

Nota tipo di presentazione generale dei casi da parte di chi richiede l'ammissione fra i relatori Antlo – Arco

Alla Commissione di verifica

Oggetto: Presentazione dei casi

Come richiesto dallo statuto dello statuto ANTLO – Arco è con soddisfazione e con timore che presento all'attenzione della commissione i casi in oggetto.

La scelta dei casi da presentare non è stata facile, ma alla fine ho pensato di illustrare due soluzioni che dal loro interno esprimessero la mia situazione professionale.

- **ESTETICA:** Il primo caso tratta il ripristino protesico di un'emiarcata inferiore risolta con una riabilitazione in *occlusione centrica* eseguita in metallo-ceramica. Particolare attenzione è stata posta all'estetica.

- **GNATOLOGIA:** Il secondo caso tratta la riabilitazione di due arcate in antagonismo risolto con la riabilitazione oclusale realizzata in *relazione centrica*. Questo caso riassume le mie conoscenze di gnatologia protesica, acquisite con la partecipazione a numerosi corsi.

Con il senno di poi e soprattutto rivedendo e rivalutando i casi in esame mi sono accorto che certi passaggi oggi li tratterei diversamente, ma questo è il bello della nostra professione in continua evoluzione.

Sono conscio anche del fatto che per me aver l'onore di essere da voi valutato non è un punto di arrivo ma di partenza, chi mi conosce sa che sono amante del sano confronto meglio ancora se condito da un pizzico di agonismo.

Ho cercato di illustrare i casi con la massima chiarezza, ma per ulteriori delucidazioni rimango a Vs. disposizione.

Nell'attesa del risultato vi saluto con affetto e riconoscenza per il prezioso tempo che mi dedicate.

data, *Od. Paolo Smaniotto.*

NOTA TIPO DI DESCRIZIONE DI UN CASO PRESENTATO

Presentazione del caso

Paziente femmina di circa 65 anni con necessità di ripristino parziale dell'arcata dentale inferiore da 44 a 37. L'odontoiatra dr. F. T., mi comunica che la paziente nonostante si fosse rivolta negli anni precedenti a più colleghi non era mai stata soddisfatta delle prestazioni ricevute. Il caso doveva essere affrontato con questo sfavorevole retaggio, tutti noi sappiamo quanto diffidenti siano i pazienti precedentemente insoddisfatti.

Le prime indicazioni pertanto riguardavano la necessità di avere sin dal provvisorio una riabilitazione funzionale e dall'aspetto naturale, che a differenza delle precedenti ben si integrasse con l'arcata superiore.

Considerazioni sullo sviluppo del lavoro e sui materiali

Descrizione delle sequenze operative

Per quanto concerne questi aspetti essendo sia il dr. F. T. che gli allievi di Porta Mascarella abbiamo applicato il protocollo insegnatoci dai nostri Maestri dr. G. F. Di Febo e od. R. Bonfiglioli che prevede una serie di passaggi tra essi coordinati al fine di poter trasferire tra lo studio ed il laboratorio quante più informazioni possibili.

Rimando alle dettagliate didascalie le sequenze operative utilizzate e lo sviluppo del lavoro.

Per quanto concerne i materiali utilizzati

specifico che i modelli sono stati realizzati in:

A) modello superiore gesso Extra duro di IV° Tipo.

B) modello per provvisorio tec. Zeiser in gesso Extra duro IV° Tipo

C) Modello Master come sopra

D) Articolatore a valori medi tipo AR-TEX

E) Splint Cast Magnetico e gesso Extra Duro

F) Metallo per rinforzo provv. Wironit Ex.

G) Resina per provv. Ivocron PE.

H) Metallo ceramica Option Ney

I) Ceramica Ducera-Plus

Schema oclusale e guida anteriore

Riabilitazione eseguita in occlusione centrica in quanto in arcata era presente dentatura naturale. L'occlusione centrica è una posizione dentale che in questo caso coincide con la massima intercuspida-zione.

E' stata eseguita una guida incisale e una disclusione canina con i dati forniti dal provvisorio.

Considerazioni sul caso finito

La stabilità oclusale ottenuta, così come la dinamica mi conforta di aver riabilitato la paziente in modo soddisfacente.

