

Presentazione

Il clinico che si occupa di chirurgia orale e implantologia è spesso focalizzato principalmente sugli aspetti tecnici dell'intervento chirurgico, come il disegno del lembo, le tecniche di preparazione del sito implantare, lo strumentario utilizzato e le modalità di sutura. Tuttavia, non di rado trascura un'adeguata preparazione riguardante l'anatomia chirurgica del distretto oro-facciale, studiata anni prima in modo prevalentemente teorico.

Un approccio terapeutico moderno ed etico richiede l'applicazione di procedure e tecniche chirurgiche capaci di preservare sensibilità e funzionalità delle aree trattate. La conoscenza approfondita delle basi anatomiche è essenziale per operare con sicurezza e serenità, evitando timori e ansie.

Il libro di Roberto Pistilli e Pietro Felice rappresenta un testo indispensabile che ogni chirurgo dovrebbe studiare accuratamente e che ogni neofita dovrebbe consultare prima di affrontare un intervento chirurgico.

L'originalità dell'opera risiede nella capacità di integrare l'atto chirurgico, la dissezione del distretto e l'anatomia radiologica nei suoi aspetti più moderni legati alla diagnostica per immagini. Inoltre, il libro è arricchito da numerosi casi clinici riguardanti chirurgia orale, maxillo-facciale e implantare.

Ogni distretto anatomico è trattato con estrema chiarezza didattica, con particolare attenzione alle strutture vascolari e nervose rilevanti per la chirurgia e che devono essere rispettate. L'iconografia è eccellente, organizzata in modo funzionale all'apprendimento e facilita la comprensione dei passaggi fondamentali di ogni intervento clinico.

In quest'opera, l'anatomia è resa viva, interessante e affascinante poiché viene contestualizzata nella pratica quotidiana del clinico, abituato ad analizzare esami radiologici e a eseguire interventi chirurgici.

L'anatomia si fonde quindi con la radiologia e la chirurgia, cessando di essere una disciplina fredda e teorica per divenire un sapere applicativo, strettamente connesso alla realtà clinica. L'opera di Roberto Pistilli e Pietro Felice permette al chirurgo di immergersi nella complessità tridimensionale delle strutture anatomiche su cui opera, la cui scarsa conoscenza può comportare gravi rischi di lesioni neurologiche o vascolari per i pazienti.

In un'epoca in cui il numero di professionisti che praticano l'implantologia è in costante aumento, quest'opera diventa un supporto didattico essenziale per tutti gli odontoiatri e i chirurghi maxillo-facciali che desiderano esercitare la professione con competenza e consapevolezza, ben consci dei rischi che i pazienti possono correre se le capacità cliniche e tecniche dell'operatore non si basano su solide conoscenze anatomiche.

Il progetto editoriale dell'opera riesce a combinare efficacemente gli obiettivi di un testo didattico per i neofiti, offrendo loro una solida base di partenza, e di uno strumento indispensabile per l'aggiornamento e lo studio approfondito da parte di tutti gli odontoiatri professionisti, nonché dei chirurghi orali e maxillo-facciali interessati all'implantologia.

Tiziano Testori

Fellow & Diplomate Academy of Osseointegration (AO)
Adjunct Clinical Associate Professor
Department of Periodontics and Oral Medicine
University of Michigan, School of Dentistry (Ann Arbor, MI)
Responsabile Reparto di Implantologia e Riabilitazione Orale
I.R.C.C.S. Ospedale Galeazzi Sant'Ambrogio, Milano (Italy)
Clinica Universitaria Odontoiatrica (Dir. Prof. Luca Francetti)

