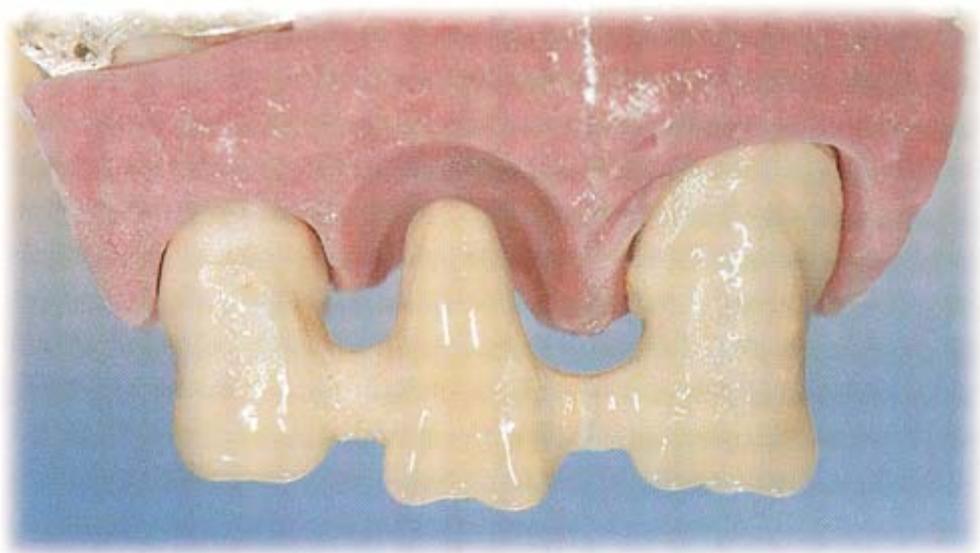


Paolo Smaniotta
Flavio Tura

Site conditioning: ripristino di riassorbimenti crestali localizzati.

Considerazioni cliniche e tecniche



Introduzione

La richiesta da parte dei pazienti di una ricostruzione della dentatura con aspetto naturale, nell'area del sorriso, è uno dei problemi più frequenti e di più difficile soluzione nell'attività professionale quotidiana (1, 2, 3, 9).

Il passaggio in modo naturale tra "il bianco e il rosa" richiede una metodica sia clinica sia tecnica di lavoro ben collaudata (22, 15) (*fig. 1*).

In quest'articolo si pone l'accento su come ottenere un risultato prevedibile e soddisfacente, dal punto di vista estetico e funzionale, utilizzando la tradizionale tecnica protesica (12, 23).

Molti pazienti per i quali è stato adottato

questo tipo di riabilitazione erano già stati trattati precedentemente con altre protesi, in genere di tipo fisso (5, 11) (*fig. 2*).

Proprio osservando i risultati spesso insoddisfacenti che si presentavano, si è cercato di mettere a punto, anche riferendoci alla letteratura (19-21, 8, 25), una metodica di semplice realizzazione che permettesse, grazie alla stretta collaborazione odontoiatra/odontotecnico, di ottenere una restaurazione dall'aspetto naturale anche in situazioni di riassorbimento crestale localizzato (4). La scelta merceologica è andata via via restringendosi analizzando i risultati insoddisfacenti ottenuti nel tempo con alcuni materiali. La necessità di un attento trat-

Parole chiave

Condizionamento
del sito edentulo
Profilo basale
Ovate-pontic modificato

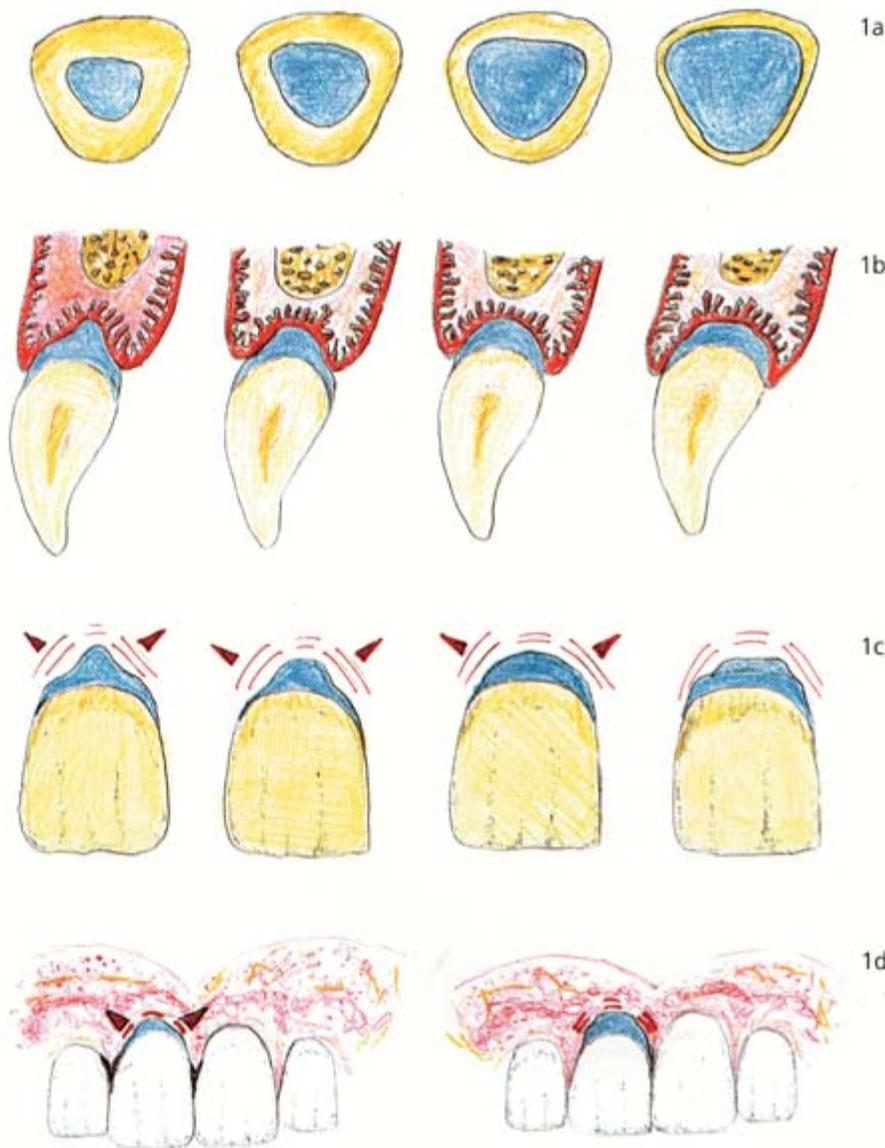
Key words

Site conditioning
Profile of basis
Modified ovate-pontic

Fig. 1

Schema riassuntivo della sistematica utilizzata per la modifica del profilo basale dell'ovate-pontic modificato.

- a) Sezione della parte basale dell'ovate-pontic: da sx a dx la dimensione basale viene modificata con fasi successive per ottenere la guarigione dei tessuti connettivali di innesto nella forma programmata.
- b) Come sopra ma sezione sagittale: i passaggi vengono eseguiti ogni 15 gg. Al termine si ha un tessuto atto a ricevere la riabilitazione definitiva.
- c) Visione frontale: oltre a ottenere un profilo di emergenza simile al dente naturale il condizionamento consente di stimolare il ripristino di una pseudo-papilla, chiudendo gradualmente i "buchi neri".
- d) Il condizionamento graduale tramite i provvisori nella pratica quotidiana è determinante per il successo finale: da sx a dx simulazione del condizionamento



tamento del parodonto ha indotto poi a considerare come fattore irrinunciabile, il condizionamento dei tessuti molli, prima della realizzazione protesica definitiva, sia con la chirurgia parodontale sia utilizzando dispositivi realizzati accuratamente in laboratorio (3).