Particolare attenzione è stata posta al ripristino delle condizioni estetiche. Anche questo aspetto ha soddisfatto l'intero team Medico – Odontotecnico - Paziente.

Od. Paolo Smaniotto

Bassano del Grappa

Situazione iniziale. Fig. Sorriso paziente Fig. 2 Vista intra-orale dx



Fig. 3 Vista frontale

Fig. 4 Vista intra-orale sx.

Fig. 5 Arcata inferiore vista oclusale

Nota della redazione

Pubblichiamo, per ragioni di spazio, solo il primo dei due casi richiamati.

Chi presenterà la documentazione per l'ammissione avrà cura che i due casi si completino fra di loro, trattando aspetti diversi e che non siano quindi ripetitivi.



Fig. 6 La vecchia riabilitazione inferiore rimossa funge da primo provvisorio. Sulle nuove preparazioni viene fatta un impronta di precisione che in laboratorio viene sviluppata con tecnica Zeiser. Vista frontale da provvisorio rinforzato.



Fig. 7 Provvisorio rinforzato quadrante di sx. L tecnica di esecuzione è analoga ad un definitivo. Cerco di ottenere quanto più conferme possibili quali: precisione estetica e funzione.



Fig. 8 Quadrante inferiore di dx. La riabilitazione riguarda l'arcata inferiore da 37 a 44. Pertanto clinicamente è stata scelta una riabilitazione in occlusione di massima intercuspida-zione.

fig. 9 Provvisorio inferiore vista frontale. In questa fase vengono studiate le forme ed i volumi adatti a rendere la riabilitazione definitiva armonica con l'arcata superiore. Rotazione di alcuni elementi e leggere sovrapposizioni possono essere sottoposte al consenso del paziente. Senza troppi rischi...!



fig. 10 Provvisorio inferiore vista linguale. Molto importante è l'accurata rifinitura e lucidatura



fig. 12 Visione sagittale della modifica graduale della parte basale del provvisorio. Al termine otterremo una forma ad

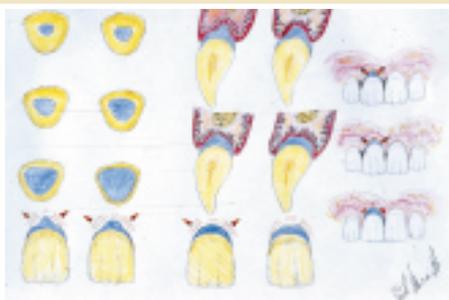


fig. 11 Lo schema rappresenta le fasi da noi utilizzate per il ripristino di riassorbimenti crestali localizzati. Clinicamente la guarigione dell'innesto di tessuto connettivo viene guidata attraverso una serie di modifiche della parte basale del provvisorio.



ovate Pontic da noi modificato con un profilo convesso a doppia circonferenza. Questo accorgimento ci permette di ottenere in alcuni casi un effetto estremamente naturale con il ripristino di: una pseudo papilla, uno pseudo solco gengivale e di un corretto profilo di emergenza. E' importante che noi odontotecnici conosciamo le potenzialità della manipolazione chirurgica della gengiva per poter fornire al clinico un dispositivo che ne possa favorire la guarigione

Ovate Pontic da noi modificato con un profilo convesso a doppia circonferenza. Questo accorgimento ci permette di ottenere in alcuni casi un effetto estremamente naturale con il ripristino di: una pseudo papilla, uno pseudo solco gengivale e di un corretto profilo di emergenza. E' importante che noi odontotecnici conosciamo le potenzialità della manipolazione chirurgica della gengiva per poter fornire al clinico un dispositivo che ne possa favorire la guarigione



fig. 13 La paziente già con il provvisorio si sente a suo agio ed è più propensa ad un sorriso naturalmente rilassato. Vista frontale.

fig. 14 Provvisorio inferiore. Vista frontale.





fig. 17 Sui modelli del provvisorio segnaleremo allo studio eventuali disparallelismi dei monconi. Particolare clinico dei monconi parallelizzati.

