Trattamento protesico parodontale implantare: il raggiungimento dell'armonia

Dott. Marco De Lorenzo, Dott.ssa Luisa Veronese e Davide Bigerna

Fig. 1 Foto frontale, prima del trattamento, del sorriso della paziente: si nota il "gummy smile", le dimensioni non corrette degli incisivi laterali e dei canini superiori e del conseguente sorriso non armonico

Fig. 2 Foto intraorale frontale: manca la guida anteriore; tendenza a morso aperto per spinta anteriore della lingua

Fig. 3 Visione occlusale superiore: la protesi attuale è costituita da due ponti tra gli incisivi laterali con corona metalloceramica e i primi premolari sui quali c'è un intarsio. Gli incisivi laterali hanno dimensioni eccessive anche vestibolo-palatali

Paziente di sesso femminile di 34 anni. Si è presentata con l'obiettivo di migliorare l'estetica rifacendo i ponti anteriori superiori. La paziente presenta infatti una agenesia degli incisivi laterali superiori con una trasposizione dei canini al posto degli incisivi laterali. Gli elementi mancanti sono stati sostituiti realizzando due ponti in lega ceramica costituiti da una corona sugli incisivi laterali, un elemento sui canini ed un intarsio in lega mesiale ai primi premolari.

Il risultato estetico è una disarmonia nel sorriso dovuta ad una non corretta proporzione della composizione dentale anteriore con incisivi centrali piccoli e quadrati, incisivi laterali grandi e non conformati correttamente, canini troppo sporgenti. L'andamento della cresta incisale è rettilineo e manca la simmetria radiante. I premolari non sono visibili perché coperti dai canini che sono troppo sporgenti. La forma dentale, il colore e la tessitura dei denti non sono corretti. L'estetica rosa è inficiata da una