Materiali e metodi

Aspetti clinici e tecnici

Le considerazioni cliniche hanno consentito di programmare la ricostruzione più adeguata dei monconi, l'opportunità di un trat-

tamento endodontico, la necessità di un intervento di parodontologia per adeguare i tessuti a una riabilitazione protesica ottimale (10).

Le considerazioni tecniche sul mantenimento e il ripristino dei rapporti dento-gengivali in riabilitazioni protesiche non possono prescindere da tre aspetti essenziali:

- 1) Precisa chiusura marginale degli elementi pilastro.
- 2) Rispetto del profilo di emergenza.
- 3) Conoscenza delle tecniche di

laboratorio da applicare in ausilio al trattamento chirurgico della gengiva.

I primi due punti sono stati trattati molto esaurientemente da numerosi Autori e consentono di controllare con ottime possibilità di successo l'aspetto estetico del paziente, ottenendo un passaggio bianco-rosa naturale (3, 4, 15).

Il terzo punto, relativo alla fase di trattamento chirurgico gengivale guidata attraverso provvisori realizzati in laboratorio, ha consentito di ottenere, nelle zone edentule, il ripristino di un buon contor-



no gengivale con pseudo-papille interdentali. Con tali presupposti è evidente che anche il restauro di una corretta architettura gengivale deve avvalersi di una sinergia tra odontoiatra e odontotecnico, dove le rispettive conoscenze e competenze superano le tradizionali linee di confine per diventare un punto di incontro indispensabile (5, 9, 10, 11, 12).

Profili di emergenza e precisione della chiusura

I due aspetti sono una "conditio sine qua non" per non vanificare il nostro impegno (figg. 7-10). Per ottenerli è necessario che l'odontoiatra fornisca al laboratorio un'impronta di alta qualità e che l'odontotecnico attui una serie di procedimenti tali da ottenere un dispositivo protesico preciso, con chiusure marginali che in letteratura sono definite sufficienti se non superano i 40 micron (figg. 6, 18, 19). Inoltre, la riabilitazione idonea non dovrà provocare danni iatrogeni al parodonto e il profilo di emergenza dovrà essere fisiologico (6, 7) (figg. 10, 12, 13, 34, 36, 38).

Forma degli elementi interdentali

L'odontoiatra può migliorare le asimmetrie tipiche delle zone do-



Fig. 2

Caso n. 1 Si evidenziano difetti parodontali riferibili ad una precedente estrazione con perdita di volume crestale

Fig. 3

La metodica proposta permette già con il primo provvisorio il condizionamento dei tessuti molli

Fig. 4

Gli innesti di tessuto connettivale sono stati condizionati dalla forma ovate-pontic del primo provvisorio. Si può notare anche in vista laterale il volume raggiungibile con il condizionamento guidato dei tessuti



ve a causa del riassorbimento sagittale e verticale è diminuito il volume originario di cresta ossea (3, 24), (figg. 2, 25).

La corretta architettura gengivale può essere ristabilita attraverso un'adeguata forma della parte basale relativa all'elemento interdendale (figg. 1, 3, 8, 9).

In letteratura sono descritte una decina di forme basali, ma a nostro avviso ve ne sono tre che è importante conoscere ed applicare:

- La faccetta labiale (*ridge-lap facing*).
- L'appoggio selliforme e l'appoggio selliforme modificato (*modifier ridge-lap pontic*) (fig. 7b).
- L'elemento intermedio ovoidale (*ovate pontic*) (figg. 1, 9, 10, 30, 31).

La prima forma è molto utilizzata perché detergibile facilmente con normali spazzolini, mentre l'uso del filo può essere limitato all'igiene serale, due, tre volte la settimana.

Comporta però problemi di ristagno di cibo (*food-impact*) a causa della concavità che si viene a creare nella zona palato linguale dell'elemento; tale gradino può in alcuni casi disturbare la fonazione. La seconda forma è molto ben accettata dal paziente, perché il profilo di emergenza dell'elemen-

Fig. 5

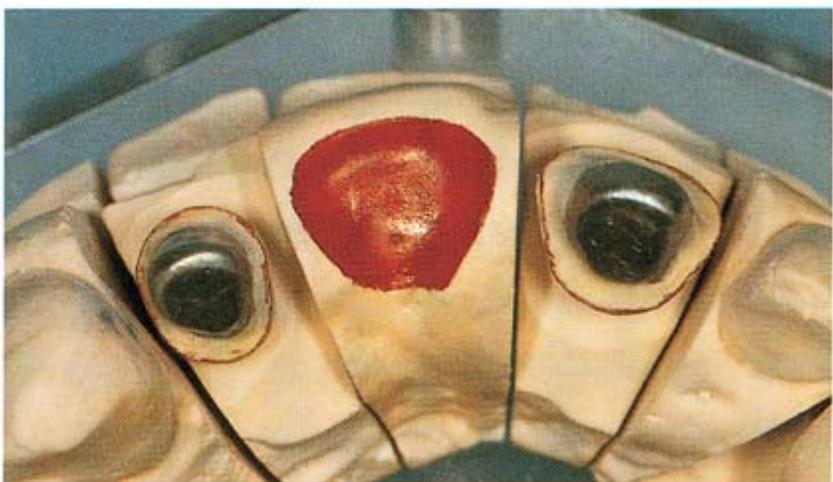
L'aumento sagittale di cresta deve prevedere, a distanza di 6/10 mesi, una contrazione di circa il 25%



5

Fig. 6

Nel modello in gesso è evidente la zona di condizionamento ottenuta. Il profilo di emergenza è simile agli elementi contigui



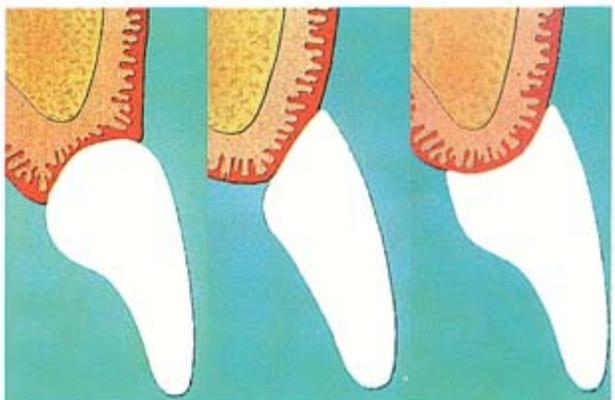
6

Fig. 7a

La prova biscotto consente la finalizzazione dell'architettura gengivale, con la definizione della corretta forma ad ovate-pontic modificato

Fig. 7b

La corretta architettura gengivale delle zone edentule si può ristabilire anche attraverso una forma della parte basale relativa all'elemento intermedio con forma ovate-pontic. A differenza del ridge-lap facing o del ridge-lap pontic, un elemento intermedio ovoidale permette una compressione guidata della zona edentula