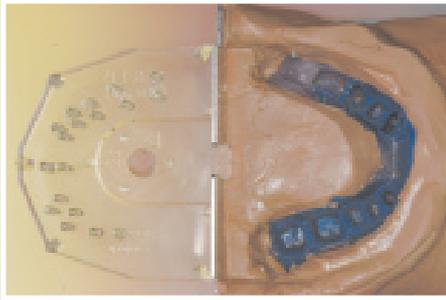


fig. 18 Impronta definitiva, preparata per essere trattata con tecnica Zeiser
fig. 19 Modello Zeiser. Vista oclusale.



figg. 21, 22 A tale scopo abbiamo la possibilità di articolare i modelli relativi di provvisorio rinforzato

fig. 20 Visto il riscontro ottenuto dal provvisorio la ceratura dovrà ripeterne le caratteristiche. La riabilitazione è stata eseguita previo montaggio con arco facciale a valori medi su articolatore Artex.

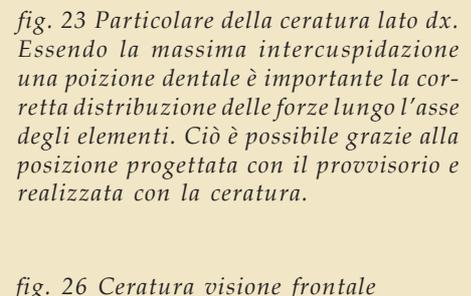


fig. 24 La rotazione assiale degli elementi superiori mi ha imposto un'attenta cinematica dei movimenti in articolatore, per ottenere la corretta stabilizzazione dell'occlusione centrica.

fig. 25 Particolare del movimento assiale degli elementi. Tale risultato sarebbe stato arbitrario se non valutato con i provvisori.

fig. 23 Particolare della ceratura lato dx. Essendo la massima intercuspидazione una poizione dentale è importante la corretta distribuzione delle forze lungo l'asse degli elementi. Ciò è possibile grazie alla posizione progettata con il provvisorio e realizzata con la ceratura.

fig. 27 Ceratura visione fronto-laterale sx. A questo punto si procede alla memorizzazione con mascherine in silicone.

fig. 28 Aiutato dalle mascherine procedo alla riduzione tridimensionale della ceratura.

fig. 26 Ceratura visione frontale



fig. 29 Trovata di sx scavata. Vista oclusale. Spazi calibrati per una corretta ceramizzazione.



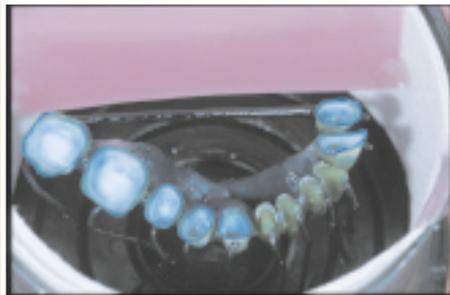
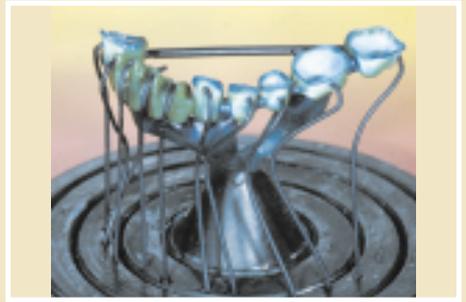


fig. 34 Dopo aver eseguito la fusione il pezzo viene stabilizzato termicamente in forno, ottenendo una omogenizzazione della struttura, liberandola da tensioni residue.



fig. 35 Fusione stabilizzata termicamente. Importante è ottenere getti privi di mattarozza, lasciando libero il metallo durante il trattamento termico di decontrarsi dolcemente

fig. 30 Imperniatura. Visione fronto-laterale sx.

fig. 31 Imperniatura. Visione linguale. La tecnica utilizzata prevede l'unione del 37 con il 44 tramite preformato in cera.

fig. 32 Struttura su base conica. In fusioni così estese è utile l'utilizzo di dissipatori termici.

fig. 33 Per ottenere un riscaldamento ed una espansione omogenea del rivestimento è sufficiente una lastrina di cera all'interno del cilindro. Otterremo così la centratura del pezzo all'interno della massa di refrattario.



Fig. 37 Fusione su Master. Visione centrale.

Fig. 38 Fusione integra su Master. Visione laterale sx.

