANI

IL CHIRONE



2° Convegno internazionale

## Autorità Invitate

*Alberto Tricarico*  
Nunzio Apostolico

*Silvio Berlusconi*  
Presidente del Consiglio dei Ministri

*Mario Sirano*  
Segretario Generale, Presidenza del Consiglio dei Ministri

*Ali Abeid Aman Karume*  
Ambasciatore di Tanzania

*Juma Matiek*  
Consigliere Ministro Salute e Welfare, Zanzibar

*Ferruccio Fazio*  
Ministro della Salute

*Neana Argentin*  
Presidente, Commissione Sociale e Sanità

*Riccardo Milana*  
Commissione Bilancio Senato della Repubblica

*Guido Bertolaso*  
Capo Dipartimento, Protezione Civile

*Vincenzo Martinez*  
Direttore Generale, Sanità Militare

*Giovanni Cuomo*  
Direttore Centrale di Sanità, Polizia di Stato

*Esterino Montino*  
Vice Presidente, Regione Lazio

*Luciana Di Liegro*  
Assessore, Regione Lazio

*Augusto Battaglia*  
Consigliere, Giunta Regione Lazio

*Angelo d'Ovidio*  
Consigliere, Giunta Regione Lazio

*Angelo Marconi*  
Garante, Diritti dei Detenuti Regione Lazio

*Gianni Alemanno*  
Sindaco di Roma

*Aldo Rivela*  
Commissario Straordinario, Istituto Regionale di Studi Giuridici "Arturo Carlo Jemolo"

*Antonella Polimeni*  
La Sapienza, Università di Roma - Direttore Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche

*Mario Falconi*  
Presidente, Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Roma e Provincia

*Claudio Cortesini*  
Presidente, Commissione degli Odontoiatri di Roma e Provincia

*Carlo Saponetti*  
Direttore Generale, ASL Roma A



2° Convegno internazionale

### Comitato d'Onore

*Presidente*

GIOVANNI DOLCI

Romano AMATO

Italo CARBONI

Alfonsina GALLUPPI

Paolo GARGIULO

Fernando GAUDIELLO

Mario GIANCOTTI

Antonio LECCISOTTI

Filippo MIRISOLA

Adolfo PETIZIOL

Mario POLIMENI

Alberto SACRA

Franco SALOMONE

### COMITATO SCIENTIFICO

*Presidente*

MAURO OREFICI

Daniele BAFFONI

Pasquale CAPACCIO

Mario CAPOGRECO

Federico DE NUCCIO

Alberto FALCONIERI

Giovanni Davide GALEOTA

Luigi MASTROIANNI

Emanuela ORTOLANI

Vincenzo PALAZZO

Paolo PROSPERI

Antonio VENEZIANO

Maurizio VERGNANI

### COMITATO ORGANIZZATORE

*Presidente*

MASSIMO STANZIONE

Loredana CORDESCHI

Marco DE PAOLIS

Andrea MANGIA

Tamara MOUBAYDIN

Manolo RAMUNNO

Andrea SILEO

Emerenziana VENEZIANO

### UFFICIO STAMPA

Manuela ASTROLOGO



2° Convegno internazionale

## Moderatori

**Coordinatore**

**MAURIZIO VERGNANI**

*Ospedale G. Eastman, Roma, Italia*

**DANIELE BAFFONI**

*Ospedale G. Eastman, Roma, Italia*

**ERSILIA BARBATO**

*Sapienza, Università di Roma, Italia*

**MARIO CAPOGRECO**

*Università di L'Aquila, Italia*

**ENRICO GHERLONE**

*San Raffaele, Milano, Italia*

**CLAUDIO CHIMENTI**

*Università degli Studi, L'Aquila, Italia*

**MASSIMO DE LUCA**

*Sapienza, Università di Roma, Italia*

**ROBERTO DI GIORGIO**

*Sapienza, Università di Roma, Italia*

**RAFFAELLA DOCIMO**

*Università Tor Vergata, Roma, Italia*

**GIOVANNI DAVIDE GALEOTA**

*Libero Professionista, L'Aquila, Italia*

**ROBERTO GATTO**

*Università degli Studi, L'Aquila, Italia*

**GIUSEPPE MARZO**

*Università degli Studi, L'Aquila, Italia*

**CLAUDIA MAGGIORE**

*Università degli Studi, L'Aquila, Italia*

**PASQUALE MARINI**

*Ospedale G. Eastman, Roma, Italia*

**EMANUELA ORTOLANI**

*Ospedale G. Eastman, Roma, Italia*

**LIVIA OTTOLENGHI**

*Sapienza, Università di Roma, Italia*

**SANDRO PELO**

*Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia*

**ADRIANO PIATTELLI**

*Università D'Annunzio, Chieti, Italia*

**MAURIZIO PROCACCINI**

*Università Politecnica delle Marche, Italia*

**MANLIO QUARANTA**

*Sapienza, Università di Roma, Italia*



## Relatori

### Coordinatore

**LUIGI MASTROIANNI**  
*Ospedale G. Eastman, Roma, Italia*

**ETTORE ACCIVILE**  
*Ospedale G. Eastman, Roma, Italia*

**EVA AMEISEN**  
*Ospedale G. Eastman, Parigi, Francia*

**EDOARDO BALDONI**  
*Università di Sassari, Italia*

**MARCO BALDONI**  
*Università degli Studi di Milano-Bicocca, Italia*

**ALBERTO BARLATTANI**  
*Università Tor Vergata, Roma, Italia*

**ANTONELLA BARONE**  
*Università di L'Aquila, Italia*

**FRANCOISE BARRUEL**  
*Ospedale G. Eastman, Parigi, Francia*

**FERDINANDO BOGHI**  
*Ospedale G. Eastman, Roma, Italia*

**PIER LUIGI FOGLIO BONDA**  
*Università del Piemonte Orientale A. Avogadro, Italia*

**MAURO BOVI**  
*Libero professionista, Roma, Italia*

**FABRIZIO CARINI**  
*Università degli Studi, Milano-Bicocca, Italia*

**MONICA CASTELLARO**  
*Libero Professionista, Casale Monferrato (AL) Italia*

**FULVIA COCCO**  
*Libero Professionista, Roma, Italia*

**LUCA CORDARO**  
*Ospedale G. Eastman, Roma, Italia*

**ALBERTO FALCONIERI**  
*Ospedale G. Eastman, Roma, Italia*

**MAURIZIO FRACCON**  
*Libero Professionista, Roma, Italia*

**CARLO ERCOLI**  
*Ospedale G. Eastman, Rochester, USA*

**MARIO GIANNONI**  
*Università di L'Aquila, Italia*

**MARGARET GRINDEFJORD**  
*Ospedale G. Eastman, Stoccolma, Svezia*

**DORINA LAURITANO**  
*A.O.S. Gerardo, Monza, Italia*

**ALESSANDRA LUCCHESI**  
*Università degli Studi di Ferrara, Italia*

**VINIO MALAGNINO**  
*Università D'Annunzio, Chieti, Italia*

**ANDREA MELLE**  
*Libero Professionista, Vercelli, Italia*

**MARIO MIGLIARIO**  
*Università del Piemonte Orientale A. Avogadro, Italia*

**CYRIL MEYEROWITZ**  
*Ospedale G. Eastman, Rochester, New York, USA*

**MAURO OREFICI**  
*Ospedale George Eastman, Roma, Italia*

**ROBERTO PELLEGRINO**  
*Libero Professionista, Roma, Italia*

**MAURIZIO RIPARI**  
*Sapienza, Università di Roma, Italia*

**MAURO SAJEVA**  
*Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello, Palermo, Italia*

**JAN-IVAN SMEDBERG**  
*Ospedale G. Eastman, Stoccolma, Svezia*

**RAFFAELE VINCI**  
*Istituto S. Raffaele, Milano, Italia*

**STEFANO ZANDONELLA NECCA**  
*Libero Professionista, Milano, Italia*



2° Convegno internazionale

**LA MAXILLO  
ODONTOSTOMATOLOGIA  
AL CENTRO  
DELLE INNOVAZIONI  
IN ODONTOIATRIA**

**MAXILLO  
ODONTOSTOMATOLOGY  
AT THE CENTRE  
OF INNOVATIONS IN  
ODONTOSTOMATOLOGY**

**PROGRAMMA  
PROGRAM**

**GIOVEDÌ 11 FEBBRAIO** CORSI PRECONGRESSUALI

**CORSO A**

**PIEZOSURGERY**

**08.30**

**R. PELLEGRINO**

LA CHIRURGIA OSSEA  
PIEZOELETTRICA

**CORSO B**

**PROTESI**

**08.30**

**M. FRACCON**

LA PROTESIZZAZIONE  
CON CEREC 3D

GIOVEDÌ 11 FEBBRAIO

*Inaugurazione*

8°

CONVEGNO NAZIONALE  
SOCIETÀ ITALIANA MAXILLO  
ODONTOSTOMATOLOGICA

- 16,00      **Registrazione partecipanti**
- 16,30      **Saluto del Presidente della S.I.M.O.**  
MAURO OREFICI
- Saluto delle Autorità invitate**
- 17,30      LECTIO MAGISTRALIS  
MAURIZIO RIPARI, Roma, Italia  
*Il carcinoma orale: strategie di prevenzione*
- 20,00      Cocktail di benvenuto

*Venerdì 12 febbraio*

## Gli Eastman nel mondo

### Prima Sessione

MODERATORI - *E. Gherlone, P. Marini, E. Ortolani, L. Ottolenghi*

- 8,30 **EVA AMEISEN, FRANÇOISE BARRUEL** (Francia)  
Ortodonzia e coronoplastica
- 8,50 **JAN-IVAN SMEDBERG, MARGARET GRINDEFJORD** (Svezia)  
Incidenza della carie, fattori di rischio  
e strategie di prevenzione nei bambini in Stoccolma
- 9,10 **CYRIL MEYEROWITZ, CARLO ERCOLI** (USA)  
Un aggiornamento sui programmi sociali di prevenzione  
dell' Eastman Institute for Oral Health, in Rochester, NY, USA
- 9,30 **MAURO OREFICI, ALBERTO FALCONIERI** (Italia)  
Le Odontoambulanze: l'ospedale odontoiatrico a domicilio
- 9,50 Discussione
- 10,10 Pausa caffè