Prefazione alla seconda edizione

Dopo tanta fatica, siamo riusciti, sempre grazie a Edra e alla pazienza dell'amica Paola Sammaritano, a completare il secondo volume, tutto dedicato all'Anatomia e Chirurgia del mascellare superiore e della regione zigomatica. Voglio ripetere quanto scritto nel primo volume: mi rivolgo a te, lettore, come se stessi uno di fronte all'altro e così ho voluto che fosse impostato questo testo. Esso è la riproduzione su carta di una lezione frontale che da alcuni anni svolgo presso le varie università italiane e in particolare all'Università di Bologna, in collaborazione con il Prof. Pietro Felice. Era ed è una lezione che, nel corso del tempo, è diventata una lezione della durata di due giorni, dove io ho sempre cercato di trasmettere, in particolare ai giovani, l'esperienza di anni trascorsi sul "campo di battaglia" di un reparto ospedaliero di chirurgia maxillo-facciale, reparto che è diventato nel corso degli anni un punto di riferimento per il mondo odontoiatrico del Centro-Sud. E quest'opera è rivolta proprio a te, collega odontoiatra. Io stesso sono un maxillo-odontoiatra fortunato, fortunato nell'aver incontrato le persone giuste che mi hanno trasmesso i valori giusti di una splendida professione come la nostra. Fortunato era il cognome del mio primo Primario Ospedaliero. Si chiamava Gianni Fortunato ed era il Primario della Chirurgia Maxillo-Facciale dell'Ospedale San Giovanni di Roma, dove io frequentavo da volontario negli ultimi anni di laurea e negli anni di specializzazione. Anche lui era un Primario fantastico, di grande umanità e intelligenza. Diede a me e al Dr. Nisii, che allora era Aiuto Ospedaliero, carta bianca per partire e andare all'estero a seguire corsi di "dissezione anatomica". Non si può iniziare a parlare di chirurgia senza aver dedicato una lunga parte della nostra crescita professionale ad approfondire la conoscenza dell'anatomia. E l'anatomia non si può imparare sui libri guardando le figure dove l'arteria è rossa, la vena blu e i nervi gialli, perché nella realtà non è così e la terza dimensione è un mondo completamente diverso. E allora bisogna dedicare molto tempo alla dissezione anatomica. Ho tenuto corsi di dissezione presso la New Jersey University e l'immagine piacevole, e allo stesso tempo sconcertante, che mi porto sempre dietro è quella degli studenti del primo anno di medicina e odontoiatria che tutti i giorni, dalle 8 alle 10, hanno il loro corpo umano a disposizione; tutte le mattine si incontrano con l'anatomia per avere poi la possibilità, in futuro, di non scontrarsi con i problemi seri della chirurgia. Quando poi si è soli nel proprio studio con i dubbi su come proseguire, infatti, bisogna sempre ripensare

quale struttura anatomica c'è e quali danni possiamo fare al paziente. Un'altra raccomandazione che voglio fare a noi odontoiatri è quella di non limitare la conoscenza anatomica al cavo orale: bisogna allargare la conoscenza anatomica alle aree limitrofe, perché esistono "patologie di confine" e perché nella nostra chirurgia può diventare necessario invadere un distretto che giornalmente non trattiamo.

Spero che quest'opera possa dare a molti colleghi quel qual cosa in più per rendere più sereno il loro lavoro quotidiano.

Roberto Pistilli

Ringraziamenti

Prima di tutto ringrazio l'amico e fratello Pietro per avermi fatto comprendere quanto fosse giusto condividere il nostro materiale didattico frutto di tanti anni di collaborazione. Nel ringraziare lui non posso non ringraziare la sua incredibile squadra di collaboratori guidata dall'instancabile Carlo Barausse. Un gruppo che unisce le qualità chirurgiche a una profonda conoscenza della letteratura. Ringrazio sempre la Dr.ssa Paola Sammaritano di EDRA per la grande pazienza nell'aspettare e nell'impostare il nostro lavoro. Non aggiungo molto ai ringraziamenti espressi nell'introduzione del primo volume perché anche il secondo è frutto dell'attività svolta negli anni Novanta e i primi 25 anni del Duemila... ma alcune cose devo dirle.

In primo luogo, mi scuso per il ritardo nella pubblicazione del secondo volume, ma quando sei preso dal vortice dell'attività ospedaliera, dall'attività di studio e quando il sabato, che potresti dedicare alla stesura del testo, lo trascorri in aule congressuali, resta solo la domenica. E le domeniche sono poche e ho sempre una famiglia... e che famiglia.

Qualche cosa è cambiata negli ultimi anni. Il Dr. Nisii, con cui ho condiviso una vita, è andato in pensione e io ho temporaneamente preso il suo posto alla guida del Reparto di Chirurgia Maxillo-Facciale dell'Ospedale San Camillo Forlanini. Ma dopo alcuni mesi è rientrato l'amico Bruno Pesucci, che per tanti anni, prima che arrivassimo noi "ex San Filippini", aveva diretto brillantemente questo Reparto. Mi è sembrato corretto che fosse lui a portare avanti il compito di dirigere una "super squadra". Mi permetto di definirla tale, non perché ci sia io, ma perché ci sono "super colleghi" come Flavio Andrea Govoni, Vincenzo Marcelli, Resi Pucci, Carlo Macro, Ikenna Aboh e Walter Colangeli. Non posso dimenticare Fabrizio Bozza che ringrazierò sempre per ciò che ha dato al nostro reparto per l'attività di chirurgia endoscopica (di cui vedrete alcuni interventi proprio in questo testo) e per la chirurgia oncologica e Alessandra Brunelli che ha deciso, per amore, di ritirarsi a lavorare in Trentino. Non posso dimenticare il servizio di Odontoiatria con gli amici Giuseppe Badia, Giovanni Barbini, Marta D'Andrea e Silvio Di Nezza e collaboratori come Valeria Pistilli, Valerio Farese, Andrea Raco, Livia Masini, Alessio Zotti e Filippo Grilli. A questo gruppo si sono aggiunti negli anni i vari specializzandi del-

