

La riabilitazione estetico funzionale, dal mock-up ai restauri definitivi

I casi di riabilitazione estetico-funzionale, richiedono un'accurata programmazione e l'utilizzo di materiali affidabili che riproducono con alta precisione i dettagli permettendo un'efficace comunicazione clinico-tecnico quindi il successo della riabilitazione.

Rilevazione delle problematiche del paziente

Il paziente, maschio 62 aa, avente un buono stato di salute generale, presenta dentatura abrasa (worn dentition) causata da fenomeni di attrito ed erosione, precedenti restauri incongrui, numerose lesioni cervicali non cariose (Non-Carious Cervical Lesions, NCCL), presenta inoltre disordini temporomandibolari (TMD) con dolore miofasciale e limitazione in apertura (fig. 1). Una volta risolta la sintomatologia e le limitazioni articolari viene programmata una riabilitazione minimamente invasiva, mediante restauri completi e parziali adesivi, finalizzata a ripristinare la corretta dimensione verticale ed estetica. Fotografie extra ed intraorali, impronte in silicone, arco facciale, analisi estetica ed entità del rialzo della dimensione verticale vengono inviati all'odontotecnico per la realizzazione di una ceratura diagnostica (fig. 2).

Pianificazione chiara e dettagliata del progetto di cura

È di fondamentale importanza inviare dei records accurati, precisi, in modo da poter permettere all'odontotecnico di apprezzare sia i dettagli dei tessuti dentali che gengivali e di trovare riscontro tra la documentazione fotografica e i modelli in gesso. Questo consente al tecnico di poter lavorare nel migliore dei modi, di potersi confrontare con il clinico in modo proficuo, ottenendo risultati brillanti fin dai primi step della riabilitazione, con gratificazione del clinico e soddisfazione del paziente.

Viene quindi "stampato" nel cavo orale del paziente il mock-up mediante una resina bis-acrilica avente una particolare resistenza all'abrasione ed adeguate caratteristiche estetiche (Visalys Temp), non solo con lo scopo di valutare la nuova estetica del sorriso, ma anche la funzione delle arcate dentarie. Il mock-up viene ulteriormente personalizzato, in sottrazione, mediante l'uso di frese diamantate e, in addizione, attraverso l'apposizione di resine composite fotopolimerizzabili (fig. 3). Viene eseguito un nuovo set fotografico ed effettuata una nuova analisi estetica (macro, mini e micro estetica) che viene condivisa

con l'odontotecnico ed il paziente stesso. Il paziente "indossa" il mock-up per un periodo di circa 30 giorni, durante i quali ha la possibilità di apprezzare la nuova morfologia dentale e "mettere alla prova" la funzione del progetto, dando al clinico un importante feedback, durante una fase ancora totalmente reversibile e modificabile.

Esecuzione delle terapie

Una volta approvato il progetto vengono eseguite le terapie conservative necessarie, gli elementi posteriori mancanti vengono ripristinati attraverso l'inserimento di impianti. Alcuni elementi delle arcate dentarie vengono preparati in modo completo, altri in modo parziale a seconda della struttura dentale e quantità di smalto residue. Le impronte vengono rilevate mediante l'utilizzo di siliconi Panasil Putty Soft e Panasil initial contact X-light (fig. 4). I rapporti occlusali e arco facciale attraverso un elastomero Futar D, questo materiale grazie alle sue proprietà fisiche rappresenta il materiale ideale per trasferire questo tipo informazioni al laboratorio. Il tempo di polimerizzazione e la durezza raggiunti da questo elastomero rendono il materiale estremamente preciso e di facile utilizzo da parte del clinico (fig. 5 and 6).

I restauri definitivi, in silicato di litio stratificato nella superficie vestibolare, vengono provati con delle paste prova a base di glicerina colorata idrosolubile (Try In Paste) per valutare l'influenza del croma del cemento nella resa del colore dei restauri in ceramica, successivamente i manufatti protesici vengono cementati (fig. 7). La consegna dei restauri definitivi è semplicemente l'ultimo step del processo riabilitativo che inizia con la prima visita e la diagnosi, durante ognuno dei passaggi intermedi, è cruciale il rispetto di protocolli operativi che consente di ottenere i risultati pianificati (fig. 8,9,10,11).

www.elioboschetti.com | www.qeocorsi.it





Fig. 1: Occlusione prima del trattamento, vista frontale



Fig. 2: Wax-up



Fig. 3: Mock-up

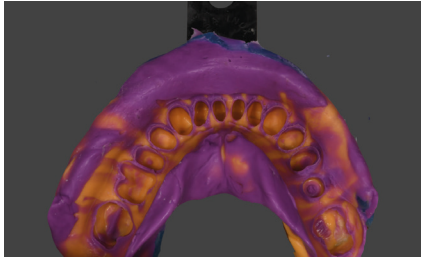


Fig. 4: Impronta di precision con Panasil® Putty Soft e Panasil® initial contact X-Light



Fig. 5: Registrazione oclusale con Futar® D

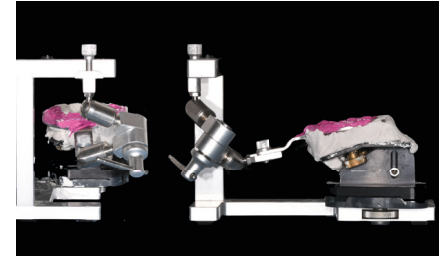


Fig. 6: Tavolo di trasferimento dell'arco facciale con Futar® D



Fig. 7: Corone e faccette in silicato di litio



Fig. 8: Occlusione prima e dopo il trattamento, vista frontale



Fig. 9: Occlusione prima e dopo il trattamento, vista laterale



Fig. 10: Superficie oclusale, prima e dopo il trattamento



Fig. 11: Sorriso prima e dopo il trattamento, vista frontale



DR. ELIO BOSCHETTI

- Laurea con lode e menzione speciale presso Università degli Studi di Cagliari
- Master in Clinical Dentistry Orthodontics (United Campus of Malta HEI Foundation)
- Socio effettivo Amici di Brugg
- Specialista in Ortognatodonzia
- Membro certificato ESCD (European Society of Cosmetic Dentistry)
- 2014 Researcher, Faculty of Dentistry, McGill University, Montreal, Canada
- 2015–18 Tutor Clinico, C.so di Laurea in Odontoiatria e P.D., Università di Cagliari.
- 2018–20 Docente, Corso di Perfezionamento in Restaurativa, Università di Foggia
- 2019/22 Istruttore, corsi Restauri Diretti e Indiretti Q&O, Dr Luca Tacchini.
- Dedicò la propria attività clinica alla Restaurativa ed Ortodonzia
- Libero professionista in Vicenza, Brescia e Firenze
- Relatore di corsi e conferenze in Italia e all'estero