7a

7b

8

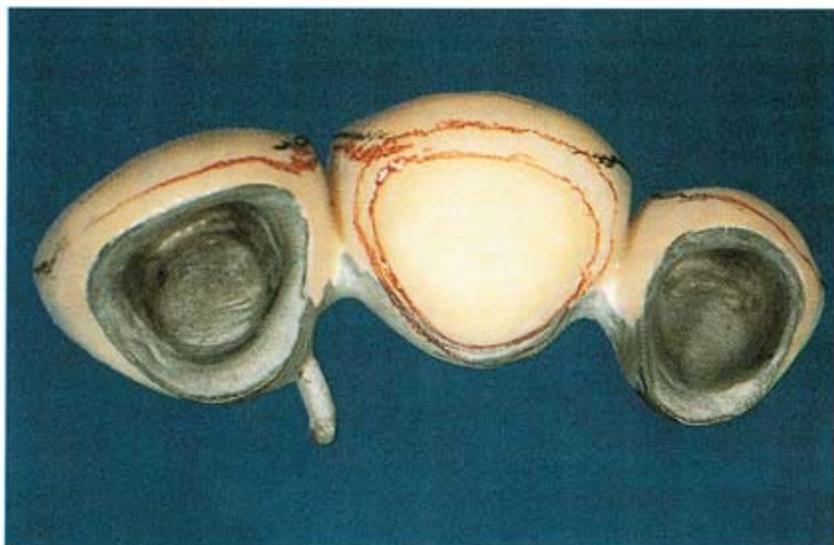


Fig. 8

Doppia circonferenza dell'ovate-pontic modificato

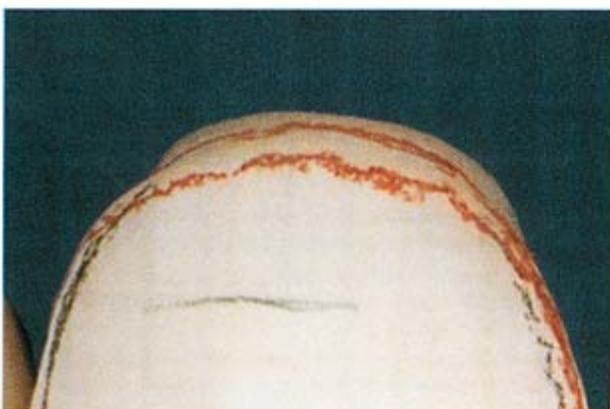
Fig. 9

Particolare frontale della forma a doppia circonferenza

Fig. 10

Particolare del risultato clinico: è osservabile uno pseudo solco gengivale e l'assenza di ischemia

9



10

to non causa ostacolo alla lingua nè *food-impact*.

Tale forma, a causa della superficie basale concava rende difficoltose le pratiche di igiene orale. Tutti questi inconvenienti sono superati dalla terza forma di ponte ovoidale (*ovate pontic*) (fig. 13) che soddisfa la soluzione dei problemi funzionali, fonetici, igienici delle zone edentule comprese in arcate trattate con riabilitazioni fisse. La superficie di appoggio dell'*ovate-pontic* chiude in modo serrato (fig. 10) la gengiva riducendo drasticamente i problemi prima descritti. Rimarrà in ogni caso irrinunciabile l'uso quotidiano degli strumenti per l'igiene orale.

Protocollo

Il protocollo utilizzato prevede la raccolta del maggior numero possibile di informazioni riguardanti il caso da trattare:

- Esigenze e attese del paziente
- Impronte di studio superiori ed inferiori
- Cere di centrica complete
- Colore
- 2 foto polaroid
- Diapositive nelle posizioni di protocollo
- Dimensione verticale
- Progetto protesico
- Valutazione degli elementi vitali
- Status radiografico
- Ortopantomografia delle arcate dentarie
- Opportunità di un trattamento

ortodontico

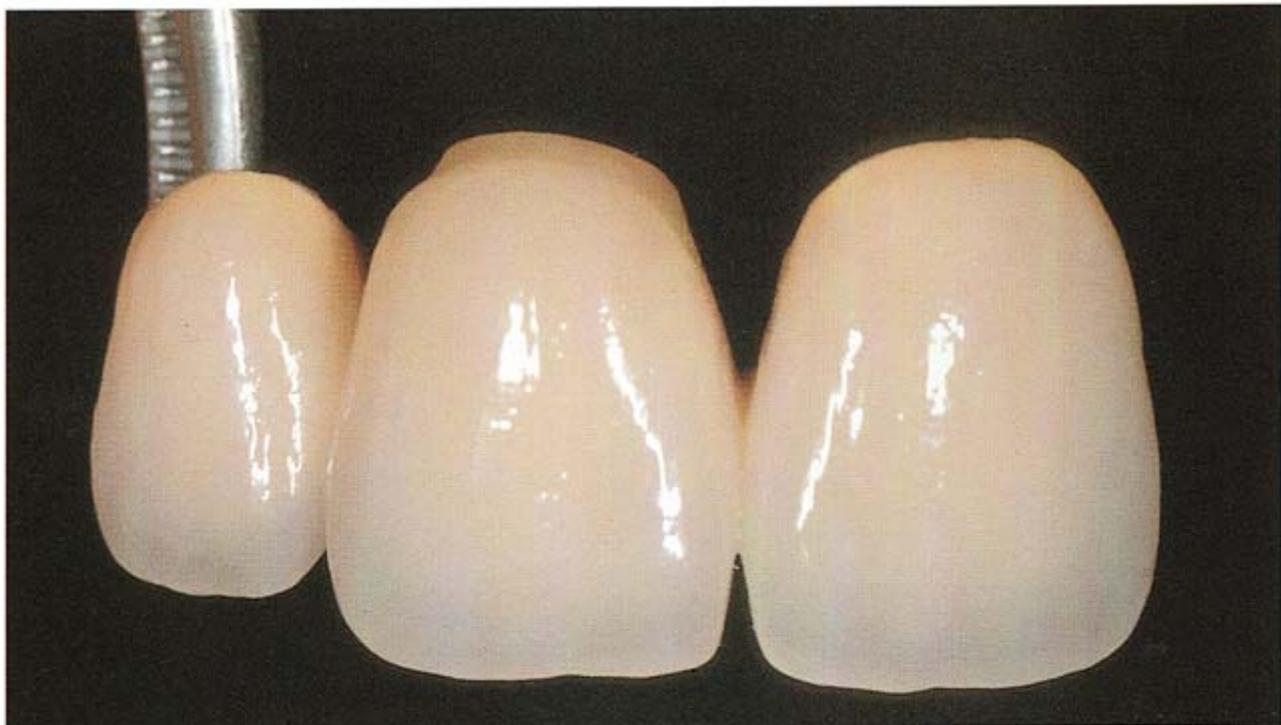
- Valutazione della posizione degli elementi non vitali

Progettazione clinico-tecnica

A nostro avviso l'analisi di queste prime informazioni deve coinvolgere le competenze dell'intero gruppo di lavoro e costituisce un momento fondamentale di tutto il trattamento riabilitativo (9, 11), (figg. 3, 4, 15).

In questo articolo si pone l'attenzione sugli aspetti inerenti l'area compresa tra il tessuto dentale e quello gengivale, cioè la giunzione dento-parodontale (figg. 10, 12, 34).

Non ci si sofferma pertanto sugli



interventi e sulle tecniche necessarie per ottenere l'intero dispositivo medico-protetico.

Il trattamento chirurgico della gengiva e il conseguente coinvolgimento della cresta alveolo-dentale (*site conditioning*), per dare risultati estetico-funzionali ottimali, deve comprendere una serie di passaggi basati sul condizionamento dell'innesto connettivale effettuato (figg. 1, 6, 26, 31, 36).