la chirurgia maxillo-facciale dell'Università La Sapienza, diretta dal Prof. Valentino Valentini. Saranno loro il futuro della chirurgia maxillo-facciale e della chirurgia orale. Da poco meno di un anno è andato in pensione l'amico Pesucci e ora ho io l'onore di dirigere il nostro Reparto ma, onestamente, spero di lasciare presto la direzione a chi verrà dopo di me.

Nel primo volume ho ringraziato i collaboratori e le collaboratrici di studio, sempre impagabili, e continuo a ringraziarli scusandomi per aver dimenticato la dolce Daniela. Ma ora devo ringraziare il fantastico gruppo di ferristi e infermieri del San Camillo Forlanini. Inizio con il Reparto ma potrei iniziare con il Blocco Operatorio, l'Ambulatorio e le salette chirurgiche. Sono tutte persone straordinarie e li vorrei tutti mettere per primi. Il Reparto è guidato magistralmente da Alberto Fipaldini, coadiuvato da Michela e da tutti i disponibilissimi infermiere e infermieri. Proseguo con il Blocco Operatorio: grazie infinite alla ex caposala, la mitica Gabriella Pitzalis, e all'attuale, anche lui magico, Corrado Contarini e a tutti i ferristi e assistenti di sala che ci consentono pazientemente di lavorare... vorrei nominarli tutti, perché tutti quanti lo meriterebbero, ma sono troppi e bellissimi.

Adoro l'Ambulatorio, guidato dalla caposala Anna Ceccorulli e da Claudia e grazie ai fantastici Carlo, Mona, Aldo e alla ferriste delle salette.

Un ultimo grande saluto e ringraziamento al nostro attuale Direttore Generale, il Dr. Angelo Aliquò, e al Direttore Sanitario, Dr. Gerardo De Carolis, alle anestesiste (permettetemi un particolare abbraccio alla Dr.ssa Adriana Antonucci) e gli anestesisti del Blocco Operatorio e delle terapie intensive, a tutti i colleghi dei vari reparti, in particolare il Reparto ORL diretto dal nostro infaticabile Direttore di Dipartimento, Gianluca Bellocchi, e alla nostra segretaria Francesca. Un ringraziamento particolare al Dr. Luca Signorini per aver collaborato alla stesura del capitolo 5. Termino con un saluto particolare a un gruppo di amici con il quale condivido un caffè tutte le mattine al San Camillo; ci unisce una profonda amicizia e una grande passione calcistica... la "magica" ROMA e li voglio nominare perché mi danno la giusta carica per iniziare una dura giornata di lavoro. Un abbraccio a Fabio, Marco, Mauro, Gino, Maurizio, Michele e ad Alessandro e sempre FORZA ROMA!

Roberto Pistilli

Indice

1 CAPITOLO

| | |
|--|---|
| Labbro superiore..... | 1 |
| CASO CLINICO 1.1 – Asportazione di adenoma pleomorfo del labbro superiore..... | 3 |
| CASO CLINICO 1.2 – Asportazione di neoformazione cistica nasolabiale | 6 |
| Bibliografia | 9 |