### Seconda Sessione

MODERATORI - *D. Baffoni, E. Barbato, C. Maggiore, S. Pelo*

- 10,40 **LUCA CORDARO** (Italia)  
Innesto osseo onlay o blocco con prelievo dal ramo mandibolare:  
un caso clinico in diretta video
- 11,40 **RAFFAELE VINCI, STEFANO ZANDONELLA NECCA** (Italia)  
Tecniche di rigenerazione ossea
- 12,10 **FERDINANDO BOGHI, ETTORE ACCIVILE** (Italia)  
Il piano oclusale nella valutazione estetica e funzionale  
negli interventi ortognatodontici
- 12,40 Discussione  
Pausa pranzo

### SESSIONE - ODONTOIATRI-IGIENISTI DENTALI

*A cura della Commissione Nazionale dei Corsi di Laurea in Igiene Dentale*

MODERATORI - *M. De Luca, R. Di Giorgio, R. Docimo, G. D. Galeota*

- 15,00 **ANTONELLA BARONE, MARIO GIANNONI** (L'Aquila)  
Ruolo dell'Igienista Dentale nel trattamento in equipe  
di pazienti con particolari necessità
- 15,20 **MARCO BALDONI, FABRIZIO CARINI, DORINA LAURITANO** (Milano)  
Oral cancer: dalla biologia molecolare al percorso  
clinico-diagnostico-riabilitativo del paziente oncologico
- 15,40 **MARIO MIGLIARIO, ANDREA MELLE, PIER LUIGI FOGGIO BONDA** (Novara)  
Prevenzione della Bronj: ruolo dell'igiene orale
- 16,00 **EDOARDO BALDONI, ALESSANDRA LUCCHESI, FULVIA COCCO** (Sassari)  
L'erosione dentale: come riconoscerla, trattarla, prevenirla

### WORKSHOP EMS MODERATORE - *G. D. Galeota*

- 16,20 **Monica CASTELLARO** (Alessandria)  
Air-Flow e Perio-Flow con polveri di glicina.  
Tecniche e risultati di utilizzo di nuove tecnologie in prevenzione

*Sabato 13 febbraio*

## Le Scuole Odontoiatriche Italiane

### Prima Sessione

MODERATORI

*C. Chimenti, R. Gatto, G. Marzo, A. Piattelli*

- 8,30      **MAURO SAJEVA** (Palermo)  
Riabilitazioni con Short Implants e IAC  
o ricostruzione ossea preimplantologica?
- 9,00      **VINIO MALAGNINO** (Chieti)  
La chirurgia endodontica:  
indicazioni e protocollo operativo.  
Un caso clinico in diretta video
- 10,00     **MAURO BOVI**  
La chirurgia piezoelettrica in implantologia
- 10,30     Discussione
- 11,00     Pausa caffè

### Seconda Sessione

MODERATORI

*M. Capogreco, M. De Luca, M. Procaccini, M. Quaranta*

- 12,00     **ALBERTO BARLATTANI** (Roma)  
Protesi immediata su impianti  
Un caso clinico in diretta video
- 13,00     Discussione
- 13,30     Questionario E.C.M.
- 16,00     Assemblea dei Soci, Approvazione bilancio 2009  
Chiusura dei lavori

# 8° National Meeting Maxillo-Odontostomatology Italian Society

*Meeting Chairman Mr Mauro Orefici*

## Maxillo Odontostomatology at the centre of innovation in odontostomatology

THURSDAY 11<sup>TH</sup> FEBRUARY

**09.00-13.30 - PRECONGRESS COURSES**

Hall A Piezon Master Surgery  
**ROBERTO PELLEGRINO**  
*Piezoelectric Bone Surgery*  
*Practical trials on organic materials with Piezosurgery*

Hall B **MAURIZIO FRACCON**  
*Prosthetics with Cerec 3D*

**Inauguration of the**

**8° NATIONAL MEETING  
MAXILLO-ODONTOSTOMATOLOGY  
ITALIAN SOCIETY**

**FEBRUARY, 11<sup>TH</sup>  
OPENING CEREMONY**

16,30 Greetings from the SIMO President  
MAURO OREFICI

Greetings from the invited authorities

18,00 LECTIO MAGISTRALIS  
**MAURIZIO RIPARI** (Roma, Italy)  
*Oral cancer: prevention strategies*

20.00 WELCOME COCKTAIL

Friday **12**Saturday **13****The Eastmans of the world***First Session*

## MODERATORS

*D. Baffoni, E. Gherlone, E. Ortolani, L. Ottolenghi*

- 8,30 **EVA AMEISEN, FRANCOIS BARRUEL** (Paris, France)  
Orthodontics and Crown Remodelling
- 8,50 **JAN-IVAN SMEDBERG, MARGARET GRINDEFJORD**  
(Stocholm, Sweden)  
Caries prevalence, riskfactors and preventive strategies  
for children in Stockholm
- 9,10 **CYRIL MEYEROWITZ, CARLO ERCOLI** (Rochester, USA)  
An update on Community Based Oral Health Prevention Projects  
at The Eastman Institute for Oral Health
- 9,30 **MAURO OREFICI, ALBERTO FALCONIERI** (Rome, Italy)  
The Odontoambulances: Homecare Dental Hospital
- 9,50 Discussion
- 10,10 Coffee break

*Second Session*MODERATORS - *E. Barbato, C. Maggiore, P. Marini, S. Pelo*

- 10,40 **LUCA CORDARO** (Italy)  
Onlay bone graft or block with samples from the mandibular branch
- 11,40 **RAFFAELE VINCI, STEFANO ZANDONELLA NECCA** (Italy)  
Bone regeneration techniques: direct video interventions
- 12,10 **FERDINANDO BOGHI, ETTORE ACCIVILE** (Italy)  
Closure plan in the aesthetic and functioning valuation  
in orthognatic operations
- 12,40 Discussion

*Session***DENTISTS-DENTAL HYGIENISTS***In charge of National Commission of Degree Courses in Dental Hygiene*MODERATORS - *M. De Luca, R. Di Giorgio, R. Docimo, G. Davide Galeota*

- 15,00 **ANTONELLA BARONE, MARIO GIANNONI**  
The role of the Dental Hygienist in a team  
of surgeons in patients with special needs
- 15,20 **MARCO BALDONI, FABRIZIO CARINI, DORINA LAURITANO**  
Oral Cancer: from molecular biology  
to clinical-diagnostic rehabilitation
- 15,40 **MARIO MIGLIARIO, ANDREA MELLE, PIER LUIGI FOGGIO BONDA**  
Bronj Prevention: Role of the oral hygienist
- 16,00 **EDOARDO BALDONI, ALESSANDRA LUCCHESI, FULVIA COCCO**  
Dental erosion: how to reconstruct, treat and prevent

**WORKSHOP EMS** MODERATOR - *Giovanni Davide Galeota*

- 16,20 **Monica CASTELLARO**  
Intelligent technology with Air-flow and Perio-flow above and  
below the gum: how to achieve excellent results in prevention

**THE ITALIAN ODONTOLOGICAL SCHOOLS***First Session*

## MODERATORS

*C. Chimenti, R. Gatto, G. Marzo, A. Piattelli*

- 8,30 **MAURO SAJEVA** (Palermo)  
Rehabilitation with short implant and IAC  
or preimplantological bone reconstruction
- 9,00 **VINIO MALAGNINO** (Chieti)  
Endodontic surgery  
with the microscope:  
a clinical case in direct video
- 10,00 **MAURO BOVI**  
Piezoelectric surgery in implantology
- 10,30 Discussion
- 11,00 Coffee break

*Second Session*

## MODERATORS

*M. Capogreco, M. De Luca, M. Procaccini, M. Quaranta*

- 12,00 **ALBERTO BARLATTANI** (Rome)  
Immediate prosthesis on implants
- 13,00 Discussion
- 13,30 Members' meeting, Budget Approval for 2009  
Closure of works

ATTI

Convegno  
nazionale

2° Convegno internazionale

**Società Italiana Maxillo Odontostomatologica****LA MAXILLO  
ODONTOSTOMATOLOGIA  
AL CENTRO  
DELLE INNOVAZIONI  
IN ODONTOIATRIA****MAXILLO  
ODONTOSTOMATOLOGY  
AT THE CENTRE  
OF INNOVATIONS  
IN ODONTOSTOMATOLOGY**

ATTI

8°

Giovedì 11 febbraio

Relazioni

2° CONVEGNO INTERNAZIONALE

convegno

Corsi Intercongressuali

"A" PIEZON MASTER SURGERY

"B" PROTESI

## LA CHIRURGIA OSSEA PIEZOELETTRICA PROVE PRATICHE SU MATERIALE ORGANICO CON PIEZOSURGERY

### *Piezoelectric Bone Surgery Practical trials on organic materials with Piezosurgery*

---

Roberto Pellegrino

---

*Libero Professionista, Roma*

La chirurgia ossea piezoelettrica, ideata dal Prof. Tomaso Vercellotti nel 1997, è una nuova tecnica per osteotomia ed osteoplastica che utilizza uno speciale apparecchio chirurgico ultrasonico a modulazione variabile in grado di tagliare l'osso in profondità senza produrre surriscaldamento. Il taglio avviene con una precisione micrometrica, il che consente di operare in condizioni anatomiche difficili con grande sicurezza. Gli strumenti piezoelettrici sono caratterizzati da un taglio selettivo, attivo a contatto con i tessuti mineralizzati ma inattivo a contatto con i tessuti molli. Si evidenzia quindi il grado di precisione e sicurezza intraoperatoria rispetto agli strumenti tradizionali. Le sue applicazioni in odontoiatria sono notevoli. Si possono eseguire tecniche semplici come le estrazioni dentali, la chirurgia parodontale o passare a tecniche più complesse come cistectomia, piccolo e grande rialzo del seno mascellare, split crest, eseguire dei piccoli tagli dell'osso per migliorare le tecniche di spostamento dei denti (Ortodonzia) e prelevare piccoli blocchi di osso per eseguire correttive. Infine, verranno svolte delle esercitazioni pratiche con modelli animali dove ogni praticante potrà eseguire più tecniche chirurgiche viste nella parte teorica.