Con questa tecnica si ottengono pseudo-papille che riempiono in modo naturale ciò che altrimenti appare come un "triangolo nero" (figg. 13, 24). La massima collaborazione odontoiatra-tecnico-paziente e una corretta progettazione, consentiranno quindi di ottenere in questa zona protesica molteplici vantaggi quali:

- Eliminazione dei triangoli neri
- Architettura gengivale armonica
- Ridotti problemi causati da *food impact*
- Ottimo controllo igienico garantito dall'*ovate-pontic*.

Fig. 11

La riabilitazione in metallo ceramica viene consegnata allo studio odontoiatrico dopo un'accurata lucidatura di tutte le superfici

Fig. 12

Risultato clinico della riabilitazione in vista laterale

Fig. 13

Risultato clinico della riabilitazione in vista frontale





Fig. 14

Caso n. 2 Una frattura radicolare traumatica dell'11, ricostruito in precedenza con un perno endodontico, ne ha imposto l'estrazione. In questo caso si è scelta la tecnica di estrazione ortodontica

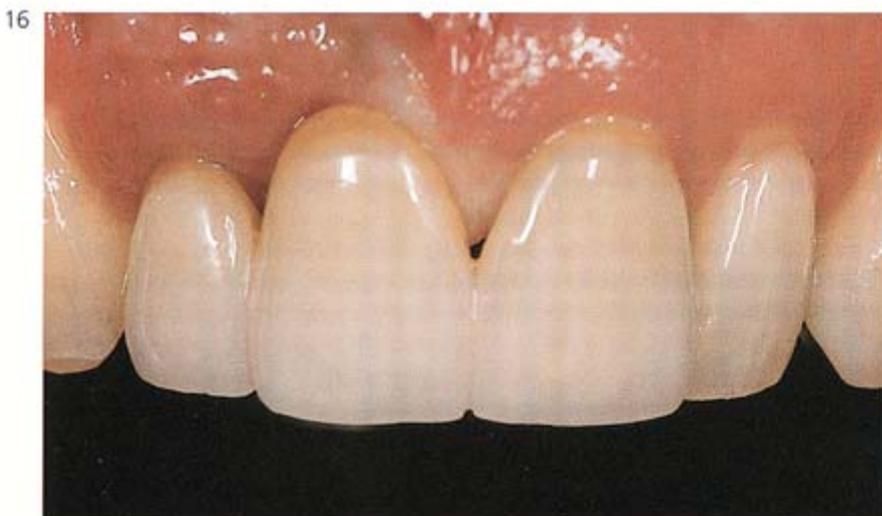


Fig. 15

Modello Zeiser ottenuto dall'impronta del sito a distanza di due mesi dall'estrazione

Fig. 16

Secondo provvisorio rinforzato. La combinazione della procedura chirurgica e protesica permette di ottenere spazi adeguati alla creazione di un elemento interdentale ben proporzionato

Il primo provvisorio

Il primo intervento effettuato sul paziente consiste nell'applicazione di un provvisorio in pre-limatura (3, 27, 28) preparato in precedenza duplicando le impronte di studio, con il quale dovranno già essere corretti quanti più particolari estetico-funzionali possibili (7). Questo provvisorio offre la possibilità di essere ribasato e modificato secondo le esigenze (figg. 27, 28) mettendo l'odontoiatra nella condizione di poter eseguire le cure conservative sui monconi interessati senza obbligare il paziente a situazioni stressanti. Nella stessa seduta sono rilevate le impronte delle preparazioni che serviranno per la verifica del parallelismo dei monconi

protesici (fig. 29), (10).

Già con l'applicazione del primo provvisorio posizionato sarà possibile rendere partecipe il paziente dei cambiamenti estetico-parodontali attuabili (figg. 4, 28).

La necessità di una permanenza del provvisorio in situ da due a quattro mesi e gli eventuali cambiamenti da apportare rendono necessaria la programmazione di un provvisorio con un'armatura metallica e con caratteristiche estetiche più simili alla soluzione definitiva (15), (figg. 15, 30, 31).

Applicato il primo provvisorio si valuta e si attua quanto segue in collaborazione con l'odontotecnico:

- Le esigenze del paziente
- Impronte delle arcate dentarie

- I modelli del 1° provvisorio
- Colore
- Foto polaroid del 1° provvisorio
- Diapositive nelle posizioni di protocollo
- Considerazioni sul 1° provvisorio in rapporto alle labbra ed alla linea del sorriso
- Fonazione
- La simmetria e la profondità delle parabole
- Gli spazi interpapillari
- I profili di emergenza in relazione ai tessuti molli



Fig. 17
 Risultato clinico del condizionamento ottenuto prima della preparazione definitiva

Fig. 18
 L'argentatura delle impronte consente di ottenere un modello con una definizione ottimale, non modificabile durante le lavorazioni di laboratorio

Fig. 19
 Nella ricerca di miglioramento estetico complessivo, la tecnica della elettrodeposizione permette di elevare lo standard qualitativo. Particolare della prova struttura

- La necessità o meno di attuare ulteriori condizionamenti della gengiva aderente
- Il tipo di preparazione finale dei monconi protesici
- Le limature ottimali del tavolo occlusale
- A nostro parere, questo è un momento fondamentale di dialogo tra odontoiatra e tecnico e lo scambio di informazioni sarà la base per la realizzazione del lavoro definitivo.

Il secondo provvisorio

Un'attenta considerazione e l'attuazione dei punti sopra descritti, permettono la realizzazione di un provvisorio armato più adatto alla buona soluzione del

caso clinico (*figg. 15, 16*).

Vengono a questo punto rilevate anche le impronte dei monconi protesici e tre cere di centrica ed il tutto affidato al laboratorio odontotecnico.

Con il secondo provvisorio sono perfezionati tutti gli aspetti estetici lasciati fin qui irrisolti.

In particolare la possibilità di allungare i margini di chiusura rende agevoli le correzioni delle parabole gengivali; inoltre l'aggiunta o la sottrazione di resina permette l'ottimo condizionamento delle selle edentule, (*figg. 1, 30, 31*) del restringimento o allargamento degli spazi interdentali e il perfezionamento dei profili di emergenza.

17

18

19

20



Fig. 20

È importante ottenere in laboratorio una copia della situazione clinica; questo è possibile con un materiale silconico con caratteristiche simili alla struttura gengivale

21

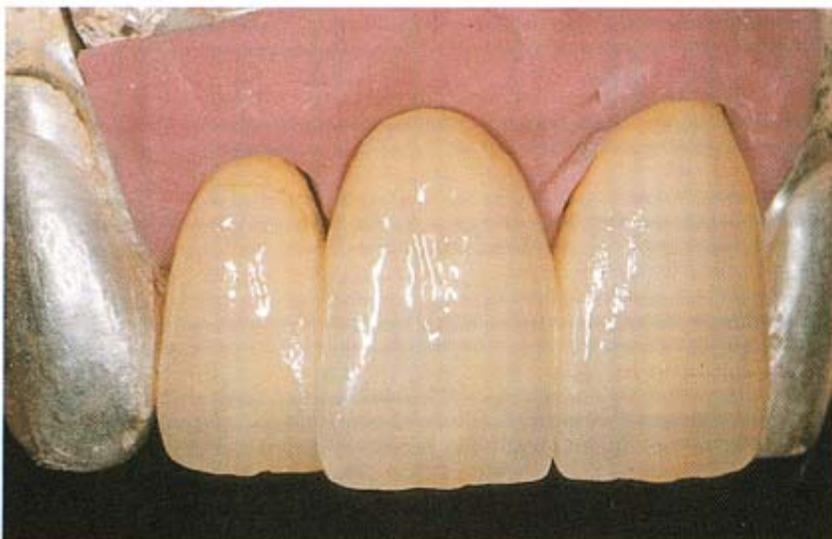


Fig. 21

Particolare della ceramizzazione terminata su modello argentato con gengiva simulata

Quello che ci si propone in definitiva è di arrivare ad una situazione il più possibile priva d'incognite in vista della riabilitazione finale: ideale sarebbe "clonare" il provvisorio per la realizzazione del definitivo (figg. 16, 21).

