



Case report

La terapia combinata perio-protesica nella gestione dell'estetica del gruppo frontale

Dr. Paolo Scattarelli, Dr. Mario Gisotti, Odt. Paolo Smaniotto



Dr. Paolo Scattarelli
Libero Professionista
Via Luigi Settembrini, 21
70032 Bitonto (BA)
smileclinicsrl@gmail.com
www.studiopaoloscattarelli.it



Dr. Mario Gisotti
Libero Professionista
Via Ricciotto Canudo 129
70023 Gioia del Colle (BA)
mariogisotti@hotmail.com



Odt. Paolo Smaniotto
Titolare Laboratorio Smaniotto Bassano
Docente Università vita Salute San Raffaele Milano
Via IV Armata, 44 • 36061 Bassano del Grappa (VI)
info@labsmaniotto.com • www.labsmaniotto.com



Figg. da 1 a 4
Situazione iniziale

Introduzione

La gestione protesica del settore frontale prevede un piano terapeutico definito che ottemperi ad esigenze biologiche, funzionali ed estetiche. Le analisi dentale e dento-gengivale permettono di valutare le corrette proporzioni tra lunghezza e larghezza degli incisivi centrali superiori e di conseguenza dei laterali e canini. La simmetria radiante e un andamento incisale gradevole possono essere alterati dall'agenesia di uno o più elementi dentari e da un'eccessiva esposizione della componente gengivale

(gummy smile). Tutti questi parametri alterati possono alterare l'estetica del sorriso nel contesto di una valutazione dento-facciale.

Una terapia combinata parodontale e protesica con approccio mini-invasivo permette di agire su forma e posizione degli elementi coinvolti e ristabilire il giusto rapporto tra denti e gengive.

Nel caso in esame abbiamo associato una terapia chirurgica parodontale, tesa a correggere un'eruzione passiva alterata e la realizzazione di faccette per ristabilire le corrette forme dentali nel settore frontale superiore. Il progetto digitale asso-

ciato a tecniche minimamente invasive ha permesso di ottemperare agli obiettivi del trattamento.

Presentazione del caso

La paziente di anni 28, si è presentata alla nostra osservazione con agenesia monolaterale dell'incisivo laterale superiore, trasposizione del canino e una corona provvisoria fratturata sull'elemento deciduo 64, ancora presente in arcata e il desiderio di migliorare l'estetica del suo sorriso (Figg. da 1 a 4).

All'anamnesi prossima e remota non si riscontravano progressi interven-



Figg. 5 e 6 Preparazione protesica dell'elemento deciduo 64



Figg. da 7 a 9 Il profilo iniziale, la simmetria radiante e le proporzioni dentali apparivano alterate

ti sugli elementi dentali nel settore anteriore, se non la preparazione protesica dell'elemento deciduo 64 seguita dall'applicazione di un provvisorio in resina esteticamente e fun-

zionalmente inadeguato (Figg. 5 e 6). Il profilo iniziale, la simmetria radiante e le proporzioni dentali apparivano alterate (Figg. da 7 a 9). In questi casi il primo step è quello di recuperare

dati radiografici e fotografici per poter realizzare una diagnosi accurata e proporre un piano di trattamento che soddisfi esigenze biologiche, funzionali ed estetiche.



Fig. 10 Cartella parodontale, associata ad esame radiografico



Fig. 11 Digital Smile Design



Fig. 12 Incisione paramarginale a busta estesa da 15 a 25

Alla compilazione di una cartella parodontale (Fig. 10), associata ad esame radiografico endorale del sestante 2 si diagnosticava un'eruzione passiva alterata categoria 1 sottotipo B, caratterizzata dalla cresta ossea che si approssima alla giunzione smalto-cemento, riducendo il tessuto sovracrestale.

Il Digital Smile Design (Fig. 11) ha confermato la necessità di eseguire una chirurgia resettiva da 13 a 64 per ristabilire la naturale lunghezza della corona clinica degli elementi

dentari associata alla realizzazione di due faccette sugli elementi 12, 23 e 64 per ristabilire corrette proporzioni dentali e armonia al sorriso.

Fase chirurgica

Dopo la sostituzione della corona provvisoria sull'elemento deciduo, la paziente è stata sottoposta ad intervento chirurgico di osseo-resettiva per ricreare il corretto rapporto tra cresta ossea e giunzione amelo-cementizia. Il disegno del lembo ha

previsto un'incisione paramarginale (Fig. 12) a busta estesa da 15 a 25 con osteotomia e osteoplastica in corrispondenza degli elementi dentari del sestante 2 (Figg. 13 e 14), fino a garantire un'anatomia ossea parallela all'andamento della giunzione amelo cementizia e a 3 mm da essa (Fig. 15). La rimozione punti è avvenuta a 14 giorni (Fig. 16) e la paziente è stata monitorata per i 9 mesi a seguire (Fig. 17).



