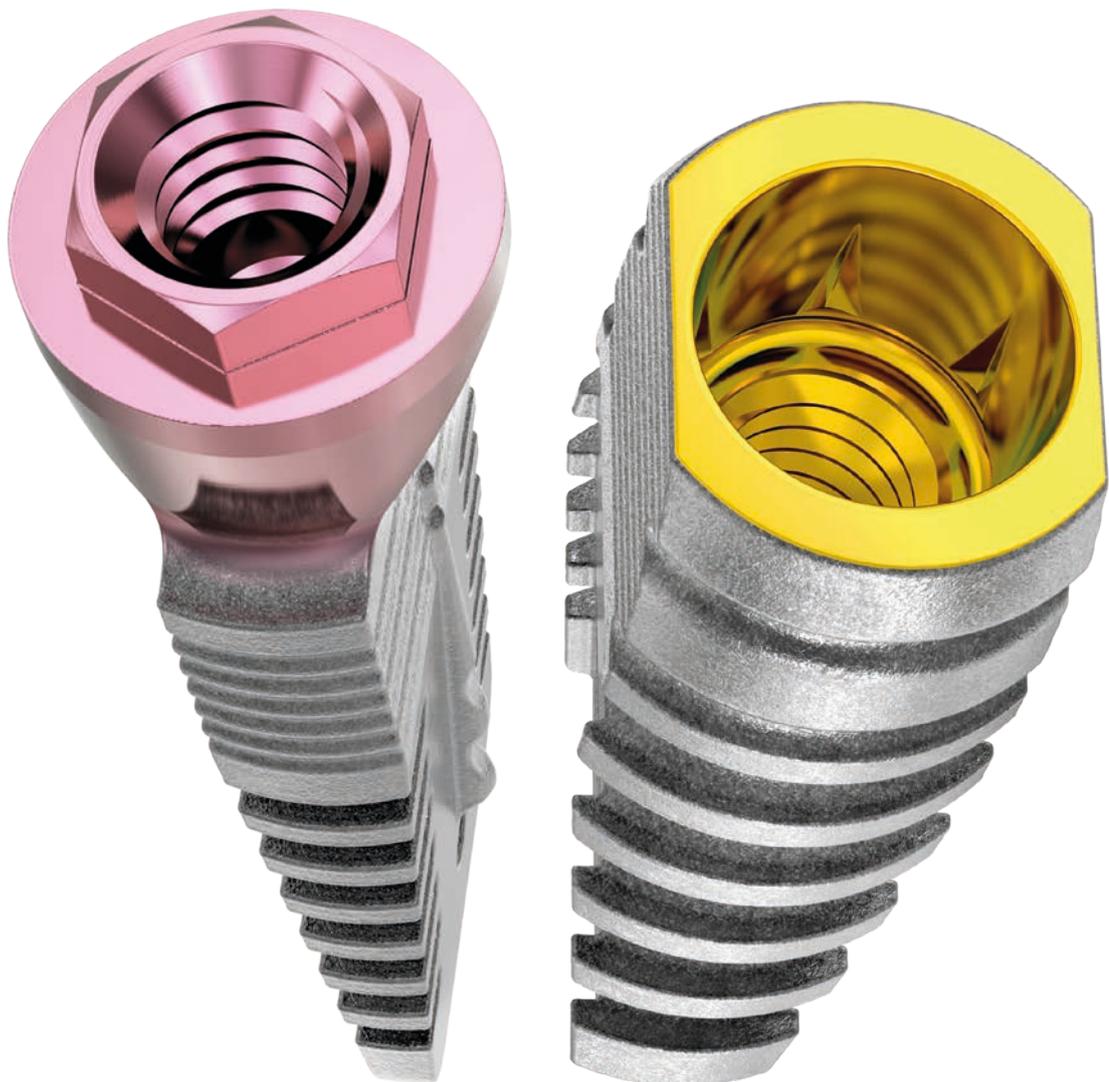


 **IMPLANT POST**





Rex Day 2025

17 OTT BOLOGNA

Savoia Hotel Regency, Via Del Pilastrò, 2 - 40127 Bologna

→ DATA 17 ottobre 2025, h. 09:00 – 17:00

→ PARTECIPANTI
Posti limitati: max. 150

→ QUOTA DI PARTECIPAZIONE € 350,00 + IVA
per utilizzatori REX € 150,00 + IVA

→ SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
Lucia Costa – Ufficio eventi
Cell. 348-7126606, eventi@mectron.com, www.mectron.it

ESPANDE IL FUTURO



LESS IS MORE - Dalla mono-edentulia alle gravissime atrofie mascellari

09:00 Apertura lavori

09:30 Tecnica semplificata per la preparazione del sito implantare a mano libera. *Alberto Rebaudi MD, DDS*

10:15 Il posizionamento implantare post estrattivo nel setto inter-radicolare nei molari inferiori: clinical outcome.
Fabrizio Bambini MD, DDS

10:45 Coffee Break

11:15 Tecnica semplificata di preparazione del sito implantare per impianti Rex con chirurgia assistita.
Tomaso Vercellotti MD, DDS e Christian Marcialis DT

12:00 L'estetica con i Rex Bone Level e Tissue Level. *Gianni Barbieri MD, DDS*

12:30 Vertical marginal bone loss o marginal bone gain con i Tissue Level? Stato attuale della ricerca clinica.
Gabriele Caruso MD, DDS

13:00 Light Lunch

14:00 Impariamo dagli errori per diventare master.

14:15 *Daniele Urbano Pio*

14:45 *Giuseppe Passioni*

15:15 *Helenio Mastrovincenzo*

15:45 *Massimo Maione*

16:15 Open discussion and conclusion. *Tomaso Vercellotti*

17:00 Fine lavori

Cari lettori,

La gestione implantologica delle creste ossee sottili continua a rappresentare una sfida clinica significativa, sia in termini biomeccanici che biologici. L'anatomia ridotta impone spesso la necessità di attuare tecniche rigenerative che comportano un aumento della morbilità, un allungamento dei tempi terapeutici e un'incertezza nei risultati, unite generalmente a notevoli disagi per il paziente.

La nuova generazione di impianti REX Bone Level, grazie alla loro sezione rettangolare e al profilo cuneiforme, offre una valida alternativa in situazioni di limitato volume osseo, consentendo il posizionamento protesicamente guidato anche under bone level in creste inferiori ai 4 mm. In sinergia con la tecnica espansiva Rexpander, gli impianti REX permettono una gestione conservativa del sito implantare, riducendo il ricorso ad innesti e rigenerazioni.

L'adozione della connessione interna conica ed esagonale nei nuovi REX Bone Level consente una maggiore stabilità protesica e una migliore distribuzione dei carichi, contribuendo alla preservazione dell'osso marginale e riducendo così il rischio di perimplantite.

Queste soluzioni saranno al centro del prossimo REX DAY di Bologna, il 17 ottobre: un congresso focalizzato sull'implantologia minimamente invasiva, che vedrà numerose presentazioni cliniche, dati scientifici e che sarà occasione di confronto tra colleghi ed esperti.

Vi invitiamo pertanto a sfogliare questo numero, nel quale troverete una selezione di casi clinici realizzati dai vostri colleghi con tecnica espansiva, testimonianza concreta dell'efficacia di un approccio che unisce precisione chirurgica e rispetto anatomico.

Buona lettura
Il suo team mectron
Mectron S.p.a.