I modelli eseguiti permettono inoltre di ottimizzare le preparazioni, le parabole gengivali, le zone papillari i profili di emergenza in conformità a indicazioni preparate "a tavolino" (11).

La chirurgia parodontale

Il trattamento dei tessuti può essere programmato con il primo provvisorio o il secondo in relazione alle correzioni da effettuare.

Nei casi descritti ci si è avvalsi di lembi riposizionati apicalmente, con o senza plastica ossea, per ottenere un aumento di altezza di gengiva aderente o un miglioramento dell'architettura gengivale (27), (figg. 5, 17).

Nelle situazioni rappresentate dalle figure 26 e 27 si sono inoltre resi necessari due interventi distinti di innesto di connettivo per ottenere una quantità sufficiente di gengiva aderente.

L'unico inconveniente degli innesti a prelievo palatino è, infatti, la limitazione della quantità di tessuto donatore.

È anche necessario prevedere una contrazione secondaria che, come dimostrato da Egli e Yukna,

sarà circa il 25% a distanza di sei mesi (figg. 17, 19).

Un attento incremento della compressione data dal provvisorio si è dimostrato un utile aiuto all'aumento sagittale dei tessuti molli (fig. 16) e, come affermato da numerosi Autori (7, 18) la compressione guidata agisce nel tempo come un modellatore delle zone edentule e pseudo-papillari.

Al condizionamento crestale chirurgico si aggiungono dunque, per dare esiti favorevoli, i passaggi clinici e tecnici basati sul condizionamento dell'innesto connettivale ottenuto con l'ausilio della "pressione definita" sulla cresta alveolare tramite provvisori accuratamente predisposti.

Fig. 22

Caso ultimato; quadranti di destra



22

Fig. 23

Caso ultimato; quadranti di sinistra



23

Fig. 24

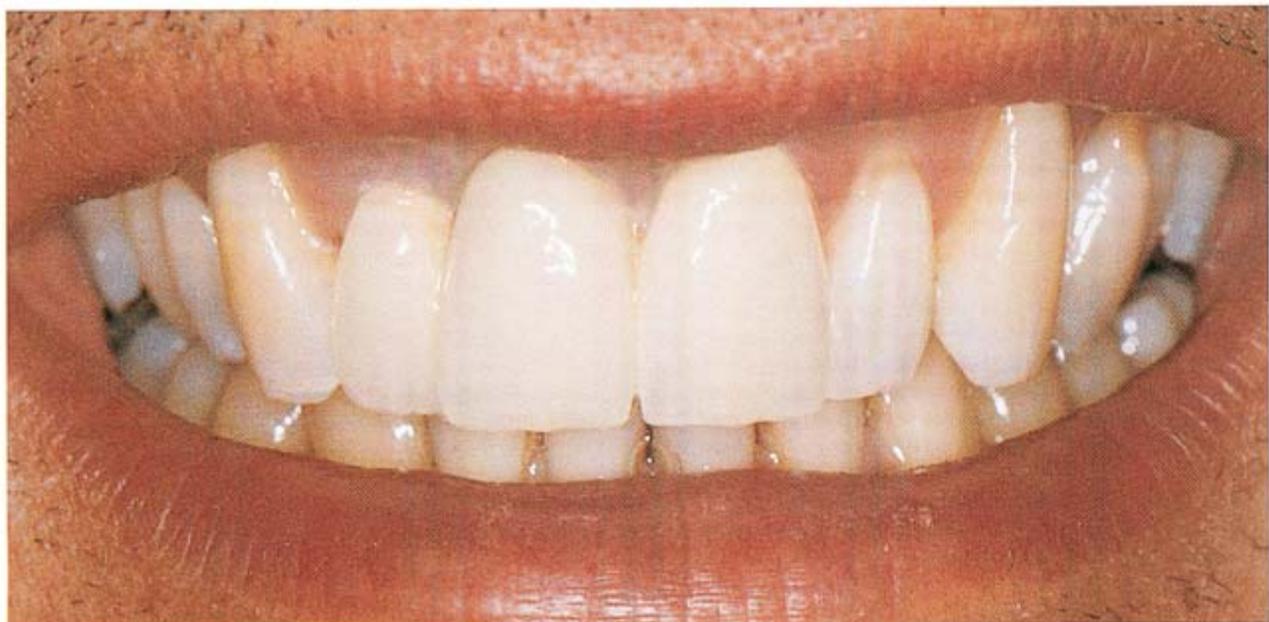
Caso ultimato; vista frontale

La riabilitazione definitiva

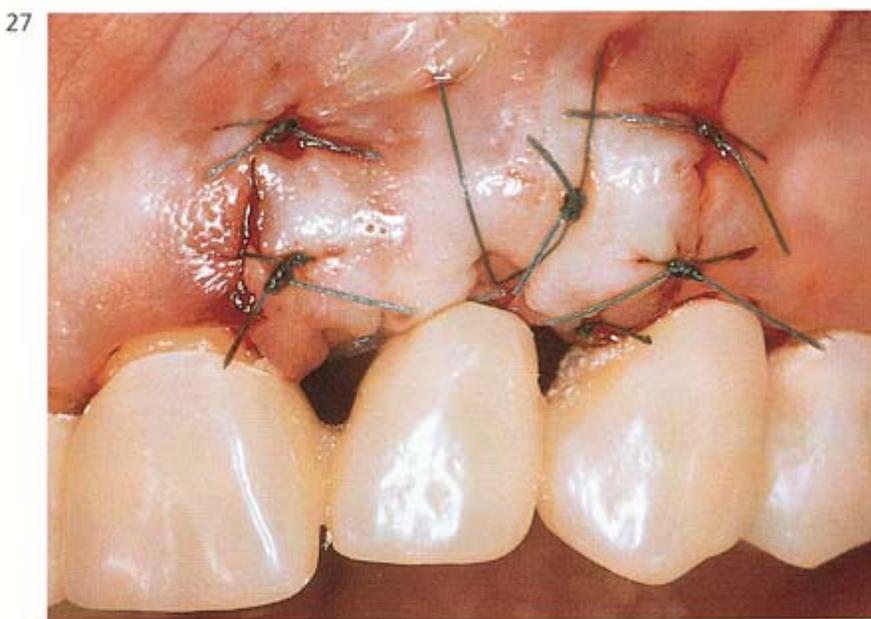
La scelta dei materiali adottati (16, 17, 10) per la ricostruzione definitiva, fra i tanti proposti, si è limitata a due tipi:

- Una metalceramica
- Una ceramica con la tecnica dell'elettrodeposizione

L'utilizzo metodico di questi materiali ha permesso di ottenere risultati che soddisfano estetica e funzione, in modo prevedibile (26).



24



Caso n°1
Ovate pontic modificato.
Ponte metalceramica

Paziente di sesso maschile di circa 35 anni con vecchie corone sia nell'arcata superiore sia inferiore (fig. 2).