2 CAPITOLO

| | |
|---|----|
| Mascellare anteriore: premaxilla e apertura piriforme | 11 |
| CASO CLINICO 2.1 – Espansione chirurgicamente assistita del mascellare superiore e successiva riabilitazione implantoprotesica | 16 |
| CASO CLINICO 2.2 – Riabilitazione implantoprotesica di un grave caso di esiti di fracasso centrofacciale | 21 |
| Asportazione di lesione coinvolgente il gruppo incisivo superiore nel suo 1/3 apicale | 29 |
| Asportazione di lesioni coinvolgenti il gruppo incisivo superiore nei suoi 2/3 apicali..... | 29 |
| Asportazione di lesioni che usurano le corticali vestibolare e palatale e invadono il pavimento nasale | 31 |
| CASO CLINICO 2.3 – Revisione di apicectomia del 1.2 e 1.1 e asportazione di soprannumerario incluso a livello della spina nasale anteriore | 33 |
| CASO CLINICO 2.4 – Marsupializzazione di neoformazione cistica follicolare del 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 e ripresa della capacità estrusiva degli elementi coinvolti..... | 35 |
| CASO CLINICO 2.5 – Marsupializzazione di neoformazione cistica follicolare del 1.1 e recupero ortodontico mediante allacciamento chirurgico | 37 |
| CASO CLINICO 2.6 – Asportazione di cisti follicolare del 2.3 incluso e sua estrazione | 40 |
| CASO CLINICO 2.7 – Emimaxillectomia subtotal e ricostruzione differita con blocco preformato di osso equino..... | 43 |
| Rigenerazione di una cavità residua all'asportazione di una neoformazione osteolitica od osteoaddensante ai fini implantari..... | 46 |
| CASO CLINICO 2.8 – Asportazione di neoformazione cistica radicolare del 1.1 e ricostruzione tridimensionale del deficit osseo a distanza..... | 49 |
| CASO CLINICO 2.9 – Asportazione di ampia cisti della premaxilla coinvolgente il canale nasopalatino e ricostruzione differita tridimensionale del deficit osseo | 55 |
| Svuotamento del canale nasopalatino e detensione del lembo vestibolare | 58 |
| CASO CLINICO 2.10 – Asportazione di ampia cisti residua della premaxilla che invade il pavimento nasale e il seno mascellare | 60 |
| CASO CLINICO 2.11 – Implantologia postestrattiva in un caso di affollamento dentobasale e grave rizalisi di tutti gli elementi dell'area premolare-incisiva | 63 |
| CASO CLINICO 2.12 – Riabilitazione implantare differita del gruppo incisivo con implantologia e rigenerazione contestuale con membrane riassorbibili e successivo innesto epitelioconettivale | 67 |
| Bibliografia | 71 |

3 CAPITOLO

| | |
|---|-----|
| Mascellare laterale: area premolare | 73 |
| Tecniche di incremento osseo dell'area premolare | 74 |
| CASO CLINICO 3.1 – Postestrativo con carico differito del 1.4 | 77 |
| CASO CLINICO 3.2 – Split crest con lembo a spessore misto per la riabilitazione dell'area premolare-molare | 79 |
| CASO CLINICO 3.3 – Correzione di deficit trasversale mediante innesto a blocco di osso equino | 82 |
| CASO CLINICO 3.4 – Correzione di deficit trasversale e verticale del primo quadrante mediante rialzo del seno mascellare e GBR del deficit misto in regione premolare con membrana riassorbibile | 87 |
| CASO CLINICO 3.5 – Correzione di deficit trasversale e verticale della regione 1.4 e 1.5 mediante GBR con membrana non riassorbibile rinforzata in titanio | 90 |
| CASO CLINICO 3.6 – Asportazione di ampia neoformazione osteolitica radicolare dell'area premolare e ricostruzione tridimensionale con membrana non riassorbibile | 93 |
| Correzione di un deficit vestibolare in area premolare con un innesto connettivale libero | 97 |
| CASO CLINICO 3.7 – Correzione di un deficit estetico trasversale della regione 1.4 unicamente utilizzando un innesto connettivale libero | 98 |
| Utilizzo dell'area premolare per l'inserimento di impianti tiltati | 99 |
| CASO CLINICO 3.8 – Riabilitazione del secondo quadrante mediante impianti tiltati pre- e postsinusalì | 100 |
| Bibliografia | 104 |

4 CAPITOLO

| | |
|--|-----|
| Mascellare posteriore: seno mascellare | 105 |
| CASO CLINICO 4.1 – Penetrazione accidentale nel seno mascellare di destra di un impianto migrato lentamente nella fossa nasale corrispondente | 110 |
| CASO CLINICO 4.2 – Rimozione endoscopica di impianto dislocato nel seno mascellare con quadro sinusitico | 112 |
| Rimozione di un corpo estraneo endosinuale: quale l'approccio più corretto? | 113 |
| CASO CLINICO 4.3 – Rimozione unicamente endoscopica di impianto dislocato nel seno mascellare senza concomitante patologia del COM | 114 |
| CASO CLINICO 4.4 – Rimozione per via laterale di impianto dislocato nel seno mascellare senza concomitante patologia del COM | 118 |
| CASO CLINICO 4.5 – Riabilitazione implantoprotesica di un grave caso di sinusite conseguente a una chirurgia rigenerativa trattato con approccio combinato, endoscopico e per via orale | 120 |
| CASO CLINICO 4.6 – Riabilitazione implanto-protesica di un caso di fallimento di rialzo del seno mascellare conseguente a una errata tecnica ricostruttiva | 125 |
| CASO CLINICO 4.7 – Sinusite mascellare sinistra purulenta dopo l'inserimento postestrativo del 2.6 | 129 |
| Possibilità di reintervento su esito di fallimento rigenerativo o implantare coinvolgente il seno mascellare | 131 |
| CASO CLINICO 4.8 – Riabilitazione implantoprotesica con GBR di un esito di un grave caso di sinusite conseguente a chirurgia rigenerativa | 132 |
| CASO CLINICO 4.9 – Riabilitazione implantoprotesica di un esito di un grave caso di sinusite con un impianto in tuberosità e un impianto corto | 138 |