*The piezoelectric bone surgery, devised by Prof. Tomaso Vercellotti in 1997, is a new technique for osteotomy and osteoplastica that uses a special ultrasonic surgical apparatus at variable modulations capable of cutting the bone in depth without overheating. The cut occurs with micrometric precision, that allows to operate on difficult anatomical conditions with safety. The piezoelectric instruments are characterized by a selective cut, activated on contact with mineralized tissues but inactive on contact with soft tissue. We point out, therefore, the degree of intra operative precision and safety in respects to traditional instruments. Its applications in dentistry are remarkable. Simple techniques such as dental extractions, the parodontal surgery or to more complex techniques such as cystectomy, small or large lifting of the maxillary sinus, split crest, small cuts of the bone in order to improve the techniques of movement of the teeth (Orthodontics) and to remove small blocks of bone for correctiveness can be carried out. Lastly, practical exercises with animal models for all participants will be carried out on the surgical techniques based on the theoretical parts.*

## LA PROTESIZZAZIONE CON CEREC 3D

### *Prosthetics with Cerec 3D*

---

Maurizio Fraccon

---

*Libero Professionista, Roma*

Scopo del presente lavoro è quello di illustrare delle tecniche operative che assicurino un'odontoiatria d'eccellenza nel rispetto dei costi in tempo e denaro. Si prenderanno pertanto in esame delle metodiche chirurgiche e dei macchinari atti all'uso. Il Cerec 3D ben si applica a questo concetto in quanto, nonostante il suo notevole costo iniziale, permette di abbattere la spesa successiva con il suo regolare impiego. Ciò perché questa tecnologia CAD-CAM è studiata in modo da essere dedicata al settore odontoiatrico-odontotecnico in modo semplice, tale da comportare un grande risparmio di tempo e denaro nella realizzazione della protesi. Con essa si possono infatti saltare molte procedure lunghe e costose come la presa dell'impronta, la realizzazione della protesi in laboratorio, la prova della struttura, la prova "biscotto" e la rifinitura in bocca. Ciò grazie alla precisione accurata del Cerec 3D che garantisce un prodotto preciso che calza perfettamente sulla nostra preparazione, eliminando gli errori umani. Presupposto a ciò è che tutti i passaggi di preparazione del dente o dell'impianto siano corretti, che la scannerizzazione ottica sia precisa e che la costruzione virtuale al PC della protesi sia realizzata adeguatamente.

La modellazione virtuale in 3D ci permette di progettare un intarsio, una corona o un ponte in base alle nostre esigenze, con possibilità di ritoccarlo tramite delle semplici funzioni predisposte dal programma che abilitano a macro-micro spostamenti ed editing della struttura. Si possono monitorare in tempo reale anche gli spessori e visualizzare le sezioni della protesi in ogni proiezione. Presupposto ad un restauro così realizzato che duri nel tempo è la corretta preparazione del dente o impianto. Poiché si possono realizzare solo prodotti in ceramica integrale o composito (come definitivi) dovranno essere rispettati adeguati spessori della ceramica ed i piani d'appoggio. I vantaggi dell'assenza di strutture metalliche sono enormi e vanno dall'assenza di bimetallismo ad un'estetica del tutto naturale. Non sarà più necessario realizzare corone complete ma si potranno realizzare

*The aim of this work is to illustrate operative techniques that ensure excellence in dentistry with respect to costs in time and money. We will therefore take into consideration the surgical methods and equipment required for the purpose. Cerec 3D is well applied to this concept, as, despite its considerable initial cost, it cuts future further spending due to its function. That is, CAD-CAM technology is designed to simplify the dental-dental technician field by saving time and money in implementing prosthesis by avoiding many expensive and lengthy procedures such as moulding, the realization laboratory of prosthesis, testing of the prosthesis, the "biscuit" test and the refining in the mouth. That is, thanks to the accurate precision of Cerec 3D guarantees a precise product that fits perfectly on preparation, eliminating human error. The precondition for this is that all the steps in preparing the tooth or installation are correct, that the optic scanning is accurate and that the virtual construction of the prosthesis to the PC is implemented correctly. The virtual 3D modeling allows us to design an inlay, a crown or a bridge based on our needs, with the option of retouches or modifications with the use of simple programmed functions that enable macro-micro movements.*

*Monitoring the thickness and displaying the sections of the prosthesis in each projection can be done in real time. The precondition for restoration so that it lasts with time is the correct preparation of the tooth or implant. Due to the fact that only full ceramic or composite products .we. must have respected suitable thicknesses of the ceramics and the plans of support..*

*The advantage of the absence of metal structures are enormous and range from "bimetallism" to natural aesthetics. The elimination of having to make complete crowns but inlay and onlay can be done, cemented with a technical adhesive with greater respect of the tooth. The preparation techniques and use of an intraoperative microscope that allows a perfect vision without shadow areas will be explained.*

inlay ed onlay, cementati con tecnica adesiva, nel maggior rispetto del dente. Si spiegheranno le tecniche di preparazione e l'utilizzo del microscopio intraoperatorio che garantisce una perfetta visione senza zone d'ombra. Col suo ausilio si può anche preparare il moncone di un impianto. Saranno descritti gli impianti S.I.M.O. Fraccon Systems che sono monolitici e monofasici e presentano un moncone delle dimensioni e forma adatte alla protesizzazione con Cerec 3D. La struttura del moncone infatti garantisce di per sé già gli spessori per un buon restauro protesico e la sua preparazione è velocissima e talvolta non necessaria. La corona in ceramica realizzata con Cerec 3D ben ci si adatta poiché può avere uno spessore sufficiente a garantire stabilità e resistenza e perché il moncone presenta una spalla preformata a 90°, modificabile all'uopo, che permette una battuta del bordo della corona che la stabilizza. La struttura dell'abutment è tale che l'assenza di viti passanti non causerà il verificarsi di un allentamento del moncone con tutti i problemi che ne conseguono.

Si illustreranno brevemente le tecniche chirurgiche flapless senza l'utilizzo di suture, che accorciano i tempi operativi e di guarigione. Si potranno pertanto inserire e finalizzare con queste metodiche impianti completi di corona nella stessa seduta, nel caso ci sia un osso di consistenza adeguata ed un'ottima stabilità primaria della fixture, o in due sedute, abbattendo drasticamente il lavoro, i costi nel rispetto della qualità e rendendo possibile un'odontoiatria d'eccellenza anche per i ceti deboli.

*Fraccon Systems are monolithics and monophasics and have a stump suitable in size and shape for prosthesis with Cerec 3D. The form of the stump in fact already guarantees the thickness for a good prosthetic restoration and its preparation is fast and sometimes unnecessary. The ceramic Cerec 3D crown is well adapted as it can have a sufficient thickness to ensure stability and durability and as the stump has a preformed shoulder at 90° which can be modified for the purpose which allows on the edge of the crown that stabilizes it. The structure of abutment.. is such that the absence of screws will not cause to verify the loosening of the stump with all the problems that achieve. We briefly discuss the flapless surgical techniques without the use of sutures that shortens operating and recovery times. We can therefore conclude on these complete crown implant methods in the same session in the case that the bone is of adequate consistency and of excellent primary stability of the fixture, or in two sessions, drastically reducing work time, costs in respect to quality and making it possible for the well acclaimed dentist reachable also for the lower class.*

ATTI

8°

Giovedì 11 febbraio

Relazioni

2° CONVEGNO INTERNAZIONALE

convegno

Lectio Magistralis

## IL CARCINOMA ORALE: STRATEGIE DI PREVENZIONE

### *Oral cancer: prevention strategies*

Maurizio Ripari

Sapienza, Università di Roma

Il carcinoma a cellule squamose è la neoplasia maligna di più frequente riscontro nel cavo orale. Si tratta di un tumore che si colloca per incidenza all'ottavo posto tra tutte le neoplasie maligne che colpiscono il sesso maschile e all'undicesimo tra quelli che interessano il sesso femminile.

In Italia, l'incidenza media è di 8,44 nuovi casi all'anno ogni 100.000 abitanti tra gli uomini e di 2,22 tra le donne, con notevoli variazioni tra le varie regioni italiane, in funzione delle diverse abitudini locali ad esempio nel consumo del tabacco o nell'assunzione di bevande alcoliche. Sempre in Italia, nel periodo 1986-1997, l'incidenza dei tumori del cavo orale è risultata sostanzialmente costante per gli uomini ed in aumento per le donne (nel 1986 rapporto M/F= 6/1, attualmente M/F= 3/1).

Il carcinoma orale interessa prevalentemente individui intorno al quinto, sesto decennio di vita, anche se, in questi ultimi anni, l'incidenza in età inferiore ai 45 anni sta aumentando notevolmente, in assenza di evidenti miglioramenti nei protocolli terapeutici e nella prognosi degli stadi avanzati.

La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi, infatti, è complessivamente del 44% e le curve di mortalità (periodo 1951-2001) si presentano stabili sia per il sesso maschile che per quello femminile. Solo se il carcinoma orale è diagnosticato in fase precoce, la sopravvivenza a 5 anni raggiunge circa l'80-90%, con un sostanziale miglioramento della qualità della vita residua, altrimenti molto compromessa. Il carcinoma orale rappresenta ancora oggi un serio problema per la salute umana con un impatto clinico in termini di incidenza, prevalenza e tassi di mortalità che non mostra segni di miglioramento. La diagnosi infatti spesso viene fatta quando la neoplasia è in stadio avanzato e conseguentemente la prognosi si presenta scarsa con alta morbilità e mortalità.

Una simile situazione può essere migliorata attraverso un'adeguata prevenzione primaria e un'efficace diagnosi precoce, che incontrano però grossi ostacoli nella carenza di informazioni riguardo al cancro orale sia nei pazienti per l'assenza di programmi di sensibilizzazione e prevenzione, sia negli operatori sanitari che si occupano di prevenzione e cura delle patologie del cavo orale. In questa ottica, tutti gli sforzi debbono essere finalizzati alla promozione e all'or-

*Squamous cell carcinoma is the most frequent malignant neoplasm found in the oral cavity. It is placed eighth amongst all malignant neoplasms affecting men and eleventh for women.*

*In Italy, the average incidence of new cases every year is 8.44 per 100,000 inhabitants for men and 2.22 among women, with significant variations between various regions according to different local customs, for example the consumption of tobacco or alcoholic beverages. From 1986 – 1997, the incidence of oral cancer in men was consistent and increasing in women ( a report from 1986 M/F=6/1, currently M/F=3/1).*

*Oral cancer normally affects individuals from the ages of 50 to 60, but, even though, over the past few years the age has dropped to under 45 years and the number of incidences are steadily increasing, an improvement in therapeutic protocols and prognosis of advanced stages are lacking.*

*Survival rate is 5 years from diagnosis, the death rate from 1951-2001 was 44%, stable for both men and women. In cases where oral cancer is diagnosed at an earlier stage, the survival rate of 5 years is about 80-90%, with a better quality of remaining life. Oral cancer today represents a serious problem on human health, with an increase of incidences and death rate which are not showing any signs of improvement. The diagnosis is often done when the neoplasia is at an advanced stage and therefore the prognosis is poor with a high morbidity and mortality.*

*This situation can be improved with appropriate primary prevention and effective early diagnosis but face major obstacles in the lack of information about oral cancer in both patients and the lack of awareness and prevention programs, both in health workers involved in prevention and treatment of oral diseases. Greater efforts need to be placed on promoting control and prevention campaigns in oral cancer, in which the dentist has a fundamental role.*

*The dentist is able to:*

*give patients the right information on major risk factors on oral cancer, such as smoking and excessive alcohol consumption, potentially malignant lesions;*

ganizzazione di efficaci campagne di controllo e prevenzione del cancro orale, nell'ambito delle quali un ruolo fondamentale è rivestito dall'odontoiatra.