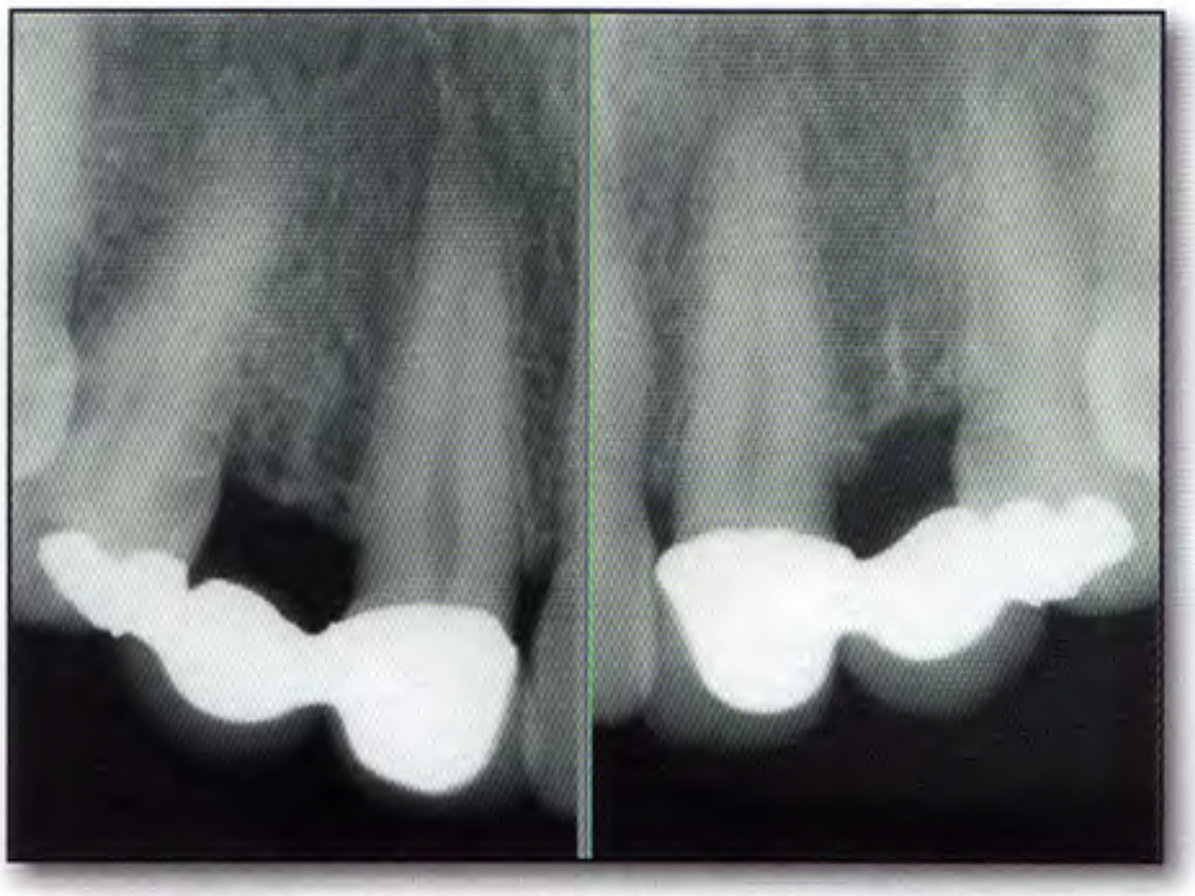


Fig. 4 Radiografie prima del trattamento: gli incisivi laterali sono i suoi canini mesializzati