È giunto alla nostra osservazione lamentando essenzialmente problemi estetici relativi al settore frontale.

La progressiva estrazione di 11 si evidenziava in tale zona con un notevole riassorbimento verticale e orizzontale.

Come descritto nei paragrafi precedenti si è proceduto ad una se-

rie di interventi parodontali utili al ripristino di una corretta morfologia gengivale.

La realizzazione in laboratorio di un primo provvisorio con una forma adeguata dell'elemento intermedio (figg. 3, 4) ha reso possibile ricreare in tale zona, tramite una compressione guidata, le pseudo-papille prossimali, nonché un volume gengivale simile all'elemento 21 (figg. 5, 6).

La realizzazione del definitivo (figg. 7-9) è stata notevolmente facilitata, è stato sufficiente creare una ulteriore leggera compressione) rispettando esattamente la forma del profilo di emergenza

Fig. 25

Caso n. 3 Situazione iniziale: una programmazione metodica del caso clinico si deve avvalere della raccolta di numerose informazioni anamnestiche e cliniche che vanno dalle impronte di studio alle diapositive nelle posizioni di protocollo; dalla valutazione degli elementi vitali allo studio radiologico

Fig. 26

Gli interventi di innesto connettivale sono spesso insufficienti per ottenere il ripristino dell'architettura gengivale ottimale. Questo problema può essere risolto con l'aiuto di una "compressione guidata" ottenibile con la tecnica di ovate-pontic progressivo

Fig. 27

Con il primo provvisorio si cercherà la correzione del maggior numero di particolari clinico tecnici possibili

Fig. 28

Il primo provvisorio posizionato permette una valutazione accurata delle zone edentule con la traccia della linea gengivale ideale. Tutto questo aggiungerà nuovi elementi per la programmazione delle modifiche parodontali da attuare



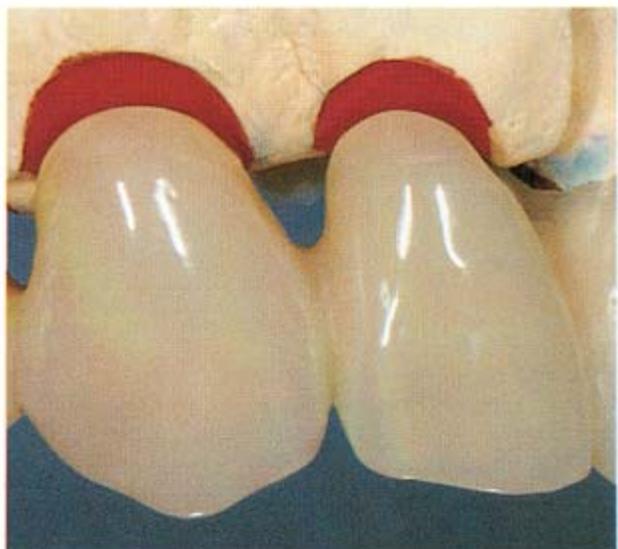
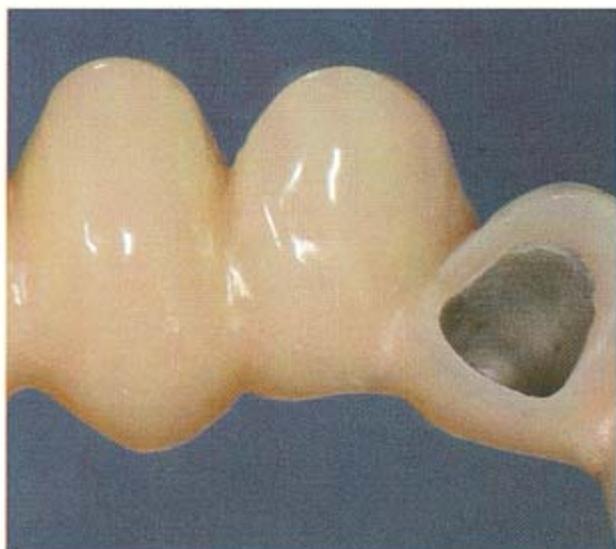
Fig. 29

Le impronte per la costruzione del secondo provvisorio permettono la rivalutazione delle zone edentule, la corretta distanza tra i pilastri protesici ed il loro parallelismo



Figg. 30, 31

L'ovate-pontic è ritenuta da molti autori la forma di appoggio ideale per gli elementi edentuli intermedi



32



Fig. 32

La prova degli elementi protesici prima della cottura finale permette le ultime piccole correzioni alle zone interdentali ed ai profili di emergenza. In questa fase sono demandate, anche in collaborazione con l'odontotecnico, le compressioni definitive delle selle edentule

33

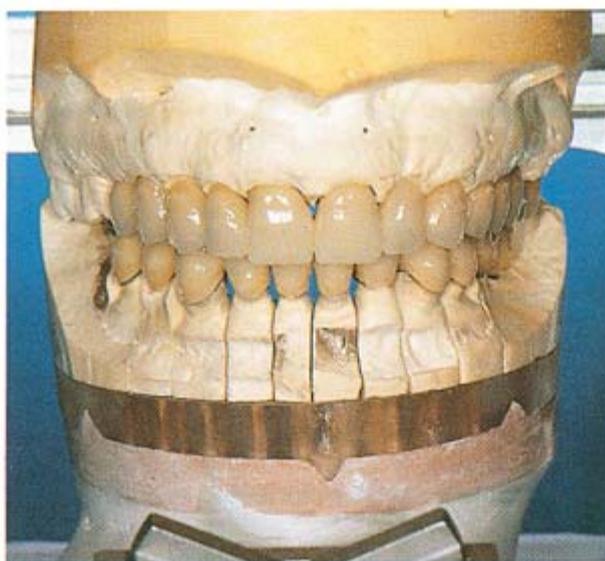


Fig. 33

Al laboratorio spetta il rimontaggio per l'ultimo controllo dell'occlusione, cui seguiranno la glasatura e la lucidatura finali

Fig. 34

Caso ultimato; visione frontale. Il protocollo adottato ha permesso di ottenere una armoniosa architettura gengivale

dell'incisivo esistente 21 (figg. 10, 12).

L'esecuzione della forma cervicale dell'elemento di ponte è un *ovate-ponic* da noi modificato, l'iconografia evidenzia come la forma ovale cervicale sia realizzata con due diametri differenti (figg. 8, 9).

Tale accorgimento consente alla gengiva innestata di ottenere una forma ed una colorazione molto naturale (figg. 12, 13).

Caso n° 2

Estrazione ortodontica. Elettro-deposizione

Paziente di sesso maschile di circa 40 anni, in cui una frattura radicolare causata da un perno endodontico ha portato all'estrazione di 11 (figg. 14, 15).

Al fine di perdere meno sostanza ossea di sostegno l'avulsione è stata di tipo ortodontico.