L'odontoiatra, infatti, è in grado di :

- divulgare ai pazienti informazioni corrette sui maggiori fattori di rischio per il cancro orale, rappresentati dall'uso del tabacco, dall'eccessivo consumo di alcol, dalle lesioni potenzialmente maligne;
- mettere in atto tecniche di counseling per far diminuire o cessare eventuali comportamenti a rischio;
- adottare procedure adeguate sia per il riconoscimento e la formulazione della diagnosi definitiva sia per il management del paziente nel post-trattamento.

Scopo della presente relazione è quello di migliorare la conoscenza degli operatori sanitari coinvolti nella tutela della salute orale in termini di prevenzione primaria e secondaria del carcinoma orale, con il duplice obiettivo di diminuire l'incidenza del carcinoma orale e di migliorare le curve di sopravvivenza e la qualità della vita residua dei pazienti affetti da tale neoplasia. La relazione mira pertanto a fornire un ampio aggiornamento sulle tematiche eziopatogenetiche, diagnostiche e prognostiche del cancro orale per favorire l'inserimento delle più recenti evidenze scientifiche nella pratica clinica.

*Implementing counseling to decrease or stop any risk factors.*

*Adopt appropriate procedures for both recognition and final diagnosis for managing the patient in post-treatment.*

*The aim of this report is to improve the knowledge of health professionals involved in the protection of oral health in terms of primary and secondary prevention in oral cancer with a double role of reducing the incidence of oral cancer and to improve survival rates and the quality of remaining life in patients suffering this disease. The report therefore aims to provide a comprehensive update on etiopathogenetic, diagnostic and prognostic issues of oral cancer in order to incorporate the latest scientific evidence into clinical practice.*

ATTI

8°

Venerdì 12 febbraio

Relazioni

2° CONVEGNO INTERNAZIONALE

convegno

**GLI EASTMAN NEL MONDO**

MODERATORI

*Daniele Baffoni**Ersilia Barbato**Enrico Gherlone**Claudia Maggiore**Pasquale Marini**Emanuela Ortolani**Livia Ottolenghi**Sandro Pelo*

## ORTODONZIA E CORONOPLASTICA

### *Orthodontics crown remodelling*

---

*Eva Ameisen, François Barruel*

---

*Ospedale G. Eastman, Parigi, Francia*

Siamo spesso in difficoltà di fronte a certe domande dei nostri piccoli pazienti.

La odontoiatria conservativa ha fatto grandi progressi e permette ormai di affrontare o di correggere senza troppo mortificazione dentaria, le anomalie di consistenza o di forma di denti. Ciò ha portato alla riflessione seguente: se ci servissimo di questi nuovi materiali per correggere certe malposizioni dentarie evitando così lunghi anni di trattamento ortodontico?

Se, da numerosi anni, possiamo sfuggire ad una ricostituzione protesica per correggere difetti dello smalto (displasia, amelogenesi imperfetta,...), ci siamo resi conto che certe imperfezioni, mal tollerate dai pazienti possono essere corrette a costo basso, in modo durevole e senza apparecchio.

*Often we are faced with certain questions from our more younger patients.*

*Conservative dentistry has made great progress and allows us to confront or correct consistent abnormalities or teeth malformations. This led us to reflect on the following: what if we apply these new materials to correct certain dental malformations so as to avoid years of dental treatment?*

*If for many years, we can avoid prosthetic reconstruction to correct enamel defects (dysplasia, amelogenesis, imperfections,...), we have realised that certain imperfections, poorly tolerated by patients can be corrected at a low cost, long lasting and without the use of braces.*

## INCIDENZA DELLA CARIE, FATTORI DI RISCHIO, E STRATEGIE DI PREVENZIONE NEI BAMBINI IN STOCCOLMA

### *Caries prevalence, risk factors and preventive strategies for children in Stockholm*

---

*Margaret Grindefjord*

---

*Ospedale G. Eastman, Stoccolma, Svezia*

Le cure dentali in Svezia si basano sia sulle principali strategie di prevenzione, sia nei trattamenti risolutivi. Il seguente studio riguarda la prevenzione attraverso interventi di base sulla popolazione combinati con la situazione del rischio individuale e gli sforzi per migliorare la salute dentale nei ragazzi che vivono in ambienti socio-economici a basso reddito.

*The dental care in Sweden include both preventing management strategies and restorative treatment. The lecture will describe the preventive approach based on population based methods combined with individual risk assessment and efforts to improve the oral health in children living in low socio-economic areas.*

**UN AGGIORNAMENTO SUI PROGRAMMI SOCIALI DI PREVENZIONE  
DELL'EASTMAN INSTITUTE FOR ORAL HEALTH, IN ROCHESTER, NY, USA**

*Update on Community Based Oral Health Prevention Projects  
at the Eastman Institute for Oral Health, Rochester, New York, USA*

---

Cyril Meyerowitz

---

*Ospedale G. Eastman, Rochester, New York, USA*

Questa presentazione descriverà 4 progetti sociali di prevenzione odontoiatrica che sono attualmente in svolgimento presso l' Eastman Institute for Oral Health, in Rochester, NY, USA.

Gli obiettivi del primo progetto è determinare la severità e la prevalenza della carie dentaria in soggetti in età pre-scolare con l' utilizzo di un esame tradizionale e con i metodi di Teledentistry. L' intento è di valutare il rapporto costi-benefici della Teledentistry e la sue possibilità prognostiche.

Il secondo progetto esamina l' efficacia del "Povidone Iodine" nella prevenzione dell' acarie dentaria. Il terzo progetto ha il fine di determinare una eventuale associazione tra l' uso della amalgama dentaria e disturbi nello sviluppo del sistema nervoso.

Il quarto progetto ha come scopo la determinazione del livello sanitario dei pazienti che ricevono cure odontoiatriche solamente in regime di emergenza.

*Rochester Eastman Institute for Oral Health. The objective of the first study is to determine the magnitude and severity of dental caries among pre-school inner city children, comparing a traditional exam with that using Teledentistry. The intent of the study is to build a prognostic model for the utilization of dental care and estimate the cost-effectiveness of the use of Teledentistry. The second study is evaluating the effectiveness of Povidone Iodide in teaching oral streptococcus-mutans, as a preventive strategy for children with early childhood caries. The third study is examining the association between dental amalgams in mothers on neurodevelopment in their children. The fourth study is assessing the health status and health risks of patients who seek dental care only when they have an emergency problem. The use of a behavior modification intervention to facilitate risk reduction in this population is also being assessed. The aims and methodologies used in these studies will be described and preliminary results presented.*

## LA PREVENZIONE MAXILLO ODONTOSTOMATOLOGICA DOMICILIARE

### *Maxillo Odontostomatologic homecare prevention*

---

Mauro Orefici, Alberto Falconieri

---

*Ospedale G. Eastman, Roma, Italia*

Nella relazione verranno esposti i risultati di oltre quattro anni di attività dell'uso delle odontoambulanze nella prevenzione delle malattie orali nei ceti deboli e particolarmente vulnerabili. La S.I.M.O., Società Italiana Maxillo Odontostomatologica ha ideato, progettato e realizzato tre Odontoambulanze, ambulatori odontoiatrici mobili, dotate di ogni strumentazione odontoiatrica: poltrona, compressore, autoclave, apparecchio radiografico, computer, frigorifero. Grazie a queste Odontoambulanze la S.I.M.O. ha avviato ormai da più di cinque anni un ambizioso progetto: quello di portare la prevenzione e la terapia odontoiatrica direttamente a domicilio del Paziente. La S.I.M.O. con le Odontoambulanze, si reca nelle residenze assistenziali per Pazienti disabili, nei centri per Anziani, nella case di cura, nelle case famiglia, nelle carceri, nelle scuole. Dal novembre 2004 sono stati visitati più di 15000 Pazienti, erogando più di 20000 prestazioni odontoiatriche. Nel 2007 la ASL RMA ha attivato all'interno dell'Ospedale "George Eastman" di Roma la prima unità operativa di Odontoiatria domiciliare dove afferiscono i Pazienti che non possono essere trattati direttamente sulla Odontoambulanza.

*Throughout the convention the results of over four years of activity in the use of the odontoambulance in prevention of oral disease in the weaker and in particular the vulnerable classes will be displayed. S.I.M.O, Italian Society of Maxillo Odontostomatology, projected, created and realised three Odontoambulances, mobile dental ambulances, fully equipped with dental instruments, dental chairs, compressors, autoclaves, x-ray machines, computers and refrigerators. Thanks to these Odontoambulances S.I.M.O. has over the past five years given way to the ambitious project: that is to bring prevention and odontology therapy direct to the patients home. S.I.M.O. with the use of the Odontoambulances brings homecare to the disabled, nursing homes, homes, prisons and schools. Since November 2004, more than 15000 patients have been visited and over 200000 dental treatments given. In 2007, the ASL RMA (Healthcare Agency Rome) activated in "The George Eastman" Hospital Rome, the first operative homecare dental unit for those patients who cannot be treated directly on board the Odontoambulance.*

---

## INNESTO OSSEO ONLAY O BLOCCO CON PRELIEVO DEL RAMO MANDIBOLARE

### *The use of the poly-lactic acid in the maxillary reconstructions*

---

Luca Cordaro

*Ospedale G. Eastman, Roma, Italia*

Tra le metodiche usate per la ricostruzione delle creste alveolari atrofiche a fini implantari un ruolo importante è svolto dai blocchi di osso autologo prelevato dalla mandibola. Verranno illustrati il rationale, le indicazioni e le metodiche operative.