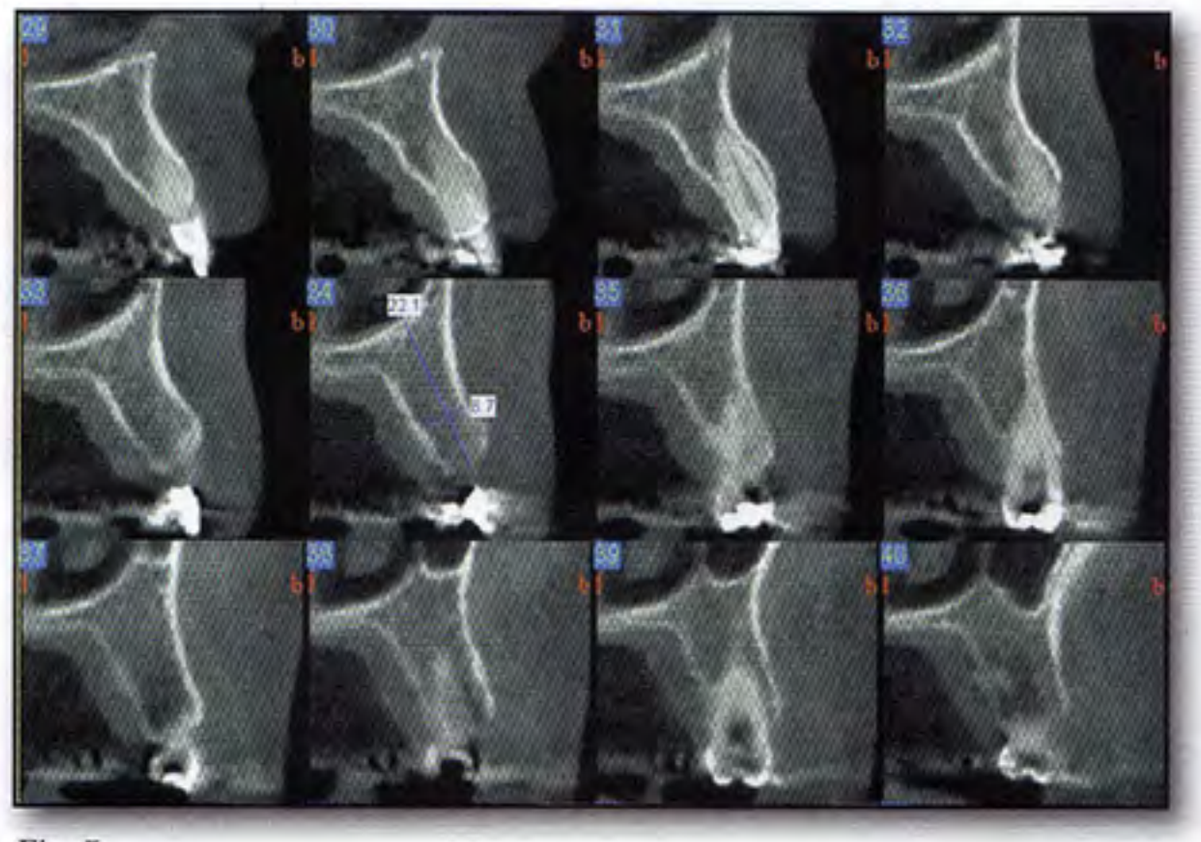


Fig. 5

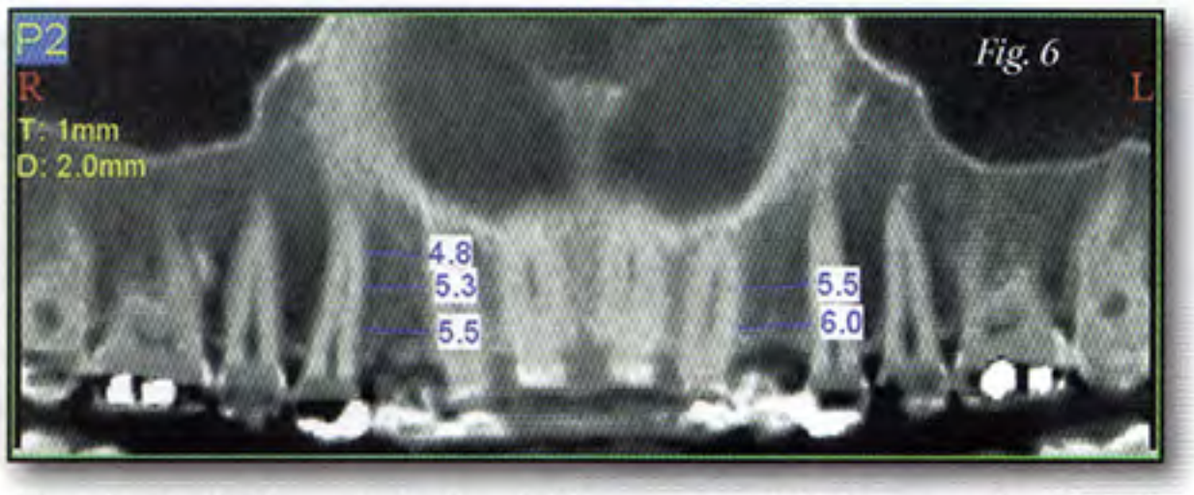


Fig. 6

Figg. da 5 a 7 Ricostruzioni assiali e panorex della Tomografia digitale volumetrica con riportate le misure indicative tra i denti e lo spessore di osso disponibile