In questo numero

Articoli

Efficienza per la preparazione del sito implantare per impianti REX in alta densità ossea utilizzando la tecnica SWIPE (Simplified Wedge Implant-site Preparation Efficiency)

PAG. 4

Alberto Rebaudi, Alberto Luigi Rebaudi, Gianni Barbieri, Federico Rebaudi, Tomaso Vercellotti

Cresta ossea particolarmente inclinata risolta protesicamente in modo ottimale posizionando un impianto REX BL 2.9

PAG. 6

Dr. Giuseppe Passioni

Riabilitazione implantare di cresta ossea atrofica in chirurgia guidata con due impianti REX Tissue Level 1.8

PAG. 8

Dr. Daniele Pio Urbano

Riabilitazione implantare di cresta con atrofia trasversale e ridotto spazio mesio-distale tramite espansione ossea con sistema REX®

PAG. 10

Dr. Helenio Mastrovincenzo, Dr.ssa Violasole Celotti

Impianti a vite vs. impianti a cuneo nella cresta mascellare con difetto orizzontale severo - follow-up a due anni

PAG. 12

Dr. Massimo Maione

Caso Clinico: Riabilitazione con impianto REX BL 2.9 in cresta sottile

PAG. 14

Gianni Barbieri, Alberto Rebaudi, Alberto Luigi Rebaudi, Federico Rebaudi

Rex PiezoImplants: risultati clinici

PAG. 16

implant post - magazine informativo a cura di:
mectron s.p.a. • Via Loreto 15/A • 16042 Carasco (GE)
mectron@mectron.com • www.mectron.it

Luogo e data della pubblicazione: Carasco, Settembre 2025
Direttore responsabile: Massimo Lemetti

mectron s.p.a. dichiara espressamente di non rispondere della veridicità del contenuto delle dichiarazioni riportate nel presente giornale, trattandosi di dichiarazioni rese liberamente da terzi. Ai sensi della legge 675/96 a tutela dei dati personali, è nel diritto di chi riceve questo giornale di richiederne la sospensione dell'invio. Tutti gli articoli e/o redazionali pubblicati sono redatti sotto la responsabilità degli autori o delle aziende che li forniscono. È vietata qualsiasi riproduzione, intera o parziale, senza l'autorizzazione scritta dell'editore.

INFORMATIVA PRIVACY -

Gentile Signore/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003 (già art. 10 legge 675/1996) della legge predetta, La informiamo che:

- 1) I dati da Lei spontaneamente forniti verranno trattati, nei limiti della normativa sulla privacy, per le seguenti finalità: svolgimento delle attività oggetto della nostra impresa - fornitura servizi da Lei richiesti - gestione rapporti con clienti, fornitori, dipendenti, banche, assicurazioni, istituzioni consulenti, studi professionali, laboratori di analisi, enti certificatori - gestione strumenti elettronici (pc, stampanti, strumentazioni varie, ecc) - adempimenti obblighi fiscali e normativi - attività di promozione e commerciale
- 2) Il trattamento sarà effettuato attraverso supporti elettronici e/o cartacei.
- 3) Il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio, al fine di poterLe offrire il servizio e/o le prestazioni da Lei richieste e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione del servizio.
- 4) I dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale e quelli attinenti alla salute, sono dati sensibili. Tali dati, insieme ai dati giudiziari, da Lei spontaneamente conferiti, non saranno oggetto di trattamento se non previo Suo espresso consenso scritto.
- 5) I dati non saranno comunicati ad ulteriori soggetti né saranno oggetto di diffusione.
- 6) Il trattamento dei dati ha luogo presso la nostra sede e sarà curato solo dal personale ad esso incaricato.
- 7) In ogni momento potrà esercitare nei confronti del Titolare del Trattamento i diritti a Lei riconosciuti ai sensi dell'art. 7 del Codice della privacy (già art. 13 della legge n. 675/1996).



Dr. Alberto Rebaudi

- Laureato in Medicina e Chirurgia e specializzato in Odontostomatologia presso l'Università degli Studi di Genova.
- Ha conseguito un Master in Laser terapia a Genova.
- Titolare, assieme ai fratelli Orazio e Francesco presso il "Rebaudi Studio Associato" a Genova.
- Autore di pubblicazioni nazionali ed internazionali, Referee del International Journal of Implant Dentistry.
- Titolare di brevetti in campo dentale in Italia ed all'estero, consulente di aziende produttrici di impianti dentali e biomateriali in Italia ed all'estero.
- Socio Fondatore e Vice Presidente di Bio.C.R.A. (Biomaterials Clinical-Histological Research Association), IPA (International Piezosurgery Academy), CAI Academy (Computer Aided Implantology Academy), Socio Onorario di MGA (Model Guide Academy).

Co-Autori:

Alberto Luigi Rebaudi

Gianni Barbieri

Federico Rebaudi

Tomaso Vercellotti

Alberto Rebaudi, Alberto Luigi Rebaudi, Gianni Barbieri, Federico Rebaudi, Tomaso Vercellotti

EFFICIENZA PER LA PREPARAZIONE DEL SITO IMPLANTARE PER IMPIANTI REX IN ALTA DENSITÀ OSSEA UTILIZZANDO LA TECNICA SWIPE (SIMPLIFIED WEDGE IMPLANT-SITE PREPARATION EFFICIENCY)

Gli impianti a forma di cuneo richiedono una preparazione del sito chirurgico di sezione rettangolare. La sistemica REX prevede di preparare il sito con tecnica espansiva in presenza di elasticità ossea oppure con tecnica sottrattiva in presenza di alta mineralizzazione. Entrambe le tecniche utilizzano protocolli ben definiti che possono essere combinati secondo le caratteristiche anatomiche e biomeccaniche dell'osso. Tuttavia, nei casi alta mineralizzazione, la preparazione del sito per impianti REX di maggiore spessore è stata modificata in quanto difficoltosa per la ridotta efficienza di taglio degli inserti W5 e W6 limitando di fatto l'utilizzo degli impianti più spessi che sono utili nei settori posteriori della mandibola. Per superare questo limite, l'articolo introduce il nuovo protocollo "SWIPE" che prevede, dopo l'inserto W1 del kit REX, l'utilizzo, di soli due inserti che derivano dalla UISP (Ultrasonic Implant Site Preparation) del Mectron PIEZOSURGERY®. Ques-

ti inserti, IM2P-15, IM2.8P di alta efficienza e facilità d'uso vengono però utilizzati strisciandoli con movimento orizzontale in senso mesio-distale (da qui l'acronimo Swipe).

La tecnica chirurgica consiste delle seguenti fasi:

- 1) Con inserto W1 si esegue nel punto centrale un solco guida e mesialmente e distalmente altri due solchi per una lunghezza complessiva di 7 mm circa.
- 2) I solchi guida vengono immediatamente uniti in un'unica osteotomia crestale con inserto IM2P-15 con movimento SWIPE fino alla profondità dell'impianto da inserire (9-11-13 o 15 mm).
- 3) Check di preparazione con fit gauge
- 4) L'inserto IM2.8P finalizza la preparazione nell'aspetto coronale fino all'indice metallico di profondità (5 mm circa).

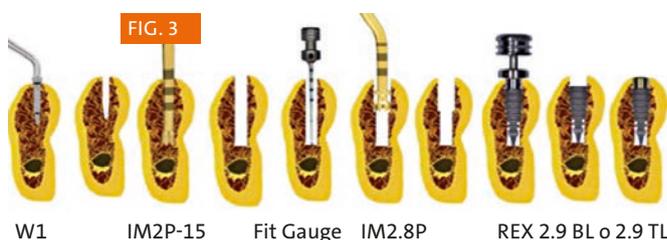
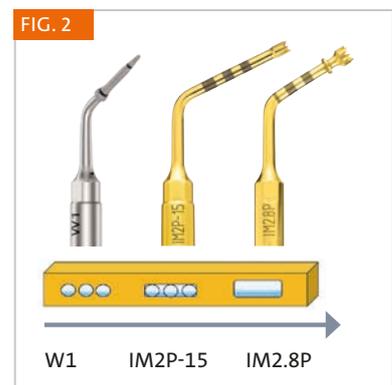
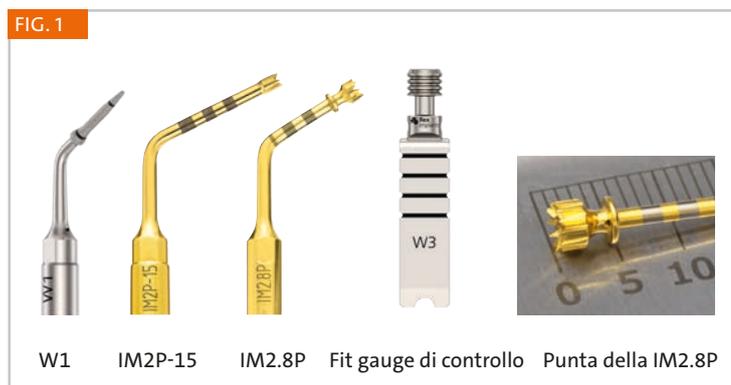


Fig. 1: Inserti utilizzati per la tecnica SWIPE e fit gauge di controllo. Particolare della punta dell'inserto IM2.8P che evidenzia la posizione del dischetto limitante la profondità a 5 mm.

Fig. 2: Tecnica SWIPE: protocollo chirurgico

Fig. 3: Preparazione ultrasonica con tecnica swipe, check con fit-gauge e inserimento implantare con REX IPD e tecnica press-fit.