*Mandibular block grafts play an important role in the treatment of alveolar atrophies before implant placement. Rationale, indication and operative procedures of this technique will be discussed and illustrated.*

---

## TECNICHE DI RIGENERAZIONE OSSEA

### *Bone regeneration techniques*

---

Raffaele Vinci, Stefano Zandonella Necca

*Istituto S. Raffaele, Milano, Italia  
Libero Professionista, Milano, Italia*

L'impiego di osso autologo nelle ampie ricostruzioni dei mascellari rappresenta ancora oggi il gold standard. Gli innesti di osso intra-membranoso, vuoi a provenienza da sedi intraorali che extraorali, offrono per le loro caratteristiche strutturali maggior semplicità durante la fase ricostruttiva e soprattutto mostrano una minor tendenza al riassorbimento nel medio-lungo termine. Vengono prese in esame, modulate in relazione ai differenti quadri clinici, le possibili strategie terapeutiche analizzandone contemporaneamente i limiti.

*The use of autologous bone grafts in the reconstruction of atrophic jaws is considered nowadays the gold standard. The membranous bone grafts from intra-oral or from extra-oral sites are easier to handle during the surgical procedures and, most of all, they show, in time, much less resorption tendency. Different operative strategies are considered in relation to different clinical situations, evaluating specific possibilities and limits.*

---

## OCCLUSAL PLANE ESSENTIAL TARGET IN FACIAL ANALYSIS OF PATIENTS INVOLVED WITH DENTOFACIAL DEFORMITIES

---

Ferdinando Boghi, Ettore Accivile

*Ospedale George Eastman, Roma*

Dento-facial deformities may have various degrees of both functional and esthetic compromise. The treatment planning for the correction of such malformations is based on presurgical VTO that should provide an accurate surgical guide. A really critical decision when planning orthognathic surgery is the occlusal plane angulation.

The occlusal plane has definitely significant influence on orthodontic treatment and of consequence, if surgical intervention is indicated to correct dento-facial deformities affecting 20% of population. The facial analysis must actually include this anatomic relationship to achieve a satisfying evaluation.

ATTI

8°

Venerdì 12 febbraio

Relazioni

2° CONVEGNO INTERNAZIONALE

convegno

SESSIONE - ODONTOIATRI-IGIENISTI DENTALI

*A cura della Commissione Nazionale dei Corsi di Laurea in Igiene Dentale*

MODERATORI

*Massimo De Luca**Roberto Di Giorgio**Raffaella Docimo**Giovanni Davide Galeota*

## IL RUOLO DELL'IGIENISTA DENTALE NEL TRATTAMENTO IN EQUIPE DI PAZIENTI CON PARTICOLARI NECESSITA'

### *The Role of the Dental Hygienist in a team for the treatment of patients with special needs*

Antonella Barone, Mario Giannoni

Università degli Studi, L'Aquila

Viene descritta l'esperienza clinica dell'Igienista Dentale (ID) in una struttura universitaria e l'attività svolta all'interno dell'Equipe Odontoiatrica nel trattamento pluridisciplinare dei pazienti con particolari necessità.

In tale ambito vengono riferiti gli interventi specifici che l'ID è chiamata ad eseguire su pazienti diabetici, cardiopatici, emopatici etc. che, oltre a richiedere specifici trattamenti inerenti la parodontopatia, spesso in fase avanzata, necessitano di particolari attenzioni e precauzioni in relazione alle patologie di base, ai trattamenti terapeutici eseguiti e ai farmaci abitualmente assunti.

*The clinical experience of the dental hygienist (DH) is described in a university role and the role carried out in a Dental Surgery team for pluri-discipline treatment in patients with special needs.*

*Here, specific procedures that the DH carries out are reported on patients with diabetes, heart disease, hemopathics etc, that not only require specific treatments related to periodontal disease, often in an advanced stage but that also require special attention and precautions related to underlying diseases from therapeutic treatment and to the intake of pharmaceutical drugs.*

## ORAL CANCER: DALLA BIOLOGIA MOLECOLARE AL PERCORSO CLINICO-DIAGNOSTICO-RIABILITATIVO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO

### *Oral cancer: from molecular biology to clinical-diagnosticrestoration in oncological patients*

Marco Baldoni, Fabrizio Carini, \*Dorina Lauritano

Università degli Studi di Milano-Bicocca, Italia

\*A.O. S. Gerardo, Monza, Italia

#### RAZIONALE DELLO STUDIO

Il distretto oro-maxillo-facciale è composto da una varietà di tessuti in grado di dare origine a molteplici neoplasie maligne. Queste possono prendere origine sia da tessuti molli che dal tessuto osseo. Il tumore maligno di gran lunga più frequente in questa sede è il carcinoma a cellule squamose e spinocellulare, il quale origina da uno dei tre strati strati germinativi dell'epitelio di rivestimento. I tumori della testa e del collo, che comprendono il cancro del cavo orale, risultano al settimo posto per quel che riguarda l'incidenza, con circa 400.000 nuovi casi ogni anno in tutto il mondo. All'interno dell'Europa vi è una grande variabilità nell'incidenza di questo carcinoma, con picchi di mortalità in Ungheria e Francia. Da uno studio statistico italiano applicato alla mortalità del carcinoma orale dal 1955 al 1995 risulta un trend positivo in molti paesi tra cui Ungheria, Francia ed Italia<sup>2</sup>. Il tumore orale è più frequente nell'uomo, con un rapporto uomo:donna superiore a 3:1. In alcuni Paesi tuttavia questo rapporto è in diminuzione, con tutta probabilità per il fatto che al giorno d'oggi le donne si espongono in maggior misura a sostanze cancerogene come alcol e tabacco. È importante segnalare come negli ultimi decenni non siano stati ottenuti notevoli progressi dal punto di vista della prognosi, per questo motivo le differenze di mortalità nei diversi periodi e nelle diverse aree geografiche sono soprattutto ascrivibili a cambiamenti nell'esposizione ai fattori di rischio.

#### FATTORI DI RISCHIO

I principali fattori di rischio per i carcinomi a cellule squamose della testa e del collo sono l'uso di tabacco ed il consumo di bevande alcoliche. Nell'eziopatogenesi di questi tipi di tumo-

#### BACKGROUND

*The oral and maxillo-facial districts are composed of many tissues which can originate malignant neoplasias from. These ones could take origin from soft or bony tissues<sup>1</sup>. The more frequent malignant tumour in this area is squamous cells carcinoma, which originates from one of the three layers of covering epithelium. Head and neck tumours, which include oral cancer, are the seventh tumours in impact, and increase by 400.000 new cases every year all over the world. In Europe there is a big variability in impact of carcinoma, with peaks of mortality in Hungary and France. Thanks to an Italian statistical study applied to oral cancer mortality from 1955 until 1995, a positive trend is evident in many countries like Hungary, France and Italy<sup>2</sup>. The oral tumour is more frequent in males and the ratio of men to women is over 3:12. In some countries this ratio is decreasing, due to women exposition to carcinogenic substances like alcohol and tobacco. It is important to highlight in the last decades many progresses have been made in prognosis, so differences of mortality in different periods and geographical areas are imputable to changes in the exposure to risk factors<sup>3</sup>.*

#### RISK FACTORS

*Main risk factors for squamous cells carcinoma of head*

re sembrano importanti anche altri fattori, tra cui una dieta particolarmente povera di frutta e verdura e condizioni scadute dell'apparato dento-parodontale. Secondo alcuni Autori l'aumentata incidenza dei carcinomi a cellule squamose della testa e del collo nei giovani sarebbe associata proprio alla tendenza al minor consumo di verdura nelle fasce giovanili. È stata inoltre ipotizzata una correlazione tra carcinomi del cavo orale e la presenza di HPV, sebbene ad oggi i dati ottenuti siano ancora piuttosto controversi<sup>4</sup>. Tutti questi fattori in realtà possono definirsi solo corresponsabili dell'eziopatogenesi dei carcinomi del cavo orale, in quanto non è stato fino ad ora chiarito il preciso ruolo cancerogeno di ognuno di essi<sup>1</sup>.

#### ORAL CANCER: COSTI SOCIALI DELLA RIABILITAZIONE FUNZIONALE ED ESTETICA POST-EXERESI CHIRURGICA

La riabilitazione funzionale dei tumori del cavo orale dopo l'eresi chirurgica e le eventuali terapie di supporto, chemio o radio-assistite, trovano notevoli ostacoli nel ripristino funzionale ed estetico delle aree colpite dalla malattia primaria. Infatti la specificità delle strutture interessate dal cancro orale ed i notevoli riflessi sulle attività primarie dell'individuo, quali la masticazione, la deglutizione, la respirazione e la fonazione, nonché il particolare risvolto psicologico dovuto al problema estetico delle eventuali sequele post-chirurgiche, impone al Team medico-odontoiatrico operante la ricerca di soluzioni che possano il più possibile avvicinarsi al completo ripristino della funzione e della estetica originarie al fine di migliorare la qualità di vita dei pazienti.

#### MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DI VITA

L'obiettivo della chirurgia ricostruttiva è di riabilitare forma e funzione dell'organo lesionato dal tumore. La tecnica ricostruttiva prevede il recupero dell'area maxillare o mandibolare colpita dalla patologia primaria, per ricostituire i piani profondi senza condizionare le strutture extraorali del paziente. Per risolvere queste menomazioni estetiche numerosi odontoiatri hanno pensato di utilizzare le protesi implantologiche che ormai comunemente vengono impiegate in odontostomatologia: GLI IMPIANTI OSTEOINTEGRATI. Praticamente tutti i lavori presenti in letteratura sono concordi nell'affermare che l'impiego degli impianti osteointegrati consente di ottenere ottimi risultati estetici, con grande facilità di mantenimento da parte del paziente. È tale il beneficio estetico offerto al malato che la sua motivazione nella gestione corretta di questi manufatti protesici è elevatissima. La letteratura già offre protocolli di mantenimento standardizzati, che trattano delle metodiche di inserzione e disinserzione delle diverse protesi, dell'igiene da dedicare alle strutture in titanio nella loro porzione per cutanea, della necessità di sottoporre il paziente a follow up professionali a cadenza costante. Sono sempre più ampie le indicazioni per questo tipo di riabilitazione, tanto che, oggi, è considerato, per alcuni specifici casi (piramide nasale, difetti orbitali, perdita del padiglione auricolare), la scelta terapeutica d'elezione.