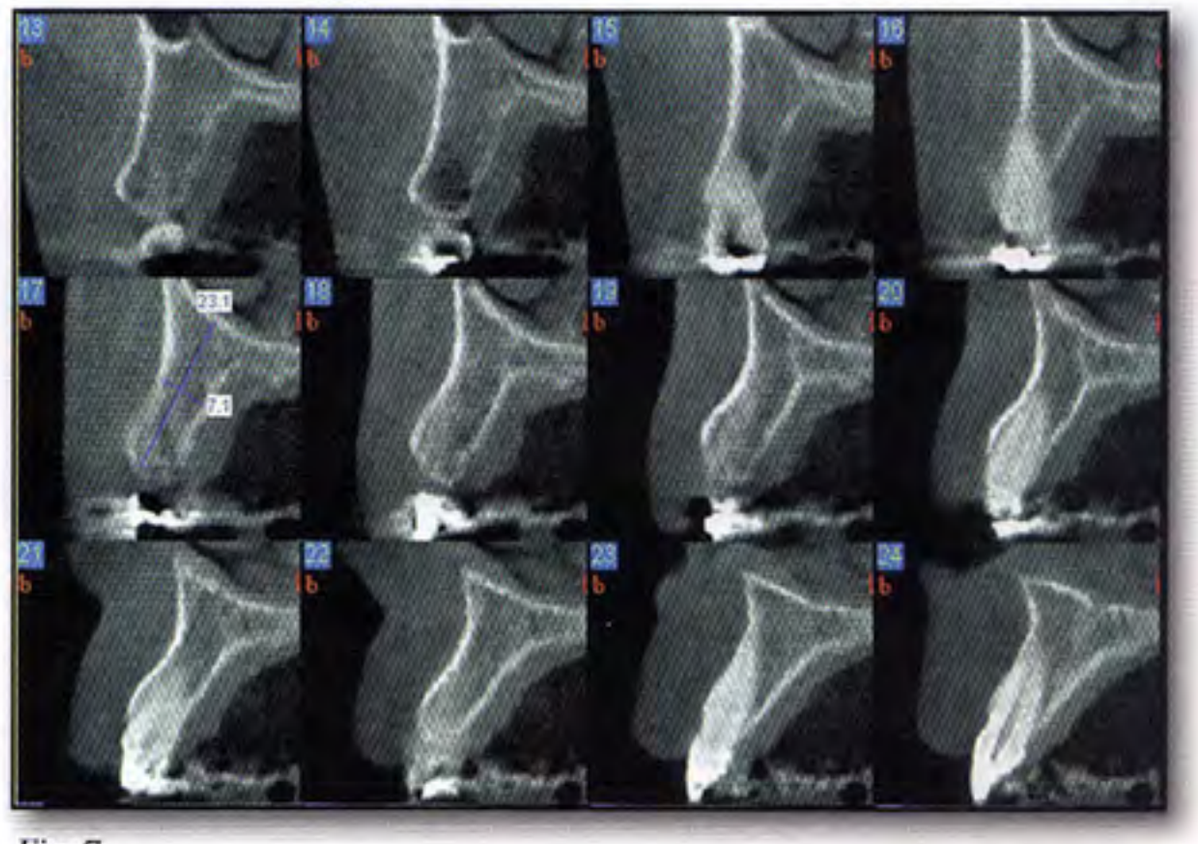


Fig. 7

esposizione eccessiva durante il sorriso e non c'è un equilibrio tra la componente gengivale e la parte bianca del sorriso. I materiali utilizzati non consentono di dare al dente quella corretta naturalezza necessaria per ottenere un'estetica ottimale. (Figg. da 1 a 3) L'esame occlusale evidenzia una mancanza della guida incisiva e canina con disclusione a livello dei quarti superiori. La paziente trova questa situazione occlusale molto confortevole ed in effetti non è presente alcuna sintomatologia eventualmente connessa all'occlusione. La mandibola è facilmente manipolabile in RC e la discrepanza tra RC e massima intercuspidazione è nella norma. Dall'esame radiografico (Figg. da 4 a 7) si rileva la presenza di denti vitali, i canini sono caratterizzati da radici ben conformate e lo spazio interradicolare tra canino e primo premolare è ridotto in particolare sul lato di destra a livello apicale. Misurando lo spazio interradicolare a livello gengivale, si rileva che è sufficiente per avere almeno 1,5 mm di distanza tra un eventuale impianto in sede dei canini e i denti adiacenti. Secondo gli attuali orientamenti, tale spazio è corretto per aspettarsi l'integrità dei livelli ossei tra impianto e dente con il conseguente mantenimento delle papille interprossimali.