Fig. 39 Particolare: chiusure del 44 e del 43. La fusione non è ancora stata toccata da nessuna fresa

Fig. 40 Fusione con vallo in resina, visione fronto-laterale sx

Fig. 41 Prova clinica della fusione e/o dell'impronta con tecnica Multiform.



Fig. 42 Modello di rimontaggio con fusione rifinita e sabbata. Visione di dx.

Fig. 43 Fusione rifinita. Visione frontale.

Fig. 44 Particolare del disegno della travata. I collari metallici di sostegno e dissipazione termica sono adeguati all'ampiezza della travata. Visione linguale.



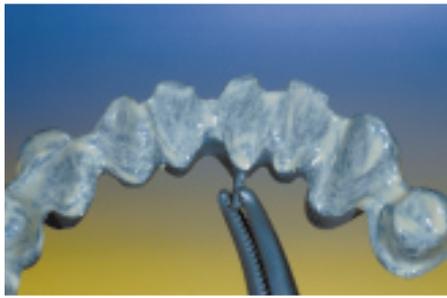


Fig. 45 Latte di opaco. Vista linguale.

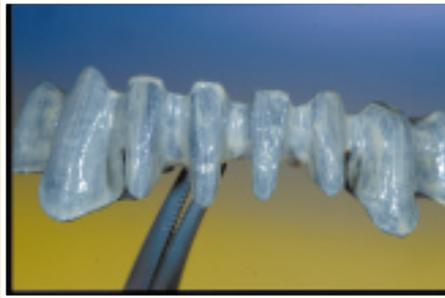


Fig. 46 Latte di opaco. Vista frontale.

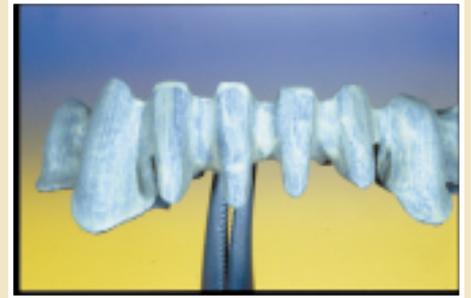


Fig. 48 Applicazione del Bonding aureo-ceramico.

Fig. 49 Bonding aureo-ceramico visione frontale. Questo è un passaggio delicato, lo strato d'apporto deve essere sottilissimo e prima della cottura deve essere ben asciugato per 25/30 minuti a 250°

Fig. 50 Bonding cotto, a mio avviso un punto di partenza ideale per una ceramizzazione priva di aloni grigiastri.

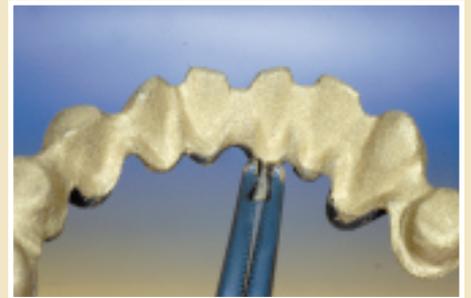
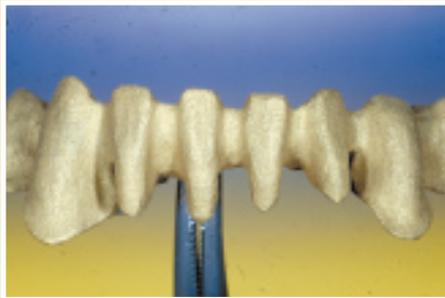


Fig. 51 Bonding visione linguale.



Fig. 52 Applicazione di un'unica mano di opaco.

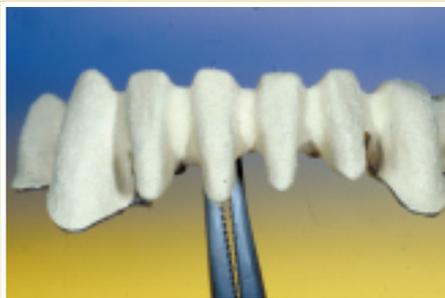


Fig. 53 Opaco cotto, la superficie granulata aumenta l'effetto di scomposizione della luce.

Fig. 54 Prima di iniziare la ceramizzazione è importante analizzare la dentatura naturale del paziente. Visione particolareggiata di 13-12-11. Le dia se possibile preferisco scattarle presso il mio laboratorio.