| | |
|--|-----|
| Problematiche anatomiche e tecniche chirurgiche del rialzo del seno mascellare per via laterale e crestale | 142 |
| CASO CLINICO 4.10 – Errore nella progettazione dello sportello da ribaltare all'interno del seno mascellare | 149 |
| Tecnica chirurgica del rialzo del seno mascellare per via laterale | 151 |
| CASO CLINICO 4.11 – Riabilitazione implantoprotesica di un mascellare posteriore atrofico mediante sinus lift per via laterale e inserimento contestuale di impianti e GBR | 162 |
| Tecnica chirurgica del rialzo del seno mascellare per via crestale | 165 |
| CASO CLINICO 4.12 – Riabilitazione del 1.6 mediante rialzo per via crestale con la tecnica di Samuel Lee | 167 |
| CASO CLINICO 4.13 – Riabilitazione del 1.5 e 1.6 mediante rialzo per via crestale con la tecnica di Cosci | 168 |
| Cisti mucoide del seno mascellare | 169 |
| CASO CLINICO 4.14 – Riabilitazione del secondo quadrante mediante rialzo del seno mascellare per via laterale e contestuale svuotamento di una cisti mucoide | 171 |
| CASO CLINICO 4.15 – Riabilitazione di edentulia posteriore bilaterale del mascellare mediante inserimento di impianti corti a destra e rialzo del seno mascellare per via laterale e impianti standard a sinistra | 173 |
| Bibliografia | 176 |

5 CAPITOLO

| | |
|---|-----|
| Tuberosità e regione pterigomascellare | 179 |
| Inserimento di un impianto in tuberosità o in regione pterigomascellare | 181 |
| CASO CLINICO 5.1 – Inserimento di un impianto in tuberosità per la realizzazione di una protesi provvisoria fissa finalizzata alla gestione della fase rigenerativa e implantare | 184 |
| La tuberosità come area anatomica estrattiva dell'ottavo incluso | 187 |
| Bibliografia | 190 |

6 CAPITOLO

| | |
|--|-----|
| Bolla di Bichat e dotto di Stenone | 191 |
| CASO CLINICO 6.1 – Chiusura di una piccola fistola oroantrale vestibolare con lembo di bolla di Bichat | 196 |
| CASO CLINICO 6.2 – Chiusura di una fistola oroantrale crestale unicamente con lembo di bolla di Bichat | 198 |
| CASO CLINICO 6.3 – Asportazione di grande osteoma della tuberosità e ricostruzione dell'ampia comunicazione sinusale con lembo di bolla di Bichat | 200 |
| CASO CLINICO 6.4 – Rimozione di impianti in perimplantite e chiusura della fistola oroantrale bilaterale con lembi di bolla di Bichat e scorrimento di lembi vestibolari secondo Rehrmann | 202 |
| CASO CLINICO 6.5 – Recupero di grave esposizione di innesto osseo con lembo di bolla di Bichat | 204 |
| CASO CLINICO 6.6 – Asportazione di area osteonecrotica del mascellare superiore e sua risoluzione con lembo di bolla di Bichat | 208 |
| CASO CLINICO 6.7 – Asportazione di ampia area osteonecrotica del mascellare superiore e risoluzione con lembo di bolla di Bichat | 210 |

| | |
|--|-----|
| Asportazione di una lesione che coinvolga lo sbocco del dotto di Stenone | 213 |
| Bibliografia | 214 |