La paziente ha escluso la possibilità di intervenire ortodonticamente per correggere la situazione occlusale e ci ha chiesto un intervento esclusivamente protesico-parodontale-implantare. Tali considerazioni ci portano a stilare il seguente piano di trattamento: rimozione dei ponti in lega-porcellana e risoluzione mediante intarsi in empress estetic sui premolari, inserimento di impianti 3i standard a livello dei canini e realizzazione di corone in ceramica integrale e-max su abutments in zirconio; corone in ceramica integrale e-max a livello degli incisivi laterali, faccette in ceramica feldspatica sui centrali per ridurre al minimo la preparazione rimanendo in smalto. L'obiettivo è di ottenere un migliore equilibrio della composizione dentale anteriore cercando di minimizzare la sproporzione degli incisivi laterali che, avendo come radici quelle dei canini, hanno dei profili di emergenza sfavorevoli. A partire da queste informazioni, abbiamo eseguito una ceratura dei denti, il gruppo frontale superiore da canino a canino. Quindi sono stati realizzati i provvisori costituiti da due ponti in resina e struttura metallica con corona sui laterali, elemento di ponte sui canini ed una aletta per appoggiarsi mesialmente ai quarti sulla nicchia dell'intarsio. Per valutare l'aspetto esteti-

Figg. 8 e 9 Provvisori eseguiti da ceratura di studio con mock up sugli incisivi centrali. Notare la comparsa dell'effetto "ad ali di gabbiano"