Caso Clinico:

Il paziente presentava da molto tempo una edentulia del canino superiore di destra. Lo studio radiografico su immagini cress-section CBCT ha evidenziato un difetto di cresta orizzontale e lievemente verticale. Il paziente ha accettato di

buon grado l'idea di un impianto a cuneo esclusivamente in osso nativo per evitare la GBR necessaria in caso di impianto a vite. Essendo un canino si è scelto un REX 2.9 TL perché è molto robusto.



Fig. 4: La linea arancione in figura, rappresenta virtualmente il rimodellamento crestale o Bone Flattening, finalizzato a ottenere sia un'ampiezza superiore a 5 mm, sufficiente per il posizionamento di un impianto a cuneo con preservazione dell'osso, e sia un incremento dello spessore dei tessuti molli da 2 a 4 mm. Si decide di inserire un impianto REX TL da 2.9 mm in posizione sommersa, in modo da incrementare ulteriormente lo spessore osseo perimplantare, sfruttando la morfologia triangolare della cresta, che si amplia progressivamente in senso apicale.

Fig. 5: Tecnica SWIPE: si perfora e si uniforma la prima parte della preparazione del sito possibilmente scendendo un po' oltre l'apice dell'impianto programmato per posizionare l'impianto Rex 2.9 Tissue Level in posizione Bone Level.

Fig. 6: Allargamento della parte coronale della preparazione del sito, utilizzando l'inserto IM2.8P con la tecnica SWIPE scendendo fino all'anello di profondità (circa 5 mm).

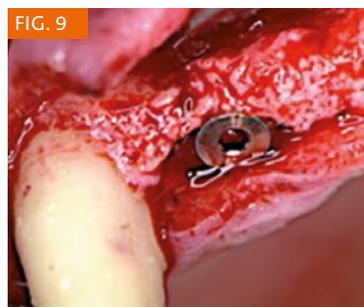


Fig. 7: Visione occlusale del sito implantare di sezione rettangolare. Aspetto del sito pronto per ricevere l'impianto

Fig. 8: Posizionamento implantare con tecnica press-fit.

Fig. 9: la vite tappo prima della chiusura dei lembi per prima intenzione, risulta essere posizionata Bone Level alla altezza della cresta ossea.

Fig. 10: La radiografia endo orale post-operatoria a tempo zero conferma la corretta posizione dell'impianto è interessante notare come questo impianto pur essendo tissue level permetta di essere posizionato bone level per chiudere i lembi per prima intenzione

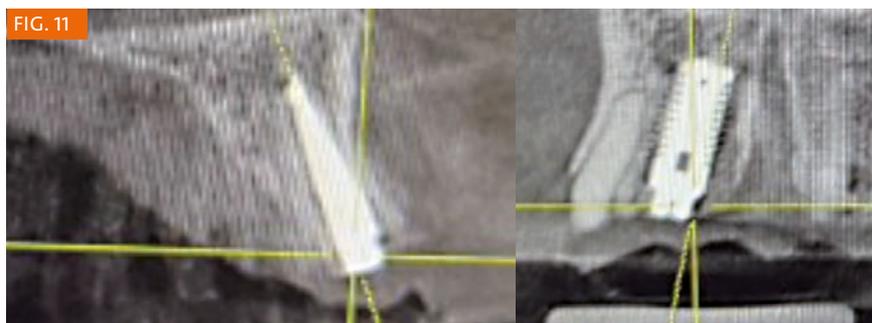


Fig. 11: Si noti l'adeguato osso perimplantare. A differenza degli impianti a vite l'orientamento l'apice sottile degli impianti REX permette di ottimizzare l'asse implantare nel rispetto in cresta di ridotto spessore e di ottenere una inclinazione protesicamente favorevole.



Dr. Giuseppe Passioni

CRESTA OSSEA PARTICOLARMENTE INCLINATA RISOLTA PROTESICAMENTE IN MODO OTTIMALE POSIZIONANDO UN IMPIANTO REX BL 2.9

Dr. Giuseppe Passioni

- Laurea in odontoiatria Università degli Studi di Parma nel 1993
- Master in implantologia col Dr Lino Judica
- Formazione in parodontologia e chirurgia implantare col Dr. Stefano Parma Benfenati, il Dr. Enzo Foti, il Dr Tiziano Testori, il Dr. Alessandro Minniti, Prof. Giovanni Zucchelli
- Frequenta tutti i corsi annuali di parodontologia e chirurgia implantare presso lo studio del Dr. Carlo Tinti
- Utilizzatore di impianti REX dal 2021
- Svolge la libera professione a Fiorenzuola d'Arda (PC)

Annalisa, paziente di 30 anni si presenta alla nostra osservazione lamentando inestetismo all'arcata superiore a causa della presenza di vari diastemi. (Fig. 1)



All'esame del cavo orale si evidenzia, oltre al problema descritto dalla paziente, la presenza dell'elemento deciduo 53 con sospetta agenesia del 13.

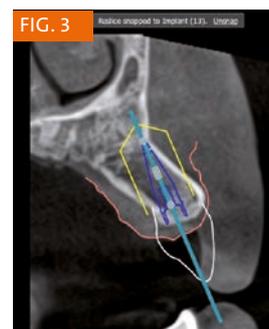
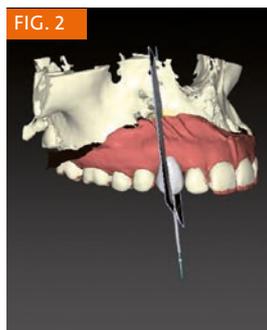
Dopo i rilievi del caso sia fotografici che radiografici viene eseguito un Digital Smile Design per la valutazione estetico-funzionale che prima di tutto ci indirizzerà ad una prima fase ortodontica.

Si procede, quindi, all'avulsione del deciduo nell'attesa di eseguire i movimenti ortodontici previsti.

Una volta terminati gli spostamenti, si esegue una Tac cone beam che evidenzia nelle sezioni cross (Fig. 2) uno spessore osseo tale per poter accogliere un impianto a vite di tipo tradizionale ma con l'importante limite di dover utilizzare o un pilastro angolato o una protesi cementata cosa da noi scartata, a favore di una corona avvitata che nel progetto

implantare non avrebbe potuto dare un risultato protesico soddisfacente neanche con vite di tipo ASC.

Per questo si è deciso di scegliere un impianto Rex bl 2.9 che nelle immagini digitali permettesse un posizionamento ottimale per soddisfare le priorità protesiche. (Fig. 3).



Protocollo chirurgico

Il protocollo chirurgico : incisione crestale e sollevato un piccolo lembo muco periosteo.

Eseguito step by step il protocollo Rex: W1 per il solco guida, OT7S3 per l'osteotomia mesio distale e in profondità.

Utilizzo dei Rexpander in combinazione con gli inserti W3 e W4 fino ad ottenere un adeguata sottopreparazione Rex 2.9x 11 (Fig. 4-5).

Si è proceduto all'inserimento implantare azionato sul mounter (Fig. 6) e come si evince dall'immagine l'impianto viene posizionato di 1 mm (Fig. 7) under bone per evitare il riassorbimento osseo marginale.

Viene misurato il valore ISQ e suturato il lembo per prima intenzione.

Dopo 6 mesi, riapertura e posizionamento si di un abutment protesico (Fig. 8-9) sterile che grazie al switching platform non è a contatto dell'osso periimplantare e quindi può essere considerato „all in one“.

Alla guarigione dei tessuti molli si è concluso il lavoro avvitando la corona in zirconio-ceramica al suo rispettivo pilastro (Fig. 10-11-12).

Conclusioni

L'impiego degli impianti Rex ha permesso di posizionare l'impianto in modo protesicamente ottimale grazie alla sua sezione a cuneo con apice sottile, evitando la fenestrazione tipica degli impianti a vite e ha permesso di avere un maggiore spessore delle pareti ossee periimplantari.





Dr. Daniele Pio Urbano

RIABILITAZIONE IMPLANTARE DI CRESTA OSSEA ATROFICA IN CHIRURGIA GUIDATA CON DUE IMPIANTI REX TISSUE LEVEL 1.8

Dr. Daniele Pio Urbano

- Master di II livello in Chirurgia e Patologia Orale. Parma
- Master di II livello in Protesi ed Implanto-protesi. Bologna
- Laurea Specialistica in Odontoiatria e Protesi dentaria 110/110. Parma
- Esercita la libera professione presso il proprio studio in Parma
- Collabora presso altri studi con interesse per la chirurgia orale.
- Relatore presso il corso annuale Fiamminghi-Urbano.
- Relatore presso cadaver course di Implantologia e Chirurgia rigenerativa
- Socio attivo T.I.De.
- Socio attivo DI&RA

L'atrofia ossea mandibolare rappresenta una sfida per il clinico, soprattutto nei casi in cui le condizioni anatomiche controindicano interventi rigenerativi estesi. La combinazione tra chirurgia guidata e impianti cuneiformi, ultrasottili, transmucosi permette di superare questi limiti con un approccio minimamente invasivo, mantenendo alti standard estetici e funzionali.