#### PREVENZIONE E MARKERS MOLECOLARI

Il carcinoma orale a cellule squamose rappresenta una forma relativamente diffusa di neoplasia, i significativi progressi ottenuti nel trattamento e nella qualità della vita dei pazienti non sono, tuttavia accompagnati da un significativo miglioramento nella prognosi di tale patologia, e la mortalità ai 5 anni dalla diagnosi della malattia continua ad essere elevata, attorno al 50%. Ciò è in massima parte dovuto al fatto che spesso la diagnosi di questa neoplasia risulta tardiva, quando il cancro è già in stadio avanzato, soprattutto a causa della mancanza di marker molecolari specifici. Risulta chiara quindi la necessità di trovare marker che permettano in primo luogo la diagnosi precoce della malignità ed in seguito la scelta di una terapia quanto più mirata.

*and neck are smoking and alcohol drinking<sup>4</sup>. Poor oral health and lacking in fruit and vegetables diet seem to be important factors in pathogenesis of these types of tumour.*

*According to some Authors, the increased impact of the head and neck squamous cells carcinoma in young people could be associated just to reduced consumption of vegetables<sup>5</sup>. A correlation among oral cancer and HPV infection has been hypothesized, although obtained data are still rather controversial<sup>4</sup>. All these factors can be considered only jointly responsible of the oral carcinoma pathogenesis, because precise role of each carcinogen factor has not been explained<sup>1</sup>.*

#### ORAL CANCER: FUNCTIONAL AND AESTHETIC POST-SURGICAL SOCIAL COSTS

*Functional and aesthetic rehabilitation of oral cavity, after surgical resection and support therapies, (chemio and radio-therapy), is difficult in tumour involved areas. Specific structures interested by oral cancer present gaps in function, like chewing, swallowing, breathing, speaking and psychological aspects due to post-surgical aesthetic problems. This conditions impose to Dental Team searching for solutions that could approach complete restoring of function and original aesthetic to improve patients' lifestyle.*

#### LIFESTYLE IMPROVEMENTS

*Restoring surgery has the objective of whole rehabilitation of anatomy and function for the damaged organ due to tumour. Restorative technique consists of damaged maxillar and mandibular areas recovery. In order to resolve these aesthetic impairments, dentists have been using dental implant prosthesis: OSTEO-INTEGRATED IMPLANTS. All scientific studies demonstrate that osteo-integrated implants can obtain very significant aesthetic and functional results. Patients show cooperation in a correct prosthetic management due to aesthetic advantage. Some Authors described correct hygiene protocols and necessity of periodical professional follow up. Nowadays this kind of rehabilitation is considered the first therapeutical choice for some specific cases (nose pyramid, eyesocket defects, outer ear loss).*

#### PREVENTION AND MOLECULAR MARKERS

*Squamous cells oral cancer is a widespread form of neoplasia. Significant progresses obtained in treatment and quality of life aren't followed by a real improvement in prognosis. Mortality within 5 years after diagnosis of this neoplasia is high, around 50%. That is due to a delayed diagnosis, when cancer is in an advanced stage, especially because of a specific molecular markers' lack. It's evident the necessity to find helpful markers for a precocious diagnosis of malignity levels and a following choice of a specific therapy.*

**PREVENZIONE DELLA BRONJ: RUOLO DELL'IGIENE ORALE***Prevention of the Bronj: role of the hygiene*

Pier Luigi Foglio Bonda, Mario Migliario, \*Andrea Melle

Università del Piemonte Orientale A. Avogadro  
\*Libero Professionista, Vercelli

Dalle prime segnalazioni di S. Ruggiero, R E. Marx e C.A. Migliorati in letteratura sono apparsi numerosi casi di pazienti in terapia con bifosfonati (BF) ed esposizione dolorosa delle ossa mascellari. Oggi, sebbene non siano completamente chiariti i meccanismi d'azione, può ritenersi fondata l'associazione di lesioni osteonecrotiche dei mascellari con l'assunzione di bifosfonati; che è indicata nel trattamento dei pazienti affetti da mieloma multiplo, secondarismi ossei di tumori solidi, ipercalcemia maligna, morbo di Paget, iperparatiroidismo, osteoporosi ed altre malattie del metabolismo osseo. Dalla revisione della letteratura si evince che qualunque trauma anche lieve che determini un'esposizione ossea nella cavità orale di un paziente in terapia attuale o precedente con bifosfonati, può scatenare una lesione osteonecrotica; le principali cause scatenanti sono: estrazioni dentali (38-45%); malattia parodontale avanzata (25-28%); sconosciute (15-22%); interventi di chirurgia orale parodontale, endodontica, implantoprotesica (8-12%). Pertanto la BRONJ è una patologia di grande interesse per odontoiatri, chirurghi orali e maxillo-facciali e igienisti dentali.

Nel 2006 l'American Association of Oral Maxillofacial Surgeons (AAOMS) con il acronimo BRONJ (Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of Jaws) per identificare "...l'inaspettato sviluppo di osso necrotico, che persiste da più di otto settimane, nel cavo orale di un paziente che è stato o che è in terapia con bifosfonati e che non abbia fatto radioterapia nel distretto testa-collo".

Dall'analisi della letteratura emerge che il rischio d'insorgenza della BRONJ è in relazione con il tipo di bifosfonato assunto (massimo per alte dosi di BF contenenti gruppi amminici come il pamidronato, o nitrogeno come lo zoledronato, entrambi per I.V.), la dose, il tempo e la via di somministrazione, la patologia primaria per la quale il bifosfonato è somministrato, lo stato di salute generale del paziente e altre comorbidità; la reale incidenza non è nota, ma le lesioni sono più frequenti alla mandibola, nel sesso femminile, nella settima decade di vita.

Sulla base dei dati desunti dalla letteratura e dalla nostra esperienza clinica, fondata sul trattamento di pazienti inviati da ematologi, oncologi, reumatologi e fisiatri, abbiamo suddiviso, i pazienti in cinque gruppi, basati sul tipo e dosaggio di bifosfonato, sulla durata e sulla via di somministrazione, e per ogni gruppo proponiamo uno specifico protocollo.

L'opera degli igienisti dentali è di fondamentale importanza per la riduzione del rischio d'insorgenza della BRONJ, sia attraverso la prevenzione primaria delle malattie dento-parodontali, con l'educazione e la motivazione a un'accurata igiene orale domiciliare, sia con quella secondaria, con la periodica esecuzione di sedute d'igiene orale professionale e il controllo dello stato di salute dei tessuti orali. L'obiettivo del nostro lavoro è fornire precise indicazioni agli igienisti dentali perché possano essere partecipi di un processo educativo e terapeutico adeguato alla loro professionalità nella prevenzione della Bronj.

*Following first reports by S. Ruggiero, R E. Marx and C.A. Migliorati a growing number of patients treated with bisphosphonates and painful exposure of the maxillary bones appeared in literature.*

*Today, although the mechanisms of action are not also completely clarified, we can consider founded the association of osteonecrosis of the jaws with the assumption of bisphosphonates.*

*Bisphosphonates' medication is used in the management of multiple myeloma, skeletal related events associated with bone metastases from solid tumors, hypercalcemia of malignancy, Paget's disease, hyperparathyroidism, osteoporosis and other diseases of bony metabolism.*

*The reviews of the literature shows that any accidental trauma, however slight with bone exposure in the oral cavity, in a patient who is receiving, or who in the past has received bisphosphonate treatment, can cause an osteonecrosis of the jaws; the chief triggering events of osteonecrosis are: dental extraction (38-45%); advanced periodontal disease (25-28%); unknown (15-22%); periodontal, endodontic or implant surgery (8-12%).*

*Consequently BRONJ is a disease which holds great interest for Dentists, Maxillofacial Surgeons and Dental Hygienists.*

*The American Association of Oral Maxillofacial Surgeons (AAOMS) in 2006 coined the acronym BRONJ (Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaw) to describe "...the unexpected development of necrotic bone in the oral cavity, persisting for more than eight weeks, in a patient who is receiving, or who in the past has received, bisphosphonate treatment and who has not undergone radiotherapy in the neck-head area".*

*Medical literature shows that the risk of onset of BRONJ is in relation with type of bisphosphonate used (maximum for high doses of BF containing amino groups like pamidronate or nitrogen groups like zoledronate, both IV BPs), dose, duration and way of administration of the treatment, primary disease, general health of the patient and other various co morbidity. The real incidence of BRONJ is not known, but it is more common in the mandible, in the women and in the seventh decade of life.*

*By the review of the literature and our clinical experience, based on the treatment of the patients arrived to us from haematologists, oncologists, rheumatologists and physiatriests we have divided the patients into 5 groups based on the type and dosing of bisphosphonate, time and way of administration and for every group we propose a specific protocol.*

*The work of Dental Hygienists is very important: the primary prevention, through the education and the motivation to an accurate domiciliary oral hygiene prevents dental and periodontal diseases; this one secondary, performing the professional oral hygiene and the periodic monitoring of the oral health in the patient to risk, is fundamental in reducing the risk of developing BRONJ.*

*The objective of our job is to provide precise indications for the dental hygienists so they can participate of an educational and therapeutic trial suitable with their professionalism in prevention of BRONJ.*

## L' EROSIONE DENTALE: COME RICONOSCERLA, TRATTARLA, PREVENIRLA

### *Dental erosion: findings, diagnosis, prevention and treatment*

Edoardo Baldoni, Alessandra Lucches, Fulvia Cocco

Università degli Studi di Sassari  
Università degli Studi di Ferrara  
Libero Professionista, Roma

L' erosione dentale è la dissoluzione dei tessuti duri causata dalla esposizione cronica a sostanze acide prodotte al di fuori del cavo orale, o all' interno del corpo umano (acidi gastrici), oppure provenienti dagli alimenti e bevande. A differenza della carie, questo tipo di dissoluzione acida inizia dalle superfici lisce dei denti, non lascia strati superficiali suscettibili di remineralizzazione, e la perdita di tessuto duro è permanente e non è reversibile.