34



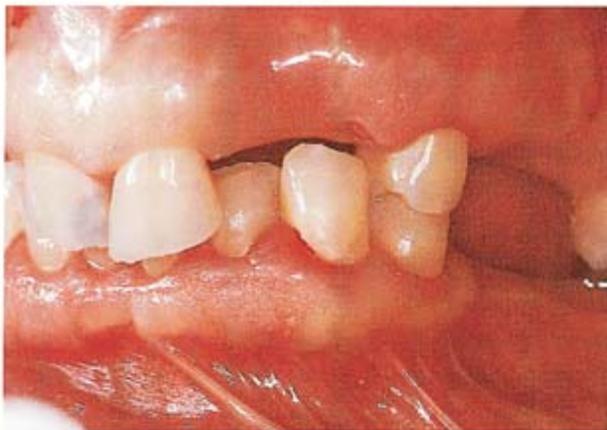
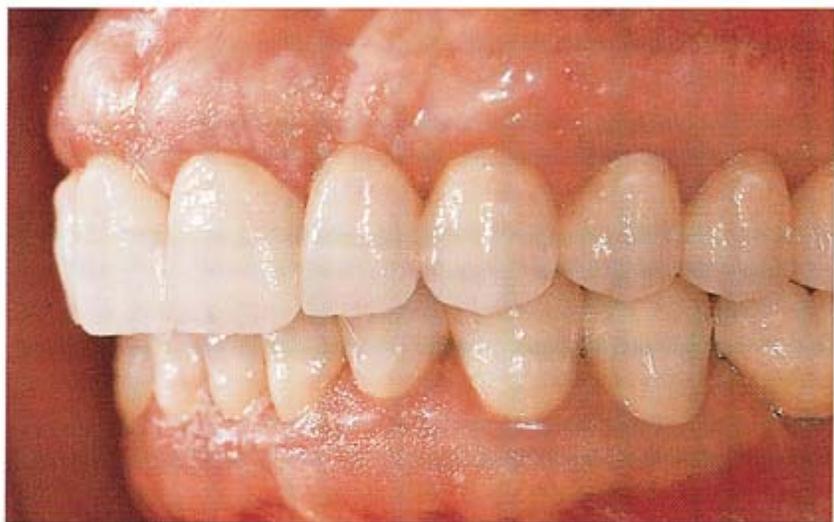


Fig. 35
 Quadranti di sinistra prima della
 riabilitazione



Fig. 37
 Quadranti di destra prima della
 riabilitazione

fig. 36
 L'uso finalizzato del primo e del
 secondo provvisorio riduce al minimo
 gli imprevisti al momento finale;
 anche le riabilitazioni complesse sono
 più prevedibili



Tale accorgimento ha permesso di mantenere inalterato il profilo di emergenza che, tramite la compressione guidata dal provvisorio, ha consentito il ripristino delle papille approssimali (*figg. 16-18*).

Inoltre il processo di guarigione e di mantenimento è agevolato dalla presenza della forma alveolare che consente di rispettare la distanza di 5 mm tra la corticale ossea e il punto di contatto tra 12-11-21, ottenendo così una vera papilla (*figg. 22-24*).

La riabilitazione definitiva è stata realizzata attraverso un ponte in ceramica ottenuto con tecnica a sandwich di elettro-deposizione

galvanica di oro 99,9% su una struttura di metallo nobile palladiato (*figg. 19, 24*).

Caso n° 3
Riabilitazione complessa
in antagonismo.
Restitutio ad integrum

Paziente di sesso femminile di circa 50 anni (*figg. 25, 35, 37, 39*). L'anamnesi si presenta complessa. L'esperienza acquisita consente di affrontare la riabilitazione con buona possibilità di successo.

Il caso è stato trattato applicando il protocollo sopra menzionato che prevede una serie di valuta-

zioni e verifiche tali da consentirci spazi di rivalutazione sempre utili e necessari nei casi impegnativi.

Tra gli altri problemi, il collasso occlusale e le disarmonie dell'architettura gengivale hanno impegnato a fondo l'intera équipe medico-tecnica (*figg. 25, 39*).

Il ripristino funzionale è stato realizzato tramite l'uso di tecnica di registrazione occlusale pantografica, così come la riabilitazione tecnica è stata eseguita seguendo i dettami di ceratura individuale del Prof. F.V. Celenza che consente di ottenere uno sviluppo fisiologico della morfologia occlusale, il tutto memorizzato e realizzato

38



Fig. 38

Quadranti di destra dopo la
riabilitazione

39



Fig. 39

Area del sorriso prima della
riabilitazione

40

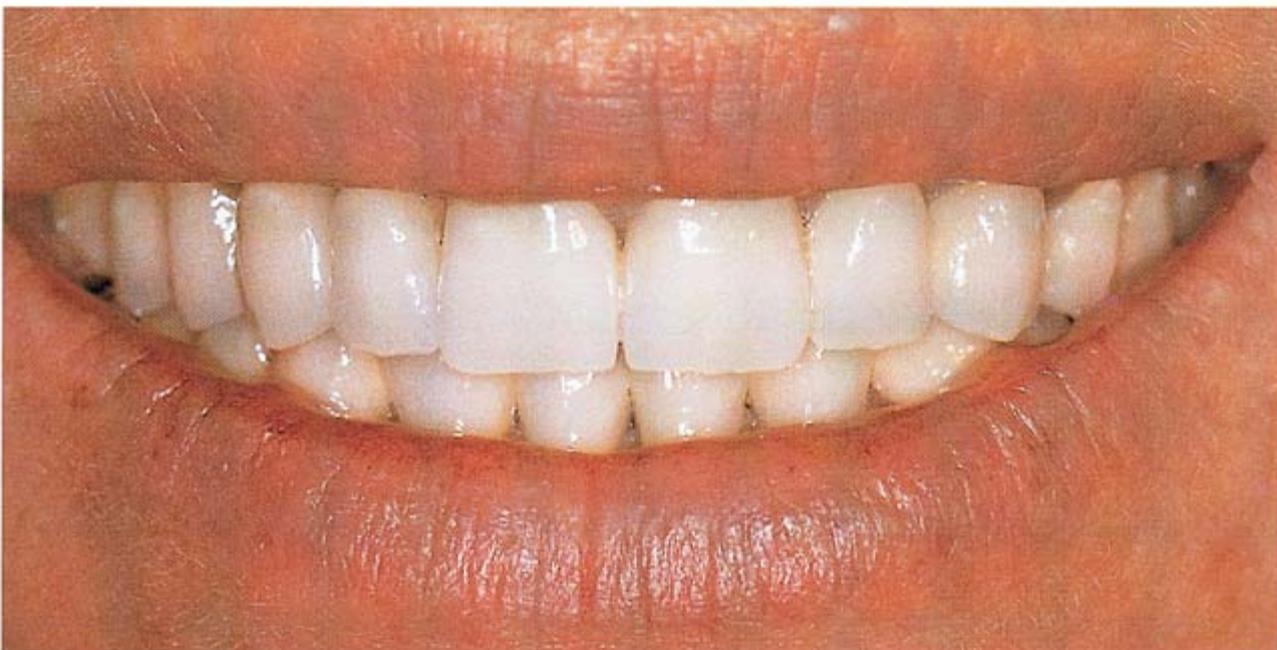


Fig. 40

Area del sorriso dopo la riabilitazione.
La proporzione degli incisivi centrali
così come degli altri elementi dentali
soddisfano il piano di trattamento
stabilito.

È stata aumentata la lunghezza
degli elementi di 1,5 mm. Per
compensare il collasso occlusale.
L'uso dell'articolatore Denar assicura
riabilitazione gnatologicamente
funzionale nel rispetto dell'armonia
estetica prefissa

con l'ausilio del correlatore e dello stampaggio degli odontotecnici L. Trebbi e R. Bonfiglioli (fig. 33).

Non ci addentriamo nei singoli passaggi ma ci soffermiamo sulla necessità di una corretta collaborazione interdisciplinare utile alla soluzione dei casi complessi. Il paziente ha bisogno di essere seguito, in particolare quando si interviene in modo così esteso su entrambe le arcate, modificando in breve tempo il suo aspetto.