7 CAPITOLO

| | |
|---|-----|
| Arteria palatina e palato | 215 |
| CASO CLINICO 7.1 – Correzione di sindrome della faccia lunga con gummy smile mediante osteotomia di Le Fort I e sagittale della mandibola..... | 221 |
| CASO CLINICO 7.2 – Estrazione chirurgica di elemento soprannumerario incluso in sede palatale | 223 |
| Come e dove eseguire un prelievo connettivale ed epiteliocnnettivale | 224 |
| CASO CLINICO 7.3 – Prelievo epiteliocnnettivale per la creazione di gengiva aderente perimplantare | 229 |
| CASO CLINICO 7.4 – Prelievo connettivale con tecnica a busta per la correzione di deficit estetico in area 1.1 postinserimento implantare | 232 |
| CASO CLINICO 7.5 – Correzione di deficit tessutale mediante innesto connettivale libero ricoperto con lembo bilaminare | 235 |
| CASO CLINICO 7.6 – Prelievo epiteliocnnettivale dalla tuberosità per la correzione di grave deficit estetico in area 1.1 da errato posizionamento implantare..... | 237 |
| Il lembo di Sclar nel trattamento delle fistole oroantrali | 240 |
| CASO CLINICO 7.7 – Chiusura di fistola oroantrale in area 2.6 con utilizzo del lembo di Sclar a peduncolo posteriore..... | 241 |
| CASO CLINICO 7.8 – Asportazione subtotale di emimascellare necrotico associato a quadro sinusitico acuto | 243 |
| CASO CLINICO 7.9 – Asportazione di mascellare necrotico associato a quadro sinusitico acuto..... | 244 |
| Bibliografia | 247 |

8 CAPITOLO

| | |
|---|-----|
| Regione zigomatica..... | 249 |
| CASO CLINICO 8.1 – Riabilitazione di mascellare fortemente atrofico con impianti ultracorti | 250 |
| Anatomia della regione zigomatica | 254 |
| Studio dei casi e tecnica chirurgica..... | 255 |
| CASO CLINICO 8.2 – Riabilitazione implantoprotesica di un mascellare atrofico con 4 impianti zigomatici..... | 270 |
| CASO CLINICO 8.3 – Riabilitazione implantoprotesica di un mascellare gravemente atrofico con 4 impianti zigomatici..... | 272 |
| CASO CLINICO 8.4 – Riabilitazione implantoprotesica di un mascellare gravemente atrofico con 4 impianti zigomatici extrasinusali | 275 |
| CASO CLINICO 8.5 – Riabilitazione implantoprotesica di un mascellare gravemente atrofico con 4 impianti zigomatici con flusso di lavoro digitale (Video 8.13)..... | 278 |
| Bibliografia | 282 |

Indice dei video

| | |
|---|----|
| Video 1.1 – Immagini intraoperatorie della sequenza chirurgica di asportazione della neoformazione, a partire dal disegno della losanga di mucosa che viene asportata insieme alla neoformazione, al fine di facilitare lo spostamento della stessa, alle varie fasi di enucleazione sino alla sua completa liberazione dai tessuti sani del labbro..... | 4 |
| Video 1.2 – Asportazione di cisti nasolabiale..... | 6 |
| Video 2.1 – Dissezione anatomica del mascellare su preparato anatomico dentulo..... | 11 |
| Video 2.2 – Dissezione anatomica del mascellare su preparato anatomico edentulo..... | 12 |
| Video 2.3 – Espansione chirurgicamente assistita del mascellare superiore | 16 |
| Video 2.4 – Ricostruzione della premaxilla con innesti a blocco di osso autologo prelevato dalla sinfisi..... | 18 |
| Video 2.5 – Riapertura a 4 mesi e inserimento di 4 impianti in premaxilla | 24 |
| Video 2.6 – Controllo clinico della realizzazione delle protesi provvisoria e definitiva e del ripristino dei corretti profili dei tessuti molli del volto (Dott. G. Delli Ficorelli)..... | 28 |
| Video 2.7 – Asportazione di lesione del 1/3 apicale con incisione diretta festonata in gengiva aderente..... | 29 |
| Video 2.8 – Asportazione di lesione coinvolgente i 2/3 apicali con incisione palatale e poi vestibolare sulculare papilla preservation | 30 |
| Video 2.9 – Asportazione di lesione recidivata che usura le tre corticali..... | 32 |
| Video 2.10 – Revisione di apicectomia del 1.2 e 1.1 ed estrazione del soprannumerario..... | 33 |
| Video 2.11 – Intervento chirurgico di rimozione della neoformazione cistica del 2.3 | 41 |
| Video 2.12 – Riapertura a 9 mesi dalla rigenerazione ossea e inserimento di due impianti in regione 1.1 e 2.1 | 48 |
| Video 2.13 – GBR con membrana non riassorbibile..... | 51 |
| Video 2.14 – Rimozione della membrana e inserimento di impianto e innesto connettivale..... | 52 |
| Video 2.15 – Rimozione della membrana non riassorbibile e inserimento degli impianti..... | 57 |
| Video 2.16 – Svuotamento del canale incisivo | 59 |
| Video 2.17 – GBR di grave atrofia ossea della premaxilla | 59 |
| Video 2.18 – Implantologia postestrattiva dell'area premolare-canino-incisiva..... | 64 |
| Video 3.1 – Dissezione anatomica del pilastro canino e del processo nasale del mascellare che quando abbattuto mostra al suo interno il dotto nasolacrimale..... | 73 |
| Video 3.2 – Inserimento di 3 impianti con la tecnica dello splitting crestale..... | 80 |
| Video 3.3 – Riapertura a 8 mesi dall'intervento ricostruttivo | 84 |