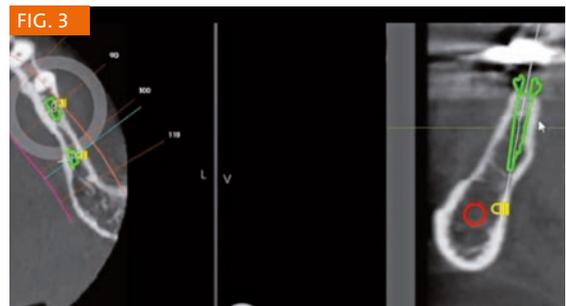
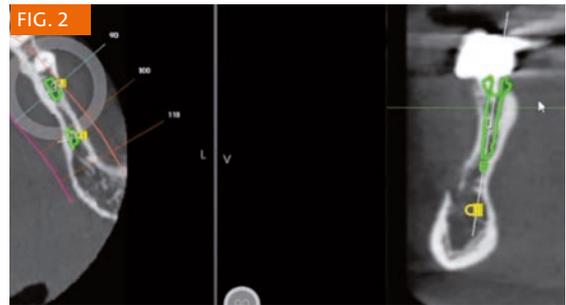
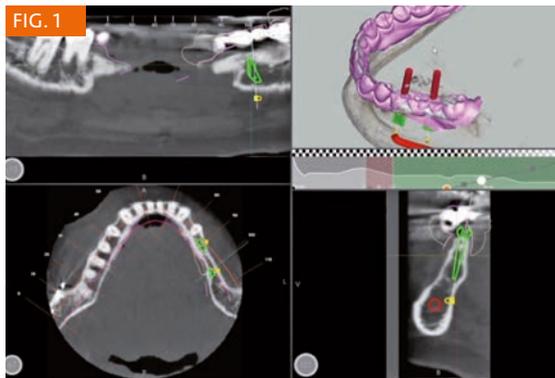
Caso clinico

Una paziente si è presentata presso il nostro studio con un ponte protesico fisso esteso da 35 a 38, ancorato su due pilastri: il 35 mesialmente e il 38 distalmente. A causa di un riassorbimento radicolare severo dell'elemento 35, l'intero ponte mostrava mobilità, pur non essendosi ancora decementato.

Pianificazione protesica e chirurgica

Combinando le immagini CONE BEAM con le immagini dell'impronta digitale, (Fig. 1,2,3) è stato possibile stabilire la proiezione degli assi implantari utilizzando il ponte su denti naturali per mantenere la morfologia della protesi originale, come richiesto espressamente dalla paziente.

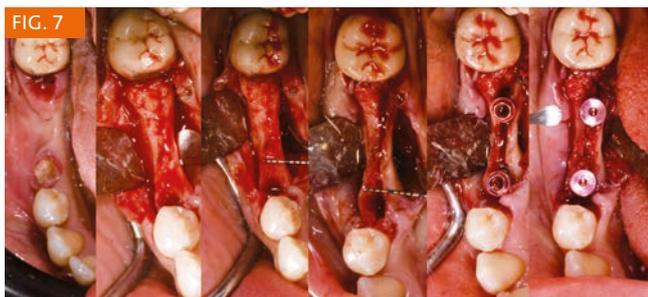
L'analisi CBCT ha mostrato una cresta ossea estremamente sottile, che richiedeva una rigenerazione con prelievo osseo e una gestione postoperatoria complessa e che richiede alta



collaborazione del paziente, numerosi controlli e gestione delle complicanze. Inoltre, l'osso rigenerato spesso non mantiene stabilità nel tempo, requisito principale per il successo a lungo termine. La terapia rigenerativa comporta maggiore morbilità, tempi e costi più elevati. Informata della invasività e complessità della rigenerazione la paziente ha approvato la scelta dell'utilizzo degli impianti a cuneo, che sfruttano l'osso nativo e offrono un approccio meno invasivo e più predicibile. Si è quindi optato per l'inserimento di due impianti transmucosi REX PiezoImplant 1.8 mm, utilizzando un protocollo di chirurgia guidata per garantire massima precisione.

Chirurgia guidata

La guida utilizzata è di tipo pilot ("pilot guide"), dotata di slitta chirurgica che ha permesso l'utilizzo dell'insero W2 (dello spessore di 0,70 mm) con cui è stata eseguita un'osteotomia orizzontale (Fig. 4) il cui taglio osseo centrale, ha permesso di mantenere il controllo dell'asse protesico predefinito.



La scelta di non riabilitare l'elemento 38 si è rivelata corretta: l'elemento è stato poi estratto per una carie radicolare causata dalla difficile igiene (Fig. 8). La decisione, inizialmente motivata da ragioni economiche senza compromettere la funzionalità, è stata in seguito apprezzata anche dalla paziente per la sua lungimiranza clinica.

Discussione

L'anatomia mandibolare sottile, un tempo limite alla terapia implantare, può oggi essere affrontata senza rigenerazione, grazie alla combinazione di:

- impianti transmucosi ultrasottili
- micro-chirurgia piezoelettrica guidata di precisione
- tecnica espansiva controllata

Questo caso dimostra come la pianificazione protesicamente guidata e l'uso di tecnologie digitali permettano trattamenti minimamente invasivi, con risultati estetici prevedibili anche in situazioni ossee complesse.

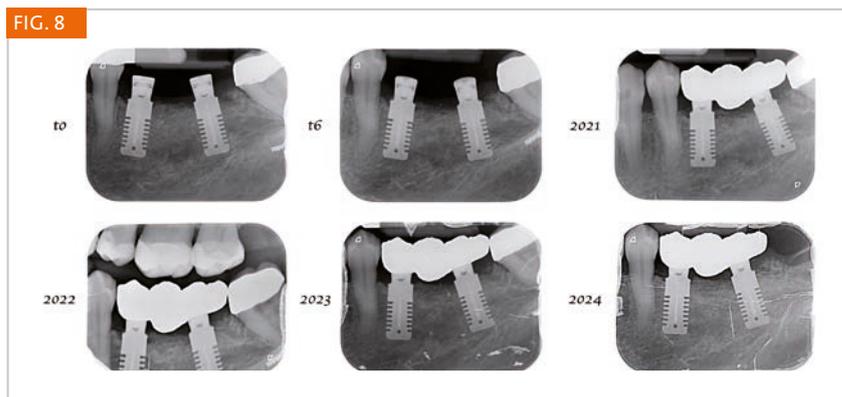
Conclusioni

L'inserimento di impianti REX TL1.8 mm mediante guida chirurgica e tecnica piezoelettrica rappresenta una soluzione ottimale per la riabilitazione di creste ossee atrofiche, rispettando al contempo l'anatomia e le priorità protesiche come richiesto dalla paziente.

Dopo il taglio iniziale, la cresta è stata espansa prevalentemente nel versante vestibolare con gli espansori (Rexpander), in modo progressivo e controllato (Fig. 5). L'osso residuo è stato espanso lateralmente, consentendo il corretto alloggiamento degli impianti REX da 1.8 mm (Fig. 6) mentre gli spazi residui generati dall'espansione ossea sono stati riempiti con bone chips per favorire la stabilità volumetrica e promuovere la rigenerazione dell'osso intorno agli impianti (Fig. 7).

Protesizzazione

Dopo un periodo di osteointegrazione di sei mesi, sono stati realizzati i manufatti protesici definitivi con tecnica avvitata, rispettando la posizione e la forma della ceratura originaria, come richiesto dalla paziente.