*Erosion is the dissolution of dental hard tissue due to chronical exposure to acids produced outside the oral cavity. They can originate from within the body (gastric acid) or from outside the body (e.g. foods, drinks). In contrast to caries, the dissolution of dental hard tissues by acids starts on the surface, no intact surface layer is remaining which can be remineralised, the loss of hard tissue after chronical acid attack is therefore not reversible.*

## AIR-FLOW E PERIO-FLOW CON POLVERI DI GLICINA TECNICHE E RISULTATI DI UTILIZZO DI NUOVE TECNOLOGIE IN PREVENZIONE

*Intelligent technology with air-flow and perio-flow above and below the gum:  
how to achieve excellent results in prevention*

Monica Castellaro

Libero Professionista, Casale Monferrato, Alessandria

La prevenzione delle malattie del cavo orale è attualmente considerata da tutti gli operatori del settore odontoiatrico un aspetto importante utile a contribuire al miglioramento delle condizioni di salute dei pazienti e a mantenere nel migliore dei modi la dentatura sia dal punto di vista estetico che funzionale.

Il rapido sviluppo delle tecnologie in questo ambito richiede un continuo aggiornamento da parte degli operatori e un'attenta valutazione tecnico scientifica dei vantaggi operati in termini di efficacia/efficienza.

L'utilizzo della tecnica air flow e perio flow con polveri di glicina permette una efficace eliminazione del biofilm batterico e delle pigmentazioni estrinseche in adulti e bambini nel rispetto dei tessuti molli e dei tessuti duri riducendo i tempi di lavoro e risultando indolore e particolarmente gradevole al paziente.

La relazione si pone come obiettivo quello di spiegare l'utilizzo e le caratteristiche tecniche delle apparecchiature elettromedicali utilizzate e la validità tecnico scientifica di questa metodica di lavoro.

*The prevention of illnesses of the oral cavity is actually considered by all operators of the dental sector an important aspect which can contribute to the improvement of the general health of the patients.*

*Prevention also maintains in the best way possible, the teeth of the patients both estetically and functionally.*

*The fast moving developments in the technologies of this sector requires continuous learning by the operators and careful scientific technical valuation of the advantages in terms of the usefulness and efficiency.*

*The use of technical air flow and perio flow with glicina powder allows an efficient elimination of the bacterial biofilm and the elimination of external pigmentations in adults and children with respect to both soft and hard tissue.*

*Technical Air Flow and Perio Flow reduces work time and is painless and particularly pleasant for the patients.*

*The objective what i will talk about will explain the use of and technical characteristics of electro - medical tools; and the technical scientific validity of this method of working*

ATTI

8°

Sabato 13 febbraio

Relazioni

2° CONVEGNO INTERNAZIONALE

convegno

**LE SCUOLE ODONTOIATRICHE  
ITALIANE**

MODERATORI

*Mario Capogreco*  
*Massimo De Luca*  
*Roberto Gatto*  
*Giuseppe Marzo*  
*Alessandro Piattelli*  
*Maurizio Procaccini*  
*Manlio Quaranta*

**RIABILITAZIONI CON SHORT IMPLANTS E IAC O RICOSTRUZIONE OSSEA PREIMPLANTOLOGICA?***Rehabilitation with short implants and IAC or preimplantological bone reconstruction?**Mauro Sajevo**Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello, Palermo*

Le tecniche di ricostruzione dei mascellari parzialmente o totalmente atrofici non sembrano assicurare la definitiva stabilità della quota ossea ricostruita. La contrazione dei volumi ossei comporta un inevitabile rischio per la sopravvivenza a medio-lungo termine della riabilitazione implanto-protesica e la possibilità che si verifichi un decadimento delle caratteristiche estetiche del manufatto protesico.

Ove l'atrofia dei mascellari non imponga tecniche ricostruttive al fine di assicurare un risultato estetico ottimale, l'impiego di strategie di progettazione che prevedono l'impiego di impianti corti rappresenta, a nostro avviso, una valida alternativa terapeutica in ragione della minore invasività del trattamento e della predicibilità del risultato.

E' da sottolineare l'importanza della scelta di fixtures che per il loro design, per la tipologia della modalità di collegamento con la sovrastruttura protesica, congiuntamente all'utilizzo dei polivetri come materiale da rivestimento, soprattutto se stratificato direttamente sull'abutment (integrated abutment crown), favoriscano la stabilità della porzione coronale dell'osso perimplantare contribuendo al contenimento dei rischi di fallimento, parziale o totale, della riabilitazione implanto-protesica sia nei pazienti con atrofie mascellari sia nei pazienti sottoposti a trattamenti ricostruttivi più o meno complessi.

*Reconstruction techniques of the partial or total Maxillary atrophy do not ensure a complete stability of the bone reconstructive area. The tightening of bone volume carries an inevitable risk of the implant-prosthetic rehabilitation from medium to long term endurance; as well as the possibility of the prosthetic esthetic gradual deterioration.*

*When the Maxillary atrophy does not require reconstructive techniques in order to guarantee a most advantageous esthetic result, the usage of short implants is a viable therapeutic alternative due to a lesser aggressive infiltration and greater positive outcome.*

*The choice of fixtures is quite more important than the design itself; the type of reinforcement to the prosthetic structures and the usage of accurate covering materials (polivetri) particularly when it comes to abutments (INTEGRATED ABUTMENT CROWN) provide additional stability to the coronal portion of the bone; avoiding the partial or total risk of failure of the implant-prosthetic rehabilitation of Maxillary atrophy patients as well as those with less complex reconstructive treatments.*

**ENDODONTIA CHIRURGICA AL MICROSCOPIO***Endodontic surgery with the microscope**Vito Antonio Malagnino**Università D'Annunzio, Chieti*

In caso di insuccesso endodontico la prima soluzione da considerare è un ritrattamento ortograde; in questi casi a volte vi sono difficoltà in più dovute a perforazioni, strumenti rotti, presenza di un perno: è giusto che l'Operatore studi il caso prendendo in considerazione anche un intervento di endodonzia chirurgica con l'obiettivo di ottenere la guarigione da una parte salvaguardando l'integrità del dente, dall'altra scegliendo la strada meno complessa e onerosa per il paziente. La chirurgia endodontica resta poi il trattamento di scelta in caso di fallimento di un Ritratamento endodontico. L'endodonzia chirurgia attualmente viene considerata un trattamento predicibile delle lesioni periradicolarie di origine endodontica grazie all'avvento dei nuovi materiali e delle nuove tecnologie. Il successo di tale opzione terapeutica è infatti passato da un 50-60% a più del 90% utilizzando il microscopio operatorio, gli inserti a ultrasuoni per la preparazione della cavità retrograda e i nuovi materiali per l'otturazione retrograda (MTA, ecc.).

Per risolvere al meglio tutti questi casi è utile avvalersi degli strumenti che oggi sono disponibili, dagli ultrasuoni al microscopio operatorio.

Questi strumenti sono utilizzabili da qualunque operatore per migliorare le proprie capacità, anche se le situazioni più delicate potranno avere bisogno della specifica competenza ed esperienza di un Endodontista.

*In case of endodontic failure the first solution to be considered is orthograde retreatment; sometimes these cases are more difficult because of perforations, broken instruments, endodontic posts ... The operator must study the clinic case considering also endodontic surgery in order to obtain recovery and~ to maintain tooth integrity performing the easiest and less expensive solution. Endodontic surgery is the first solution in case of retreatment failure. Today endodontic surgery is an expectable treatment in case of endodontic apical lesions thanks to the introduction of new materials and new technologies. The success rate of endodontic surgery increased from 50-60% to more than 90% using operative microscope, ultrasonic tips for retrograde cavity preparation and new materials for retrograde obturation (MTA etc.).*

*In order to face all these cases is convenient to use all the instruments now available, from ultrasound to operative microscope, These instruments can be used by all the operators in order to increase their performances, even if the more difficult situations need the specialistic competences of an Endodontist*

## LA CHIRURGIA PIEZOELETTRICA IN IMPLANTOLOGIA

### *Piezoelectric surgery in implantology*

Mauro Bovi

*Libero professionista, Roma*

Negli ultimi anni sono apparse numerose innovazioni nel campo della chirurgia orale e tra queste esercita estremo interesse la chirurgia piezoelettrica. Tale procedura si avvale di un nuovo strumento che utilizza gli ultrasuoni per eseguire osteotomie ed osteoplastiche. La caratteristica principale della chirurgia ossea ad ultrasuoni è quella di avere un effetto tagliente selettivo sul tessuto osseo, senza avere alcun effetto sui tessuti molli. Ciò è particolarmente vantaggioso, quando si devono eseguire delle osteotomie in vicinanza a strutture anatomiche delicate, come ad esempio il fascio vascolo nervoso alveolare inferiore, la membrana sinusale. Un'altra caratteristica è quella di eseguire tagli di spessore ridotto, più regolari e più puliti rispetto alle comuni frese chirurgiche.

Ciò è molto vicino al modo di lavorare delle seghe da osso, ma a differenza di queste è anche possibile disegnare qualsiasi andamento della linea osteotomica.

Queste caratteristiche sono particolarmente utili nella chirurgia ossea implantare.

Il paziente implantare che si presenta nel nostro studio può essere schematicamente diviso in due categorie: il paziente che deve estrarre l'elemento dentale compromesso e il paziente edentulo.

Nel primo caso è d'estrema utilità poter inserire un impianto post estrattivo immediato. Per poter eseguire ed ottenere i migliori risultati da tale procedura bisogna mantenere la maggior quantità ossea possibile, senza danneggiare l'alveolo post estrattivo durante l'estrazione, e creare un sito implantare che permette di posizionare l'impianto correttamente. La chirurgia piezoelettrica offre diversi vantaggi in quest'ottica.

Nel paziente edentulo quando è presente una sufficiente quantità e qualità ossea la terapia implantare è semplice e con bassa morbilità. Quando il sito implantare ha una quantità e/o qualità ossea insufficiente, questo deve essere prima ricostruito.

La ricostruzione del sito implantare può avvenire per deficit del diametro orizzontale, o del diametro verticale, o una combinazione dei due. Le tecniche che possono essere usate a questo scopo sono: rigenerazione guidata dell'osso, innesti di osso a blocco, osteotomia sagittale (split-crest), elevazione di seno mascellare, distrazione osteogenica, mobilizzazione del fascio pascolo nervoso alveolare inferiore. Per ognuna di queste tecniche saranno analizzati i possibili vantaggi dell'uso della chirurgia piezoelettrica.