Fig. 55 Particolare del gruppo frontale superiore. In fotografia cerco di evidenziare tutti quei particolari che saranno utili alla ceramizzazione.

Fig. 56 Particolare fronto-laterale sx. Un cartoncino nero posto dietro agli elementi ne evidenzia le caratteristiche della struttura.



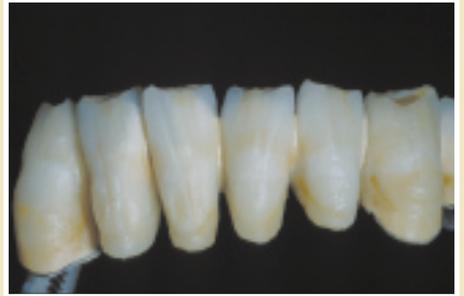


Fig. 57 Già in prima cottura cerco di collocare le masse ceramiche adatte ad ottenere l'effetto desiderato

Fig. 58 Prima cottura. Particolare da 44 a 32

Fig. 59 Prima cottura. Particolare del gruppo frontale. La forma è stata determinata dai provvisori, le colorazioni di base dalle diapo.

Fig. 60 Il preciso posizionamento delle masse non sarebbe stato possibile senza il preventivo studio ottenuto con i provvisori.



Fig. 61, 62, 63, 64 Cura dei particolari



Fig. 65 In prima cottura è opportuno controllare tutti i movimenti articolari, verificando gli spazi a disposizione per la seconda e possibilmente ultima cottura.

Fig. 66 L'apporto di materiale ceramico in seconda cottura sarà limitato ad alcuni smalti dall'effetto opalescente.



Fig. 67 Particolare della riabilitazione dopo la seconda cottura. Così come esce dal forno.

Fig. 68 Importante è ottenere una maturazione delle masse che non riduca gli effetti introdotti

Fig. 69 Il controllo della contrazione volumetrica delle masse ceramica è stata ottenuta grazie al rapporto studiato tra il volume del metallo e della porcellana. Così è possibile ritoccare minimamente il dispositivo.





Fig. 70 Verifica oclusale dopo la seconda cottura. Quadrante sinistro.



Fig. 71 Particolare del dispositivo terminato in autolucenza e personalizzato con paste diamantate, sidol e pomice. Lato destro



Fig. 72 Dispositivo terminato. Le masse interne producono gli effetti desiderati. Tutto corrisponde a quanto progettato.

Fig. 74 Vista fronto-palatale. Il metallo è stato trattato con un processo di elettrodeposizione galvanica di Au 99/99% al fine di migliorare l'effetto estetico, specialmente al livello dei microbordi vestibolari.

Fig. 73 Controllo di protrusiva e lateralità. Vista frontale.

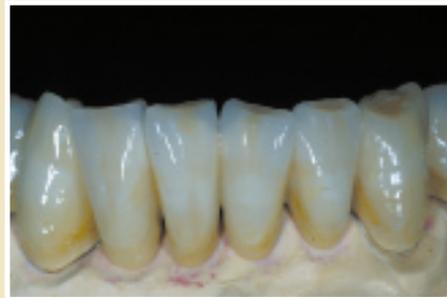


Fig. 75 La tranquillità di operare all'interno di un progetto ci permette di collocare le masse con grande precisione.



Fig. 76 La possibilità di poter disporre di molte informazioni permette di realizzare dispositivi che ben s'inseriscono nel loro ambiente.

Fig. 77, 78 Dispositivo terminato e appena cementato. L'effetto mimetico è buono, così come l'aspetto funzionale.



Fig. 80 Paziente soddisfatta.



Nota della redazione

Il caso qui presentato è stato l'argomento di un articolo pubblicato sul n° 5/1999 e raccolto in Pagine d'Album 1999 da pag. 47.

Il rimando all'articolo è utile per comprendere la sua diversità dalla presentazione con immagini; nell'articolo la presenza del testo consente di descrivere passaggi e particolari che qui sono affidati unicamente alle immagini.

Per chi volesse chiedere l'ammissione facendo riferimento ad articoli è consigliabile pensare ad una integrazione con ulteriori immagini che, su Cd, accompagnino e completino gli articoli stessi.