Dr. Helenio Mastrovincenzo

- Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria nel 2003 presso l'Università degli Studi di Ancona
- Master in Chirurgia Orale ed Implantologia avanzata presso l'Università di Chieti 2005
- Post Graduate in Implantology and Oral Rehabilitation presso New York University 2011/2013
- All-On-Four and Immediate Function Course presso Maló Clinic Lisbona 2010
- Incarico di tutor didattico degli studenti del corso di Laurea in Odontoiatria presso Univpm, terapie chirurgiche e specialistiche dal 2016 al 2024
- Utilizzatore impianti Rex dal 2022



Dr.ssa Violasole Celotti

- Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria nel 2022 presso l'Università Politecnica delle Marche.
- Master di II Livello in Endodonzia Clinica presso l'Università degli Studi di Bologna.
- Specializzanda in Chirurgia Orale presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

Dr. Helenio Mastrovincenzo, Dr.ssa Violasole Celotti

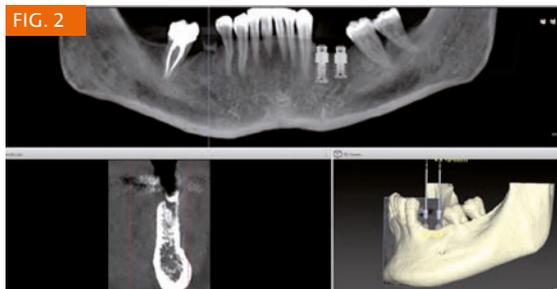
RIABILITAZIONE IMPLANTARE DI CRESTA CON ATROFIA TRASVERSALE E RIDOTTO SPAZIO MESIO-DISTALE TRAMITE ESPANSIONE OSSEA CON SISTEMA REX®

Una paziente di 62 anni, in buona salute generale, si è presentata alla nostra osservazione per la riabilitazione di un'edentulia intercalata nel settore latero-posteriore mandibolare di sinistra, dovuta alla perdita precoce dei due premolari.

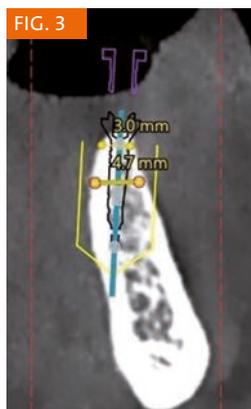
All'esame obiettivo, la cresta ossea presentava un riassorbimento centripeto con conseguente riduzione della banda di gengiva cheratinizzata (Fig. 1).



Anche l'esame CBCT ha confermato una significativa riduzione del volume osseo (Fig. 2); nelle cross-section (Fig. 3), lo spessore crestale nella porzione coronale risultava di 3mm.



Per ridurre la complessità chirurgica e contenere i tempi operativi, la soluzione più adeguata è stata l'inserimento di impianti REX TL Ø1.8, sfruttando la tecnica Rexpander, al fine di ottenere un'espansione ossea crestale, preservare il volume osseo residuo e ottimizzare il profilo di emergenza protesico.



Protocollo chirurgico

È stato eseguito un lembo mucoperiosteico (Fig. 4), seguito dal rimodellamento osseo mediante l'inserto OP1 (Fig. 5). L'osteotomia pilota verticale è stata realizzata mediante la sequenza di inserti W1, W2 e W3 (Fig. 6).



L'espansione della cresta ossea è stata ottenuta in modo progressivo mediante l'utilizzo degli espansori Rexpander Ø1.6 e Ø2.0 mm. Il risultato si può apprezzare dalla foto oclusale (Fig. 7).

Sono stati quindi inseriti due impianti Piezolimplant TL Ø1.8, rispettivamente di 11mm di lunghezza in posizione 3.4 e di 9 mm in posizione 3.5. La visione laterale mostra un corretto parallelismo e asse protesico (Fig. 8) mentre il controllo radiografico post-operatorio conferma l'ottimale posizionamento implantare (Fig. 9).

La guarigione è avvenuta senza complicanze, con un buon aspetto parodontale al momento della rimozione delle suture (Fig. 10) e una progressiva maturazione dei tessuti molli cheratinizzati a distanza di 4 mesi (Fig. 11).



Infine, le radiografie di controllo al momento della consegna protesica (Figg. 12, 13) e a 11 mesi dalla chirurgia (Fig. 14) mostrano una buona stabilità implantare e il mantenimento del livello osseo peri-implantare.

Conclusioni

L'impiego della sistemica Rexpander ha consentito il posizionamento di due impianti in una cresta ossea fortemente assottigliata, preservando la corticale ossea residua e garantendo al contempo un profilo di emergenza protesico adeguato.

Inoltre, questo approccio ha permesso di evitare procedure chirurgiche rigenerative, riducendo tempi, costi e invasività del trattamento.





Dr. Massimo Maione

IMPIANTI A VITE VS. IMPIANTI A CUNEO NELLA CRESTA MASCELLARE CON DIFETTO ORIZZONTALE SEVERO - FOLLOW-UP A DUE ANNI

Dr. Massimo Maione

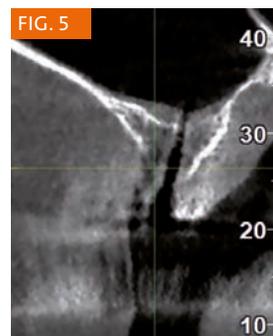
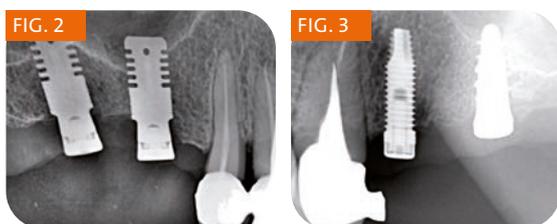
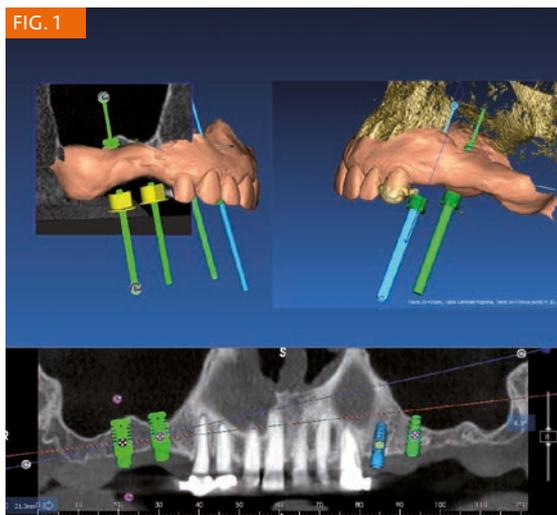
Il Dott. Massimo Maione è un odontoiatra con una carriera accademica e professionale brillante:

- Laurea e abilitazione con il massimo dei voti, specializzazioni avanzate in medicina orale, e continua formazione in ambito clinico.
- È relatore in convegni, membro di prestigiose società scientifiche e unisce rigore professionale a una straordinaria disciplina personale.

Questo case report permette di confrontare gli impianti a cuneo Rex Piezoimplant con gli impianti a vite cilindro conici tradizionali in modo comparativo. La paziente presentava un'edentulia bilaterale posteriore ideale per una tecnica split mouth. I risultati ottenuti nelle due aree edentule, simili per morfologia e difficoltà, sono stati monitorati con controlli clinici e radiologici, con un follow up sino a 3 anni.

Caso clinico

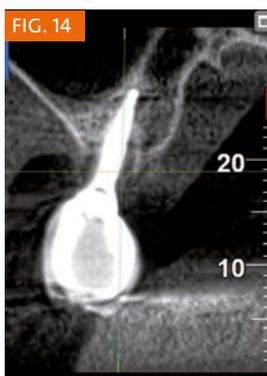
Paziente di genere femminile di anni 63, in buona salute generale. All'esame obiettivo si diagnostica un'edentulia distale bilaterale per la perdita di numerosi elementi 15-16-17 e 24-25-26-27. All'esame clinico, la cresta ossea presenta un ridotto spessore orizzontale (2-3,2 mm), ma una buona altezza verticale. La paziente ha rifiutato proce-



dure rigenerative (GBR), richiedendo una tecnica chirurgica semplificata. Dopo l'analisi CBCT e la pianificazione digitale (Fig. 1), si è scelto di trattare il lato sinistro con impianti a vite, data la maggiore disponibilità ossea, e il lato destro con impianti a cuneo, a causa della cresta più atrofica.