Tutto il personale medico e ausiliario deve essere preparato per quei piccoli inconvenienti sempre presenti in sede provvisoria quali:

- 1) Soluzione dei problemi estetici relativi alla sostanziale modifica apportata dai primi provvisori
- 2) Fastidi legati agli interventi endodontici e parodontali
- 3) Nuove esigenze di mantenimento igienico.

Come si evidenzia dall'iconografia sono state applicate le conoscenze sin qui acquisite riguardanti il trattamento chirurgico dei tessuti gengivali sia sotto il profilo medico che tecnico (figg. 1, 24, 40). La volontà espressa dalla paziente: avere un sorriso con denti "chiari e regolari" è stata rispettata grazie anche ad una corretta architettura gengivale (figg. 34-40).

Riassunto

Gli Autori hanno riproposto il trattamento chirurgico gengivale, orientato protesicamente attraverso le indicazioni fornite dal provvisorio.

La compressione graduata sulle selle edentule è un sistema pratico e prevedibile per migliorare l'architettura gengivale in particolare nella zona del sorriso. Nei casi clinici trattati si è

evidenziata la necessità di utilizzare una forma determinata di elemento intermedio - l'ovate pontic modificato - e l'utilità nel contempo di una accurata metodica di programmazione in collaborazione con l'odontotecnico. Questo ha inoltre permesso interventi di parodontologia "guidati" in grado di soddisfare in modo preciso le necessità del paziente.

Summary

The Authors suggest a surgical treatment of the gums, guided by the indications of the provisional prosthesis. The graduated compression of the edentulous areas is a practical and reliable system for improving the gum structure, particularly in the smile area. The clinical cases treated have pointed out the necessity of employing a particular form of intermediate element - the Modified Ovale Pontic - and at the same time the usefulness of accurate treatment while collaborating with the technician. This also allowed "guided" periodontal surgical treatment able to fulfill the needs of the patient.

Bibliografia

1. The Optimist's Guide. Ed Edicart (MI) 1999.
2. Langner J. Nuove vie per la modellazione. Dental Labor, IV, 1997; 4.
3. Van Dooren E, Rutten L e P. Estetica. Let's go teamwards. 24/25-09-1999. Lugano Congr Internaz.
4. Muterthies K, Korner G. Art Oral Ed Mea (Bs) 1999.
5. Smaniotto P. Determinanti ortogonali in casi di riabilitazioni protesiche complesse. Congr di Porta Mascarella. Bologna. 13 Giugno 1998.

6. Riva G, Torquati Gritti U. Fusione di concetti protesici nelle riabilitazioni miste. Dental Labor, VI, 1999; 4.

7. Skurow HM, Nevis M.

I vantaggi di un trattamento protesico provvisorio prima di iniziare la terapia parodontale. Riv Int di Parodontologia e Odontoiatria ricostruttiva. 1988; 17.

8. Aldecoa EA. Nuove tecniche in chirurgia e protesi. Ed Puesta Al Publicaciones.

9. Tura F, Smaniotto P. Aspetti clinici e tecnici che determinano il risultato ottimale nella riabilitazione protesica in metallo ceramica. Congr Venezia 25 Marzo 1999.

10. Tura F, Smaniotto P. Tecnica e clinica della monofusione. Odontoiatria ed Amici di Brugg marzo 2000.

11. Smaniotto P, Berti CE. Aspetti che rivestono grande importanza per ottenere buoni risultati nella riabilitazione del settore frontale inferiore. il Nuovo Laboratorio Odontotecnico. 1999; 5.

12. Smaniotto P. Riabilitazione complessa in metallo-ceramica una sfida multidisciplinare. La Quintessenza Odontotecnica. 1999; 16, 4: 257,264.

13. Wirz J, Siervo S, Schmidli F. Insuccessi protesici causati da ioni metallici. Riv di Od Am di Brugg. 1998; 2.

14. Kollmannspreger P. Leghe dentali al palladio: suddivisione, composizione e proprietà. La Quintessenza Odontotecnica. 1988; 3.

15. Grounsell D. Punto di partenza per un'estetica perfetta. Dental Labor, 1998; 3.

16. Rinn LA. L'importanza della densità della struttura e del controllo della temperatura durante la cottura della ceramica. La Quintessenza Odontotecnica 1994.

17. Valeriano L. La Monofusione Tecnica Alternativa. Milano: Ed Masson 1997.
18. Rateitschak KM. Atlante di odontoiatria. Padova: Ed Piccin 1993.
19. Wolf HF et al. Parodontologia. Padova: Ed Piccin 1998.
20. Cappello C, Pace A. Anatomia per odontotecnici. Torino: Ed Minerva Medica.
21. Schweiberer L, Stulze H. Bone transplation. Arch Orthop Trauma surg 1989,109.
22. Tinti C, Parma Benfenati S, Polizzi G, Aumento verticale della cresta ossea: qual è il limite? Periodontics & Restorative dentistry 1996; 221:230.
23. Buser D, Dula K, Belser U.

- Localized ridge augmentation using guided bone regeneration. Int J Period Rest dent. 1995; 15: 11-29.
24. Richardson C, Melloning JT, Brunswolt M. Clinical evaluation of Bio-oss: A bovine derived xenograft for the tratment of periodontal defects in humans. J Clin Period in press.
25. Sclar A. Ridge preservation for optimum aesthetics and function. Dental learning System Co.
26. Setz J, Dieh J, Weber H. Adattamento gengivale di corone in galvanoceramica. Riv int di odontoiatria protesica 1989; 2.
27. Calandriello M, Carnevale G, Ricci G. Parodontologia ed Cides Odonto.



Paolo Smaniotto
Odontotecnico in
Bassano del Grappa
tel. e fax: 0424 31414
tel. isdn: 0424 392224
e-mail:
labsmaniotto@libero.it



Flavio Tura
Odontoiatra in
Bassano del Grappa
tel. 0424 522122
e-mail: tura@nsoft.it

Bernard Touati - Paul Miara - Dan Nathanson

Estetica dentale e Restauri in ceramica

Edizione italiana a cura di **Fabio Toffenetti**

Quest'opera presenta i principi di base e le fasi cliniche e di laboratorio, per dare sia all'odontoiatra sia all'odontotecnico una visione d'insieme delle opportunità e dei limiti offerti dalle **tecniche estetiche innovative**. Vengono classificati i diversi tipi di ceramiche ora in commercio, descrivendone le caratteristiche e le principali indicazioni. Un capitolo è dedicato alle **nozioni basilari sul colore** e agli effetti della **trasmissione della luce**, uno degli elementi chiave per il successo cosmetico. Ampio spazio viene riservato alle osservazioni sul **colore dei denti naturali** e alle possibili variazioni, alle metodologie di trattamento, dalle tecniche chimiche come lo **sbiancamento** o la **microabrasione**, alle **soluzioni protesiche**. Vengono trattati in modo esauriente **faccette in ceramica, corone a giacca, intarsi e onlay**, i fondamenti della **fotografia dentale**, la comunicazione delle informazioni estetiche e le varie **tecniche di laboratorio**.

✓ pagine: 344 ✓ cartonato: 21,5 x 28 cm ✓ pubblicazione: maggio 2000 ✓ cod. 2505 ✓ lire 360.000 (€ 185,92)

MASSON

MASSON SpA • Divisione libri - Via F.lli Bressan 2 - 20126 Milano - Tel. 02.27074.1
Fax 02.27074.553 - E-mail: libri.com@masson.it - Sito internet: www.masson.it