Figg. 13 e 14 Osteotomia e osteoplastica in corrispondenza degli elementi dentari del sestante 2



Fig. 15 Anatomia ossea parallela all'andamento della giunzione amelo cementizia e a 3 mm da essa

Fig. 16 Rimozione punti



Fig. 17 Paziente monitorata per 9 mesi



Fig. 18 e 19 Elementi dentari 1.2 e 2.3 sono stati preparati



Figg. da 20 a 22 Manufatti protesici realizzati in disilicato di litio pressato e stratificato

Fase protesica

A maturazione dei tessuti completata è stata eseguita la ceratura diagnostica del caso per definire forme e volumi degli elementi dentari protesici in funzione dei nuovi rapporti dentali a seguito della chirurgia resettiva. Obiettivo del trattamento protesico era quello di dare armonia e simmetria radiante al sorriso; a tal fine il canino nel settore 2 è stato trasformato in incisivo laterale e il

dente deciduo ha assunto le sembianze di un canino. Dalla ceratura è scaturita una mascherina in silicone, frutto della duplicazione della ceratura, che servisse da guida nella preparazione dentale e nella realizzazione di un provvisorio diretto (Fig. 18). Gli elementi dentari 1.2 e 2.3 sono stati preparati in maniera selettiva (Fig. 19), rimuovendo 0.8 mm di smalto sulla superficie vestibolare al fine di garantire adeguati spessori delle faccette realizzate

in disilicato di litio stratificato. L'elemento 6.4 è stato preparato per ricevere una corona protesica perché già precedentemente ridotto a moncone.

Rilevata l'impronta in polietere si è stampato il provvisorio in resina, rifinito e lucidato alla poltrona. I manufatti protesici per i tre elementi sono stati realizzati in disilicato di litio pressato e stratificato (Figg. da 20 a 22).

Fig. 23 Mordenzatura con acido fluoridrico al 9% applicato per 45 secondi, poi risciacquato con acqua corrente e vibrato per 3 min in bagno ultrasuoni con alcool etilico



Figg. da 24 a 28 Piena integrazione biologica funzionale ed estetica dei manufatti protesici

Dopo la prova in situ mediante paste try-in, simulanti il colore finale del cemento resinoso post cementazione, i manufatti sono stati pretrattati con acido fluoridrico al 9% applicato per 45 secondi, poi risciacquato con acqua corrente e vibrato per 3 min. in bagno ultrasuoni con alcool etilico (Fig. 23).

Le preparazioni dentali sono state pulite e deterse con gommini diamantati e polveri di eritritolo a 1 atm. La superficie dentaria è stata mordenzata con tecnica "etch and rinse" e bondizzata con adesivo. La fotopolimerizzazione è avvenuta dopo applicazione di cemento resinoso fotoattivabile.

Al controllo a 6 mesi e ad 1 anno si manifestava la piena integrazione biologica funzionale ed estetica dei manufatti protesici (Figg. da 24 a 28).



Figg. da 29 a 31 Il profilo incisale convesso e la simmetria radiante del sorriso implicavano un cambiamento di forma del 12 e del 23 tramite l'ausilio di faccette in ceramica

Discussione

L'agenesia di uno o più elementi dentari è la più frequente anomalia di numero nella dentizione decidua e permanente e provoca un'alterazione estetica, funzionale e psicologica nel paziente. Robertsson et al. (2000) affermano che la sostituzione del canino è un approccio indicato per pazienti che presentano le seguenti caratteristiche: seconda classe di Angle senza affollamento

nell'arcata inferiore; prima classe di Angle con grave affollamento; protrusione che comporta estrazioni nell'arcata inferiore; presenza di elementi dentari con una corretta inclinazione dei denti anteriori e un'assenza di spazi; denti anteriori superiori gravemente protrusi in cui l'apertura ortodontica dello spazio peggiorerebbe la situazione; canini molto vicini agli incisivi [1,2]. La previsualizzazione digitale, mediante ausili fotografici, permette di inqua-

drare con proporzioni reali le corrette forme dentali e impostare un piano di trattamento condiviso. Nel caso specifico il Digital Smile Design ci ha dato la possibilità di comunicare alla paziente la necessità di correggere l'eruzione passiva alterata e la forma degli elementi 12 e 23 per ridare armonia al sorriso. Il progetto digitale ha dato visione ai clinici e all'odontotecnico dell'obiettivo terapeutico.



Figg. 32 e 33 Un trattamento minimamente invasivo, tramite una preparazione calibrata, associato a materiali altamente estetici anche in spessori di 0,8 mm come il disilicato di litio pressato è il trattamento di elezione in caso di questo tipo

A tal fine la chirurgia osseo resettiva aveva lo scopo biologico di ristabilire i corretti rapporti dei compartimenti gengivali senza alterare il biotipo del paziente. Le corrette proporzioni di un incisivo centrale superiore in un soggetto femminile prevede una lunghezza da 10,4 mm a 11,2 e una larghezza da 8,3 mm a 9,3 per una proporzione dal 75-80%

di questi valori. Con l'intervento chirurgico abbiamo riproporzionato i due incisivi centrali, ristabilendo i corretti rapporti dentali. Il profilo incisale convesso e la simmetria radiante del sorriso implicavano un cambiamento di forma del 12 e del 23 tramite l'ausilio di faccette in ceramica (Figg. da 29 a 31).

Un trattamento minimamente invasivo, tramite una preparazione calibrata, associato a materiali altamente estetici anche in spessori di 0,8 mm come il disilicato di litio pressato è il trattamento di elezione in caso di questo tipo (Figg. 32 e 38).



Figg. da 34 a 38 Risultato finale

Conclusioni

L'ausilio di strumenti digitali permette un approccio condiviso e chiaro del piano di trattamento.

Le tecniche chirurgiche e protesiche minimamente invasive consentono di ottenere un'estetica soddisfacente con il minor sacrificio biologico.



È disponibile il libro
di Odt. Paolo Smaniotto
in formato digitale
www.teamwork-media.com