*In recent years there have been many innovations in the field of oral surgery and between these exercises very interesting piezoelectric surgery. This procedure uses a new instrument that uses ultrasound to perform osteotomies and osteoplasty.*

*The main feature of ultrasonic bone surgery is to have an effect on bone selective cutting, without having any effect on soft tissues. This is particularly advantageous when you need to perform osteotomies in proximity to sensitive anatomical structures, such as the inferior alveolar nerve vascular bundle, the sinus membrane.*

*Another feature is to make cuts of reduced thickness, more regular and cleaner than the common surgical burs.*

*This is very close to the way the world works from bone saws, but unlike these it is also possible to draw any trend line osteotomy.*

*These features are particularly useful in bone implant surgery.*

*The patient implant that is presented in our study can be schematically divided into two categories: the patient who needs to extract the element dental compromise and edentulous patients.*

*In the first case is of extreme utility to add a post mining facility immediately. In order to run and get the best results from this procedure must preserve as much bone as possible without damaging the socket after extraction by the extraction and create an implant site that allows you to place the implant properly. Piezoelectric surgery offers several advantages in this light.*

*In the edentulous patient, when there is a sufficient quantity and quality of bone, implant therapy is simple and has a low morbidity.*

*When the implant site has not sufficient bone concerning quality and quantity, it must first be rebuilt.*

*The reconstruction of the implant site must be performed because an insufficient horizontal or vertical bone diameter is present or a combination of these.*

*Techniques that can be used for this purpose are: guided bone regeneration, bone block grafting, sagittal osteotomy (split-crest), elevation of the maxillary sinus, osteogenic distraction, mobilization of the inferior alveolar nerve bundle. For each of these techniques will be analyzed the possible benefits of the use of piezoelectric surgery*

## PROTESI IMMEDIATA SU IMPIANTI

### *Immediate prosthesis on implants*

Alberto Barlattani

Università Tor Vergata, Roma

La riabilitazione del paziente edentulo con impianti intraossei rappresenta oggi il metodo di elezione nel recupero funzionale ed estetico degli elementi dentari.

La possibilità di avvalersi d'impianti intraossei ha ampliato le opzioni terapeutiche disponibili per la riabilitazione delle edentulie parziali e/o totali, migliorando il recupero fisiologico della funzione masticatoria e il comfort psicofisico del paziente, obiettivi che la protesi rimovibile non può completamente soddisfare.

La riabilitazione del paziente edentulo con impianti intraossei rappresenta oggi il metodo di elezione nel recupero funzionale ed estetico degli elementi dentari.

La possibilità di avvalersi d'impianti intraossei ha ampliato le opzioni terapeutiche disponibili per la riabilitazione delle edentulie parziali e/o totali, migliorando il recupero fisiologico della funzione masticatoria e il comfort psicofisico del paziente, obiettivi che la protesi rimovibile non può completamente soddisfare.

Le ultime tecniche di scansione olografica, in associazione con la tecnologia produttiva CAD/CAM, ci consentono di simulare al computer la chirurgia implantare e riprodurla nel paziente con un approccio mini-invasivo. La progettazione e la realizzazione della chirurgia implantare si basano sull'utilizzo di un software di pianificazione protesico – chirurgica.

Il sistema utilizzato (Nobelguide; Nobelbiocare AB) elabora le immagini assiali derivate dalla TC del paziente, per ottenere una ricostruzione 3D dell'anatomia dello scheletro facciale. Una dima radiografica, creata dalla ceratura diagnostica del restauro protesico ideale, viene fatta indossare durante l'esame TC.

La ricostruzione 3D del sito da riabilitare permetterà di simulare una chirurgia virtuale al computer e ottimizzarla in funzione del quadro anatomo-protesico decidendo: posizione, angolazione, profondità e diametro degli impianti.

I dati della riabilitazione pianificata vengono così inviati dal software per la costruzione di una dima chirurgica ottenuta con tecnica stereolitografica.

La dima chirurgica permetterà di riprodurre nella realtà clinica la chirurgia virtuale eseguita al computer e, al tempo stesso, di sviluppare un modello master con gli analoghi e le sovrastrutture degli impianti posizionati nel gesso.

Grazie alla progettazione protesica virtuale, gli impianti sono posizionati con un approccio flapless mini-invasivo, al termine del quale il paziente sarà riabilitato con una protesi fissa immediata fabbricata sul modello master ottenuto dalla progettazione al computer.

I vantaggi della chirurgia implantare orale computer-assistita sono:

*The rehabilitation of the edentulous patient with intrabony implants is now the choice of method used in the recuperation of functional and aesthetic dental elements.*

*The use of intrabony implants has widened in treatment options available for rehabilitation of partial and / or total edentulous patients, improving the physiological recovery of mastication functions and for the patient's physical and psychological comfort, goals that with the use of removable prosthesis cannot achieve nor satisfy. The latest scanning holographic techniques, in association with CAD/CAM technology allows us to simulate implant surgery on the computer and then carried out on the patient with a mini-invasive approach.*

*The design and implementation of implant surgery is based on the use of a prosthetic surgical planning software. The system used (Nobelguide; Nobelbiocare AB) processes the axial images from the patients CT in order to obtain a 3D reconstruction of the facial skeleton. A radiographic template created by the waxed diagnostic of the prosthetic restoration is worn during the CT scan. The 3D reconstruction site to be rehabilitated allows the simulation of a virtual surgery on the computer and to optimise the anatomical-prosthetic picture of : position, angle, depth and diameter of implants. The data of the planned rehabilitation are then sent from the software for the construction of a surgical template obtained by a stereolithographic technique. The surgical template allows to reproduce the virtual surgery from the computer and at the same time, develop a master model.*

*Thanks to the virtual prosthetic design, the implants are placed with a mini-invasive flapless approach where the patient will be rehabilitated with an immediate fixed prosthesis based on the master model from the computer design.*

*The advantages of computer-assisted oral implant surgery are:*

- 1) mini-invasive approach (without..flaps) associated with shorter surgery time;*
- 2) simplified surgical prosthetic management*
- 3) immediate rehabilitation of the masticatory function.*
- 4) Reduction of post-operative morbidity: pain free intra and post-operative, with decreased local complications (bleeding and swelling).*
- 5) Rapid psycho-physical recovery of the patient.*
- 6) Success rate compared to open surgery.*
- 7) Integration of determinants of the restoration in surgical planning, with a higher predictability of the outcome of prosthetic implants and implementation in the*

- 1) approccio minimamente invasivo (senza eseguire lembi), associato a tempi chirurgici più brevi;
- 2) gestione chirurgico protesica semplificata;
- 3) riabilitazione immediata delle funzioni dell'apparato stomatognatico;
- 4) riduzione della morbidità post-operatoria: assenza di dolore intra e post operatorio, con diminuzione delle complicanze locali (sanguinamento e gonfiore);
- 5) rapido recupero dell'efficienza psico-fisica del paziente;
- 6) percentuali di successo sovrapponibili a quelle della chirurgia a cielo aperto;
- 7) integrazione delle determinanti del restauro nella pianificazione chirurgica con aumento della predicibilità del risultato protesico e realizzazione del manufatto protesico prima della fase chirurgica, semplificando in questo modo i protocolli per il carico immediato;
- 8) semplificazione delle procedure chirurgiche tecnico-sensibili e operatore-dipendente che possono avere un impatto determinante sulle attuali tecniche implantari.
- 9) riduzione del tempo/costi della poltrona necessari alla riabilitazione protesico-chirurgica del paziente.

*first phase of surgery, thus simplifying the protocols for immediate load;*

*8) simplifying surgical and technical procedures and choice of implant technique for the health worker.*

*9) Reducing time and costs of surgical prosthetic rehabilitation to the patient.*

# INDICE PER AUTORE

## INDEX

<i>Roberto Pellegrino</i> .....	pag 3
<i>Maurizio Fraccon</i> .....	pag 4-5
<i>Maurizio Ripari</i> .....	pag 7-8
<i>Eva Ameisen</i> .....	pag 10
<i>François Barruel</i> .....	pag 10
<i>Margaret Grindefjord</i> .....	pag 10
<i>Cyril Meyerowitz</i> .....	pag 11
<i>Mauro Orefici</i> .....	pag 12
<i>Alberto Falconieri</i> .....	pag 12
<i>Luca Cordaro</i> .....	pag 13
<i>Raffaele Vinci</i> .....	pag 13
<i>Stefano Zandonella Necca</i> .....	pag 13
<i>Ferdinando Boghi</i> .....	pag 13
<i>Ettore Accivile</i> .....	pag 13
<i>Antonella Barone</i> .....	pag 15
<i>Mario Giannoni</i> .....	pag 15
<i>Marco Baldoni</i> .....	pag 15-16
<i>Fabrizio Carini</i> .....	pag 15-16
<i>Dorina Lauritano</i> .....	pag 15-16
<i>Pier Luigi Foglio Bonda</i> .....	pag 17
<i>Mario Migliario</i> .....	pag 17
<i>Andrea Melle</i> .....	pag 17
<i>Edoardo Baldoni</i> .....	pag 18
<i>Alessandra Lucches</i> .....	pag 18
<i>Fulvia Cocco</i> .....	pag 18
<i>Monica Castellaro</i> .....	pag 18
<i>Mauro Sajeva</i> .....	pag 20
<i>Vito Antonio Malagnino</i> .....	pag 20
<i>Mauro Bovi</i> .....	pag 21
<i>Alberto Barlattani</i> .....	pag 22-23

*Il 9° Convegno Nazionale  
di Maxillo Odontostomatologia  
che si terrà nel Febbraio 2011  
tratterà il tema:*

IL RUOLO  
DEGLI OSPEDALI ODONTOIATRICI G. EASTMAN  
NELLO SCENARIO DELLA  
MAXILLO ODONTOSTOMATOLOGIA INTERNAZIONALE

*The 9<sup>th</sup> National Convention  
of Maxillo Odontostomatology  
to be held in February 2011  
will address the theme:*

THE ROLE  
OF THE DENTAL HOSPITALS "G.EASTMAN" OF THE WORLD  
AND MAXILLO ODONTOSTOMATOLOGY  
ON THE INTERNATIONAL SCENE



**S. I. M. O.**  
SOCIETA ITALIANA MAXILLO  
ODONTOSTOMATOLOGICA