| | |
|--|-----|
| Video 3.4 – Intervento ricostruttivo del primo quadrante con rialzo del seno mascellare e GBR con membrana riassorbibile | 87 |
| Video 3.5 – Intervento ricostruttivo di GBR con membrana non riassorbibile | 91 |
| Video 3.6 – Intervento ricostruttivo di GBR con membrana non riassorbibile | 94 |
| Video 3.7 – Inserimento di impianto tiltato in osso rigenerato..... | 99 |
| Video 3.8 – Impianti tiltati pre- e postsinusal..... | 102 |
| Video 4.1 – Dissezione su preparato anatomico che simula un rialzo del seno mascellare per via laterale con la tecnica della botola ossea vestibolare ribaltata all'interno del seno a costituire il nuovo pavimento e che mostra la presenza di un setto di Underwood..... | 106 |
| Video 4.2-4.4 – Video di chirurgia endoscopica che fanno meglio comprendere l'anatomia e la fisiologia del seno mascellare (Dott. F. Bozza) | 107 |
| Video 4.5 – Recupero endoscopico dell'impianto in fossa nasale (Dott. F. Bozza) | 111 |
| Video 4.6 – Esame endoscopico di apertura dell'ostio e di recupero dell'impianto dislocato (Dott. F. Bozza)..... | 112 |
| Video 4.7 – Rimozione della membrana non riassorbibile e inserimento di tre impianti in regione 1.5-1.6-1.7 | 116 |
| Video 4.8 – Rimozione dell'impianto con approccio endorale e ricostruzione della botola con membrana riassorbibile fissata con chiodini..... | 119 |
| Video 4.9 – Revisione del pregresso rialzo del seno e nuovo intervento rigenerativo con inserimento di 3 impianti..... | 126 |
| Video 4.10 – Rientro a 9 mesi per l'inserimento implantare..... | 135 |
| Video 4.11 – Sollevamento della membrana del seno mascellare in un caso di arteria alveoloantrale a decorso extraosseo | 144 |
| Video 4.12 – Particolare caso clinico in cui l'arteria alveoloantrale si sdoppia: un ramo decorre intraosseo, un altro extraosseo | 145 |
| Video 4.13 – Controllo del sanguinamento dell'arteria alveoloantrale con cera d'osso | 146 |
| Video 4.14 – Controllo del sanguinamento dell'arteria alveoloantrale con pinza bipolare | 146 |
| Video 4.15 – Scollamento della membrana sinusale in cui è presente un piccolo setto | 147 |
| Video 4.16 – Utilizzo del bisturi piezoelettrico per la rimozione della componente posteriore dello sportello osseo vestibolare..... | 149 |
| Video 4.17 – Progetto chirurgico disegnato sul tavolo osseo..... | 154 |
| Video 4.18 – Preparazione della finestra ossea con fresa ossivora e diamantata | 156 |
| Video 4.19 – Preparazione della finestra ossea con inserto piezoelettrico..... | 156 |
| Video 4.20 – Utilizzo dell'escavatore e degli strumenti manuali..... | 157 |
| Video 4.21 – Utilizzo degli inserti piezoelettrici per eseguire, sfruttando il fenomeno della cavitazione associata all'azione meccanica dello strumento, lo scollamento della membrana sinusale..... | 159 |
| Video 4.22 – Sinus lift con contestuale inserimento implantare..... | 161 |
| Video 4.23 – Storia delle procedure di riempimento del seno mascellare..... | 161 |
| Video 4.24 – Rigenerazione del secondo quadrante con rialzo laterale e GBR | 164 |
| Video 4.25 – Utilizzo del kit di Cosci per eseguire un rialzo per via crestale..... | 166 |