Protocollo chirurgico e protesico

Nel settore 15-16 sono stati inseriti due impianti REX-TL (1,8 x 9 mm) su una cresta con spessore inferiore ai 2 mm (Fig. 2). A sinistra, invece, è stato eseguito un rimodellamento crestale (crestal bone flattening) per posizionare due impianti a vite (3,3x11,5 e 3,8x10 mm), con un sollevamento minimo del seno mascellare (Fig. 3). La tecnica a cuneo, impiegata nel lato destro, ha previsto osteotomia piezoelettrica e successiva espansione con REXPANDER, preservando il volume osseo (Fig. 4, 5, 6, 7). I valori ISQ iniziali erano inferiori per gli impianti REX, ma nel corso della guarigione hanno quasi eguagliato quelli degli impianti a vite. Dopo il periodo di guarigione, sono stati eseguiti il carico protesico e la cementazione di una protesi in metallo-ceramica. La guarigione è stata ottimale in entrambi i lati, ma con minore dolore nel sito trattato con impianti REX (Fig. 8, 9). Dopo circa due anni, la CBCT ha dimostrato l'osteointegrazione di tutti gli impianti con una migliore salute dei tessuti duri perimplantari degli impianti REX (Fig. 10, 11, 12, 13).



Conclusioni

La tecnica piezoelettrica e l'uso dei REXPANDER offrono vantaggi significativi: minore invasività, migliore guarigione dei tessuti, stabilità dell'osso vestibolare e neo-apposizione ossea (Fig. 14). Gli impianti REX non comprimendo l'osso durante il carico funzionale, favoriscono una rigenerazione naturale e stabile. Rispetto alla GBR, si riducono tempi, costi e morbilità, in quanto si agisce su osso nativo, più resistente al riassorbimento.



Dr. Gianni Barbieri

- Laureato in Medicina e Chirurgia
- Specialista in Chirurgia Toracica
- Iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Reggio Emilia
- Odontoiatria generale, Chirurgia orale ed endodontica, Parodontologia, Implantologia, Protesi.

Co-Autori:

Alberto Rebaudi

Alberto Luigi Rebaudi

Federico Rebaudi

Gianni Barbieri, Dr. Alberto Rebaudi, Alberto Luigi Rebaudi, Federico Rebaudi

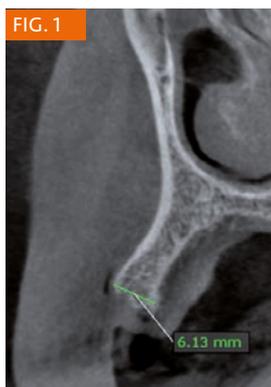
CASO CLINICO: RIABILITAZIONE CON IMPIANTO REX BL 2.9 IN CRESTA SOTTILE

Perché un impianto a cuneo è più favorevole rispetto ad un impianto standard a vite in una cresta ossea sottile di 6 mm?

La preparazione del sito per un impianto a vite che ha profilo circolare e diametro più ampio, richiede una fresatura più ampia rispetto a un impianto a cuneo. In una cresta ossea sottile ne consegue un assottigliamento della corticale con danneggiamento del suo microcircolo. Questa riduzione anatomica compromette spesso l'apporto ematico agli osteociti. Ciò può innescare rimodellamento e riassorbimento osseo marginale. Inoltre, l'avvitamento forzato dell'impianto a vite può comprimere il colletto, favorendo perdita ossea, esposizione della superficie trattata, recessione, problemi estetici e rischio di mucosite o perimplantite. Secondo la letteratura (Ciccù 2023), per un impianto di 4 mm di diametro occorre una cresta di almeno 7 mm (4 mm impianto, 1 mm linguale, 2 mm vestibolare) per preservare la corticale. L'impianto REX, con profilo cuneiforme sottile, limita la preparazione del sito all'osso spongioso, evitando il coinvolgimento della corticale e la compressione al colletto.

Caso Clinico:

Paziente di 30 anni di sesso maschile sano, richiede la sostituzione per agenesia del canino superiore (elemento 13). La CBCT preoperatoria



evidenzia una significativa atrofia ossea prevalentemente orizzontale di spessore insufficiente per accogliere un impianto a vite tradizionale senza rigenerazione ossea. Si opta pertanto di posizionare un impianto REX 2.9 BL in osso nativo, evi-

tando procedure rigenerative più invasive. La sezione CBCT mostra un profilo a clessidra, tipico delle creste sottili, con pareti ossee convergenti e inclinazione vestibolare protesicamente sfavorevole per un impianto a vite tradizionale. Lo spessore osseo è di 6.13 mm e lo spessore dei tessuti molli misura circa 2–3 mm (Fig. 1).

Procedura chirurgica

È stata adottata una tecnica combinata di osteotomia piezoelettrica (Bone flattening), osteotomia piezoelettrica (separazione con inserto da taglio della corticale vestibolare da quella linguale in direzione mesio-distale) ed espansione (Fig.2). L'impianto REX è stato inserito 2 mm sotto il livello crestale, per ottenere al contempo stabilità primaria e favorire la guarigione dell'impianto in assenza di carichi (Fig 2, 3, 4). Il posizionamento profondo favorisce anche il mantenimento del livello di osso marginale e



conferisce uno spazio adeguato alla gestione dei tessuti molli nella fase protesica.

Scopertura e protesizzazione

Dopo la fase di osteointegrazione a impianto sommerso, questo è stato scoperto e dotato di una vite di guarigione in titanio (Fig. 5). Successivamente, mediante scansione intraorale con scan-body dedicato, è stata rilevata l'impronta digitale. È stata quindi realizzata una cuffia transmucosa in titanio-zirconia, non rotazionale, per favorire il condizionamento dei tessuti molli

attorno a un materiale biocompatibile e resistente alla placca (Fig. 6, 7, 8, 9). Sulla base di questa è stato progettato un abutment personalizzato in titanio e zirconia (Fig. 10, 11), con porzione in zirconia estesa in profondità nel tragitto mucoso per

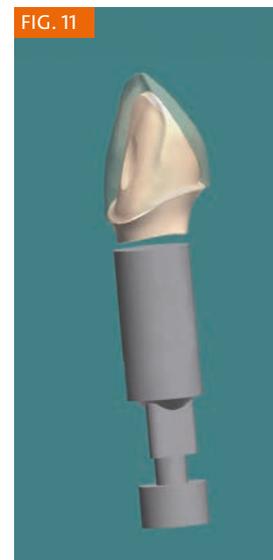
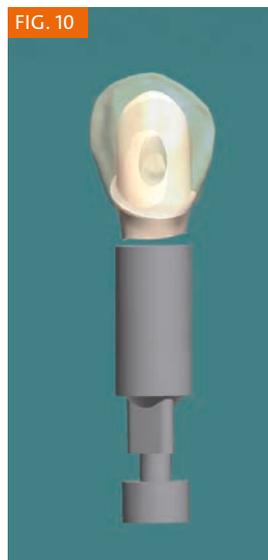
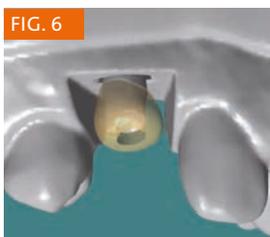


FIG. 12

FIG. 13

FIG. 14



mascherare la componente metallica e ottimizzare l'estetica gengivale (Fig. 12, 13, 14). Infine, una corona in zirconia-ceramica è stata cementata sull'abutment personalizzato (Fig. 15, 16).

Conclusioni:

in presenza di creste sottili, l'utilizzo di impianti a cuneo permette di ottenere risultati estetici e funzionali eccellenti senza ricorrere a tecniche rigenerative.



REX PIEZOIMPLANTS: RISULTATI CLINICI

Viene qui presentata la revisione di una serie dei primi casi clinici con rex PiezoImplant, incluso il Rex Bone Level da 2.9, che è stata sottoposta alla Food and Drugs Administration americana.

L' FDA quest'anno ha rilasciato i 510K che, riconoscendo l'affidabilità clinica dei rex implant nelle creste sottili, ne autorizza la commercializzazione negli Stati Uniti.

Segue una breve sintesi di un processo di valutazione durato 5 anni.

Questo studio ha analizzato dati clinici provenienti da cinque centri per un totale di 56 pa-

zienti (20 maschi e 35 femmine) di età compresa tra 24 e 81 anni, che al momento dell'intervento avevano un'età media di 59,7 anni. Questi pazienti avevano una larghezza di cresta compresa tra 2 e 5 mm, con una media di 3,3 mm. In totale sono stati inseriti 111 impianti. Alla maggior parte dei pazienti è stato inserito 1 impianto singolo (52%). A tre pazienti sono stati inseriti più di 6 impianti: ad un paziente ne sono stati inseriti 7, ad uno 8 e ad un altro 12.