| | |
|---|-----|
| Video 4.26 – Utilizzo del kit Densah per eseguire un rialzo per via crestale | 166 |
| Video 4.27 – Utilizzo del kit di Lee per eseguire un rialzo per via crestale | 167 |
| Video 4.28 – Utilizzo del kit di Cosci per eseguire un doppio rialzo per via crestale | 168 |
| Video 4.29 – Simulazione di rialzo per via laterale su preparato anatomico in cui è presente una cisti mucoide..... | 169 |
| Video 4.30 – Intervento combinato endoscopico e per via laterale in un paziente con cisti mucoide di grandi dimensioni (Dott. F. Bozza)..... | 170 |
| Video 4.31 – Intervento di rialzo del seno mascellare sinistro e contestuale svuotamento della cisti mucoide..... | 171 |
| Video 4.32 – Inserimento di impianti corti nel primo quadrante e di impianti standard previo rialzo del seno mascellare nel secondo quadrante | 174 |
| Video 5.1 – Dissezione anatomica della regione pterigomascellare | 180 |
| Video 5.2 – Programmazione manuale per l'inserimento di un impianto tiltato in tuberosità..... | 182 |
| Video 5.3 – Utilizzo delle frese da osteodensificazione per la preparazione implantare in tuberosità..... | 182 |
| Video 5.4 – Utilizzo del dispositivo X-guide-NobelBiocare per l'inserimento di un impianto pterigoideo | 183 |
| Video 5.5 – Rimozione di un 2.8 depiazzato accidentalmente in fossa infratemporale | 187 |
| Video 5.6 – Estrazione di un 1.8 con insorta frattura radicolare | 187 |
| Video 5.7 – Rimozione di un 2.8 depiazzato accidentalmente nel seno mascellare | 188 |
| Video 5.8 – Estrazione chirurgica dell'ottavo superiore incluso | 189 |
| Video 5.9 – Asportazione di cisti follicolare del 1.8..... | 189 |
| Video 6.1 – Dissezione anatomica del dotto di Stenone..... | 192 |
| Video 6.2 – Dissezione anatomica del prelievo della bolla di Bichat..... | 192 |
| Video 6.3 – Utilizzo della bolla di Bichat per la protezione vestibolare di impianti zigomatici | 195 |
| Video 6.4 – Utilizzo della bolla di Bichat per la chiusura di una fistola oroantrale | 196 |
| Video 6.5 – Plastica di fistola oroantrale con bolla di Bichat..... | 199 |
| Video 6.6 – Asportazione di osteonecrosi del mascellare posteriore e ricostruzione con lembo di bolla di Bichat..... | 209 |
| Video 6.7 – Resezione dello sbocco del dotto di Stenone previo incannulamento del dotto e sua marsupializzazione..... | 213 |
| Video 7.1 – Down fracture su paziente dentulo | 216 |
| Video 7.2 – Down fracture su paziente edentulo | 216 |
| Video 7.3 – Dissezione anatomica del forame palatino | 218 |
| Video 7.4 – Estrazione chirurgica di soprannumerario incluso | 224 |
| Video 7.5 – Prelievo connettivale di scarsa qualità eseguito con la tecnica a busta..... | 226 |
| Video 7.6 – Prelievo epiteliocnettivale finalizzato a eseguire una tecnica di socket preservation..... | 227 |
| Video 7.7 – Uso della pinza bipolare per cercare di controllare il sanguinamento palatale dopo un prelievo epiteliale | 227 |
| Video 7.8 – Correzione di deficit vestibolare mediante intasamento | |

| | |
|---|-----|
| di un innesto connettivale libero | 232 |
| Video 7.9 – Innesto connettivale libero e lembo bilaminare | 235 |
| Video 7.10 – Rotazione del lembo connettivo periostale interposto vascolarizzato per incrementare i tessuti molli in area 1.3 | 240 |
| Video 7.11 – Plastica di fistola oroantrale del 2.6 con lembo di Sclar a peduncolo posteriore | 242 |
| Video 7.12 – Resezione emimascellare destra per osteonecrosi da bifosfonati | 243 |
| Video 8.1 – Riabilitazione di un mascellare gravemente atrofico con impianti supershort | 250 |
| Video 8.2-8.4 – Prelievi extraorali dalla cresta iliaca e dalla calvaria e rientro dopo 4 mesi su mascellare ricostruito per eseguire una riabilitazione implantoprotesica | 253 |
| Video 8.5 – Dissezione anatomica della regione orbito-maxillo-malare | 255 |
| Video 8.6 – Procedure di incisione e scollamento per avere il controllo anatomico della regione zigomatica | 260 |
| Video 8.7 – Vantaggi degli inserti piezoelettrici | 262 |
| Video 8.8 – Sfruttamento dell'arco zigomatico per stabilizzare l'impianto distale | 263 |
| Video 8.9 – Frattura a legno verde dello zigomo da eccessivo torque di inserimento implantare | 266 |
| Video 8.10 – Inserimento di 4 impianti zigomatici per eseguire un carico immediato | 271 |
| Video 8.11 – Controllo del carico protesico a 24 ore | 271 |
| Video 8.12 – Inserimento di 4 impianti zigomatici extrasinusalì | 276 |
| Video 8.13 – Riabilitazione di un mascellare gravemente atrofico con impianti zigomatici con flusso digitale | 279 |