Gli esiti clinici (Tabella 1) sono stati valutati sulla base della Scala Internazionale di Salute ICOI analizzando: il disagio del paziente, la stabilità dell'impianto, la perdita ossea radiografica e l'anamnesi degli essudati. I follow-up sono stati

Punto temporale	Impianti valutati	ICOI Gruppo 1 (Successo)	ICOI Gruppo 2 (Soddisfacente)	Sopravvivenza dell'impianto
1 anno	101	90%	4%	98%
2 anni	73	93%	3%	99%
3 anni	22	86%	9%	95%

Tabella 1 - Risultati clinici a 1, 2, 3 anni dopo il carico

eseguiti a 1, 2 e 3 anni dall'inserimento dell'impianto. Tutti i pazienti sono stati contattati per i successivi follow-up, ma solo 22 di loro (con 32 impianti) si sono sottoposti alla documenta-

zione radiologica. A più di 5 anni è stato riportato un solo fallimento implantare, con un tasso di sopravvivenza del 92,8% (103/111).

Avvento avverso	Rex Implants	Revisione della letteratura dell'FDA US	
		Basso	Alto
Frattura dell'impianto	1.8%	1.3%	14%
Infezione	1.8%	0.4%	43%
Perdita d'osso	2.7%	1.7%	100%
Frattura dell'osso	0.9%	–	–
Nessuna osteointegrazione	1.8%	1% ¹	43%

Tabella 2 - Complicanze Rex PiezoImplant rispetto ai dati della letteratura dell'FDA Statunitense

¹ Misch CE, Perel ML, Wang H-L, et al.: Implant Success, Survival, and Failure: The International Congress of Oral Implantologists (ICOI) Pisa Consensus Conference. *Implant Dentistry*, 17 (1):5-15, 2008

² FDA Executive Summary, 18 July 2013 Dental Device Panel

³ Reported as «Mobility» in FDA presentation

Le complicazioni implantari confrontate con i dati sugli impianti a lama della letteratura sistematica dell'FDA Statunitense sono state espresse risultati favorevoli. Gli impianti che si sono fratturati erano sostanzialmente più sottili dei REX PiezoImplants attualmente in produzione, Rex Implants non ha ricevuto alcuna segnalazione di frattura dell'impianto.

Trattandosi di una serie di casi, i tempi di acquisizione delle immagini radiografiche sono stati diversi. Le radiografie di follow-up erano disponibili per 23 pazienti (43 impianti), 20 dei quali (37 impianti) avevano anche le radiografie al momento dell'inserimento implantare. Le misurazioni del livello osseo sono state effettuate su ogni immagine radiografica utilizzando ImageJ. Le immagini sono state scalate utilizzando le dimensioni dell'impianto. La spalla dell'impianto è stata utilizzata come riferimento nei vari controlli; le variazioni del livello osseo sono state valutate, come punto di partenza, dal momento del carico.

Dall'inserimento, (i tempi variavano da 34 a 106

mesi) la variazione media del livello osseo dei 37 impianti, (deviazione standard "SD") è stata di $-0,68 (\pm 1,05)$ mm. Ad intervalli di tempo che andavano da 1,3 a 79 mesi dopo il carico, la variazione media (SD) del livello osseo era di $-0,05 (\pm 0,55)$ mm. Tutti gli impianti tranne due (35 su 37) hanno soddisfatto i criteri di perdita ossea di ≤ 1 mm al primo anno più $0,2$ mm/anno per ogni anno successivo.

La Figura 1 illustra la variazione dei valori medi del livello osseo al momento finale e fornisce una panoramica degli esiti. In questo grafico, i valori del livello osseo sono normalizzati alle misurazioni del livello osseo T1 Load (tempo di carico). Se gli impianti non sono stati sottoposti al controllo radiografico al momento del carico, i valori finali sono normalizzati ai valori del livello osseo del primo controllo. Il tempo medio (SD) finale era di $58,4 (13,4)$ mesi. Come dimostrato, molti impianti hanno avuto un aumento del livello osseo medio. Nonostante alcuni impianti evidenziassero una perdita ossea nel tempo, questa era comunque inferiore ad $1,5$ mm.

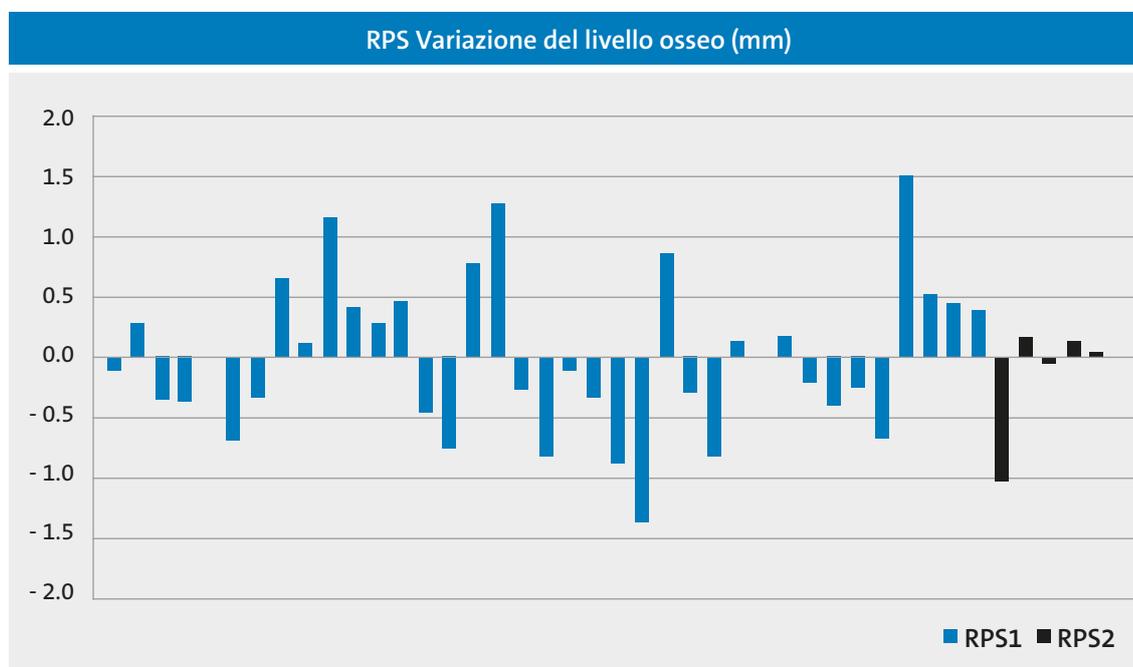


Figura 1 - Variazione dei valori medi del livello osseo al momento della radiografia finale (media: 58,4 mesi, SD: 13,4), normalizzati rispetto al momento del carico/al primo follow-up radiografico.

¹ Rasband, W.S., ImageJ, U. S. National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, USA, <https://imagej.nih.gov/ij/>, 1997-2018

² Kline R, Hoar JE, Beck GH, et al. A prospective multicenter clinical investigation of a bone quality-based dental implant system. *Implant Dent.* 2002;11:224-234

MT-BONE: IL FUTURO DELLA PIEZOCHIRURGIA

Il nuovo PIEZOSURGERY®
ancora più prestazionale



→ Nuovo manipolo PIEZOSURGERY®
con luce LED anulare



→ I tuoi inserti preferiti,
a portata di clic!



→ La nuova elettronica
ottimizza l'efficienza dei
tuoi inserti



→ Fino al 20 %
più performante



→ Inserti PIEZOSURGERY®
compatibili con tutta la gamma
di manipoli Mectron



Guarda il video





PIEZODRILL® - nuova piattaforma piezo-elettrica brevettata per implantologia e per future nuove applicazioni

→ Nuovo manipolo PIEZODRILL® con luce LED anulare



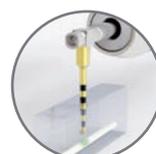
→ Tre livelli di potenza



→ Impostazioni dedicate per la preparazione del sito implantare



→ Un gesto chirurgico reso semplice

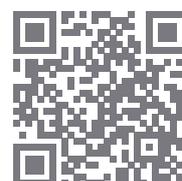


→ Nuovo sistema di irrigazione monouso



App MyMectron

- Attivazione di MT-BONE tramite APP
- Accesso immediato a tutte le informazioni del dispositivo
- Sempre aggiornato con le ultime novità e sviluppi tecnologici



Guarda il tutorial

→ REX PIEZOIMPLANT: LA DOTAZIONE CLINICA



→ KIT CHIRURGICO PER IMPIANTI TL - BL

→ il kit chirurgico REX Implants contiene la sequenza completa di inserti PIEZOSURGERY® per la preparazione del sito implantare REX PiezoImplant

→ contiene inoltre i facsimili implantari per verificare la precisione della preparazione, i terminali per il posizionamento press fit degli impianti stessi e tutti i drivers necessari

Dotazione:

- kit chirurgico in radel vuoto
- inserti W1-W2-W3-W4-W4H
- 2 perni di parallelismo PIN IM15
- 2 fac simile implantare W3
- 1 fac simile implantare W4
- 1 fac simile implantare W4-H
- 1 cacciavite esagonale corto
- 1 cacciavite esagonale lungo
- 1 cacciavite esagonale manuale
- 1 cacciavite esagonale corto BL 2.9 (0.1")
- 1 cacciavite MUA BL 2.9
- 1 manico per cacciavite
- 1 supporto per rimozione TL 1.8
- 1 supporto per rimozione TL 2.9
- 1 supporto per rimozione BL 2.9 D2
- 1 estrattore moncone BL 2.9
- 1 inserto ST0
- 1 inserto ST20
- 1 inserto CR2



→ REX IPD (IMPLANT PLACEMENT DEVICE)

- posizionatore magnetico per l'inserimento degli impianti REX PiezoImplant all'interno del sito implantare
- le percussioni calibrate sono atraumatiche, per il massimo rispetto del tessuto osseo
- con REX IPD è facile anche l'eventuale rimozione degli impianti mal posizionati

Dotazione:

- corpo macchina
- manipolo
- supporto manipolo
- pedale
- chiave WR1

REX PIEZOIMPLANTS: GLI IMPIANTI TISSUE LEVEL



Assemblato REX PiezoImplant TL 1.8



Assemblato REX PiezoImplant TL1.8R
con trattamento RBM fino alla spalla



Assemblato REX PiezoImplant TL 2.9



→ PRODOTTI
A DETRAIBILITÀ
IMMEDIATA

→ PROMOZIONI INTRODUTTIVE

PROMO INTRODUTTIVA 01

Acquistando

1 kit chirurgico REX PiezoImplant

Riceverai in omaggio

1 IPD Implant Placement Device

3.156,00 €*

invece di 7.059,00 €*

PROMO INTRODUTTIVA 02

Acquistando

1 kit chirurgico REX PiezoImplant
10 assemblati TL o impianti BL a scelta

Acquistando

1 kit chirurgico REX PiezoImplant
20 assemblati TL o impianti BL a scelta

Riceverai in omaggio

1 IPD Implant Placement Device
1 Targa Studio Certificato

Riceverai in omaggio

1 IPD Implant Placement Device
1 Targa Studio Certificato

5.556,00 €*

invece di 9.459,00 €*

7.856,00 €*

invece di 11.759,00 €*

→ PROMOZIONI DI RIASSORTIMENTO REX PIEZOIMPLANT TISSUE LEVEL 1.8 E 2.9

PROMO DI RIASSORTIMENTO 04

Acquistando

5 assemblati REX PiezoImplant

assemblato
a
265,00 €
invece di
295,00 €

1.325,00 €*

invece di 1.475,00 €*

PROMO DI RIASSORTIMENTO 05

Acquistando

10 assemblati REX PiezoImplant

assemblato
a
250,00 €
invece di
295,00 €

2.500,00 €*

invece di 2.950,00 €*

PROMO DI RIASSORTIMENTO 06

Acquistando

20 assemblati REX PiezoImplant

assemblato
a
240,00 €
invece di
295,00 €

4.800,00 €*

invece di 5.900,00 €*

* prezzi al netto di IVA

❖ REX PIEZOIMPLANTS: GLI IMPIANTI BONE LEVEL



Impianto REX PiezoImplant BL 2.9
Larghezza 4 mm



Impianto REX PiezoImplant BL 2.9
Larghezza 5 mm



UPGRADE KIT CHIRURGICO PER REX PIEZOIMPLANT BONE LEVEL



Cacciavite esagonale
corto BL 2.9 (0.1'')

46,00 €*

Codice 05250112



Supporto per
rimozione BL 2.9 D2

60,00 €*

Codice 05250114



Cacciavite MUA
BL 2.9

60,00 €*

Codice 05250118



Estrattore moncone
BL 2.9

82,00 €*

Codice 05250116

PROMOZIONI DI RIASSORTIMENTO REX PIEZOIMPLANT BL 2.9

PROMO DI RIASSORTIMENTO 07

Impianto
a
240,00 €
invece di
265,00 €

Acquistando

5 impianti REX PiezoImplant BL

1.200,00 €*
invece di 1.325,00 €*

PROMO DI RIASSORTIMENTO 08

Impianto
a
230,00 €
invece di
265,00 €

Acquistando

10 impianti REX PiezoImplant BL

2.300,00 €*
invece di 2.650,00 €*

PROMO DI RIASSORTIMENTO 09

Impianto
a
220,00 €
invece di
265,00 €

Acquistando

20 impianti REX PiezoImplant BL

4.400,00 €*
invece di 5.300,00 €*

* prezzi al netto di IVA

REXPANDER®: I NUOVI ESPANSORI CUNEIFORMI



- Per l'espansione controllata della cresta sottile.
- In lega di titanio, varie lunghezze e spessori per le diverse necessita anatomiche.
- Forma a cuneo con larghezza standard di 6 mm.
- cinque kit per soddisfare le necessita del clinico in relazione alle tecniche e alla tipologia di impianti REX PiezoImplant utilizzati.
- Tray autoclavabile.

rexpander® 9 mm di lunghezza



rexpander® 11 mm di lunghezza



rexpander® 13 mm di lunghezza



rexpander® 15 mm di lunghezza



RISPARMI
FINO A
207,80 €*

PROMO REXPANDER® KIT

PROMO REXPANDER® KIT 11

rexpander® surgical kit A

Kit con 8 espansori per il posizionamento degli impianti REX PiezoImplant TL 1.8 della lunghezza di 9 e 11 mm.

equipaggiato con:
8 *rexpander*®, *rexpander*® tray in radel vuoto
Codice 05231219-001



682,20 €*

risparmi 75,80 €*

PROMO REXPANDER® KIT 12

rexpander® surgical kit B

Kit con 16 espansori per il posizionamento degli impianti REX PiezoImplant TL 1.8 della lunghezza di 9, 11, 13 e 15 mm.

equipaggiato con:
16 *rexpander*®, *rexpander*® tray in radel vuoto
Codice 05231219-002



1.157,40 €*

risparmi 128,60 €*

PROMO REXPANDER® KIT 13

rexpander® surgical kit C

Kit con 14 espansori per il posizionamento degli impianti REX PiezoImplant TL 1.8 e TL 2.9 della lunghezza di 9 e 11 mm.

equipaggiato con:
14 *rexpander*®, *rexpander*® tray in radel vuoto
Codice 05231219-003



1.038,60 €*

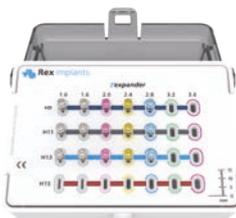
risparmi 115,40 €*

PROMO REXPANDER® KIT 14

rexpander® surgical kit C-BL

Kit con 15 espansori ideale per il posizionamento bone level e under bone level degli impianti REX PiezoImplant BL 2.9 H9 e H11.

equipaggiato con:
15 *rexpander*®, *rexpander*® tray in radel vuoto
Codice 05231219-005



1.098,00 €*

risparmi 122,00 €*

PER
BONE
LEVEL

PROMO REXPANDER® KIT 15

rexpander® kit completo

Kit con 28 espansori per il posizionamento degli impianti REX PiezoImplant TL 1.8 e TL 2.9 della lunghezza di 9, 11, 13 e 15 mm.

equipaggiato con:
28 *rexpander*®, *rexpander*® tray in radel vuoto
Codice 05231219-004



1.870,20 €*

risparmi 207,80 €*

* prezzi al netto di IVA

NEW PIEZOIMPLANT BONE LEVEL

→ MINIMA INVASIVITÀ

espansione dell'ampiezza crestale

→ POSIZIONAMENTO
UNDER BONE LEVEL

nessun riassorbimento osseo

→ MASSIMA PREDICIBILITÀ

10 anni di follow up

→ IDEALE IDEALE PER LE
RIABILITAZIONI ESTETICHE



ATTIVITÀ CULTURALI REX 2026

19 DIC 2026

PALERMO

Less is more - Rex Piezoimplant

Tomaso Vercellotti

XX XXX 2026

MILANO

Less is more - Rex Piezoimplant

Tomaso Vercellotti

XX XXX 2026

ROMA

Less is more - Rex Piezoimplant

Tomaso Vercellotti