Fig. 10 Provvisori singoli sui canini avvitati agli impianti

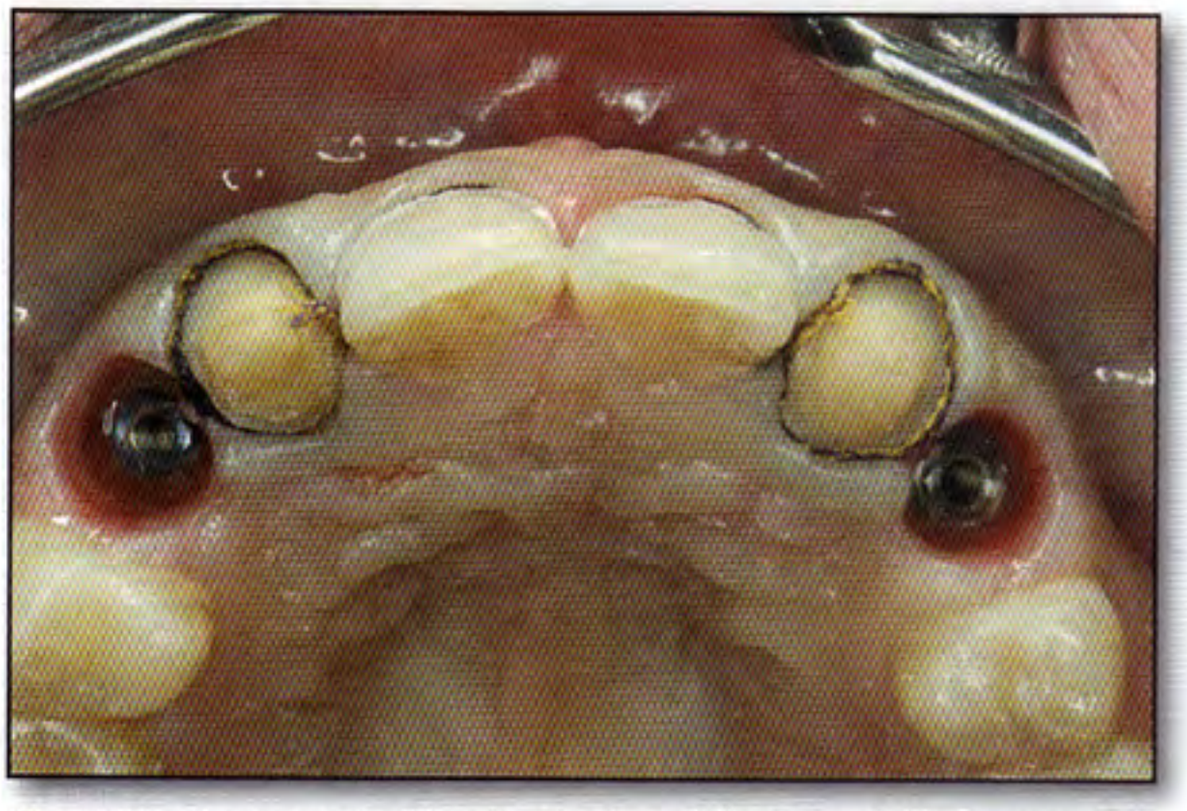
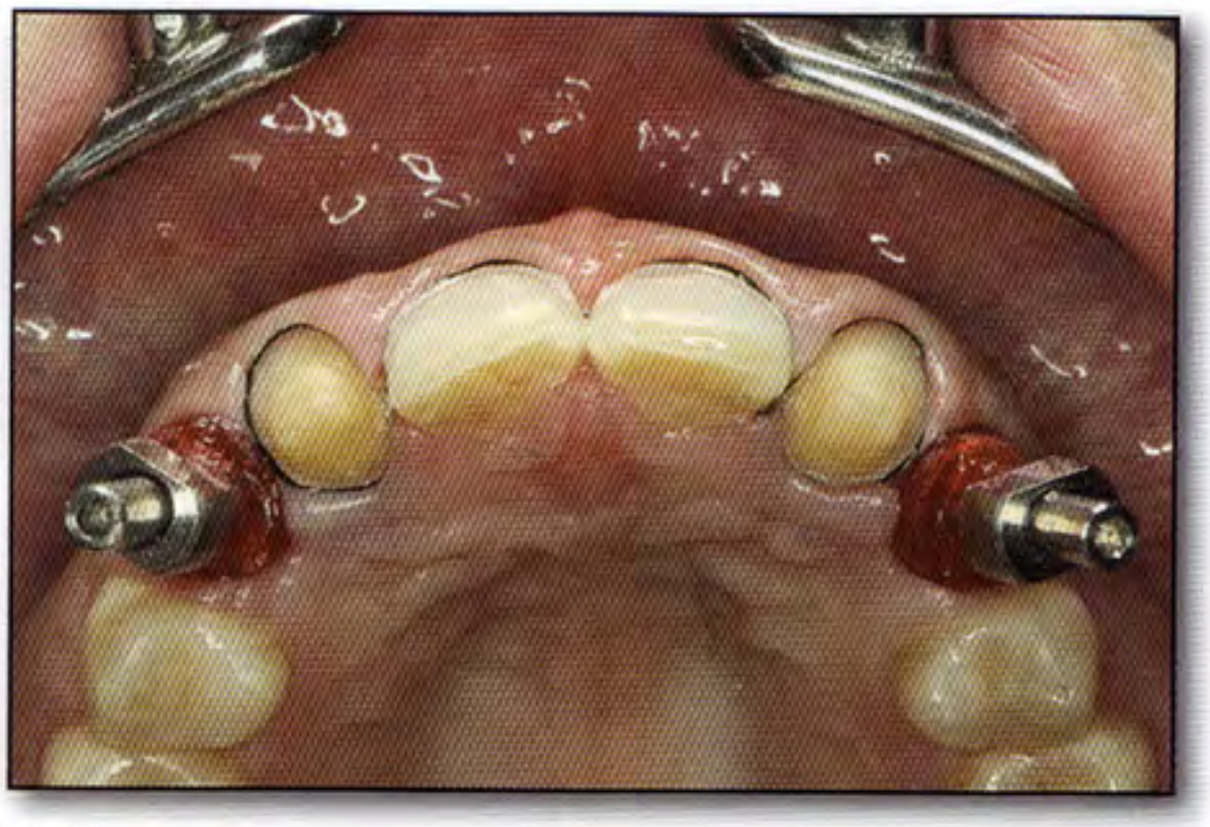


Fig. 11 Denti preparati ed impianti prima della presa dell'impronta definitiva. I premolari sono già stati ricostruiti mediante intarsi in empress esthetic

Fig. 12 Particolare per la realizzazione dei transfert di impronta individuali che riproducano perfettamente i profili di emergenza dei provvisori sugli impianti



Figg. 13 e 14 Transfert individuali inseriti prima della presa dell'impronta definitiva

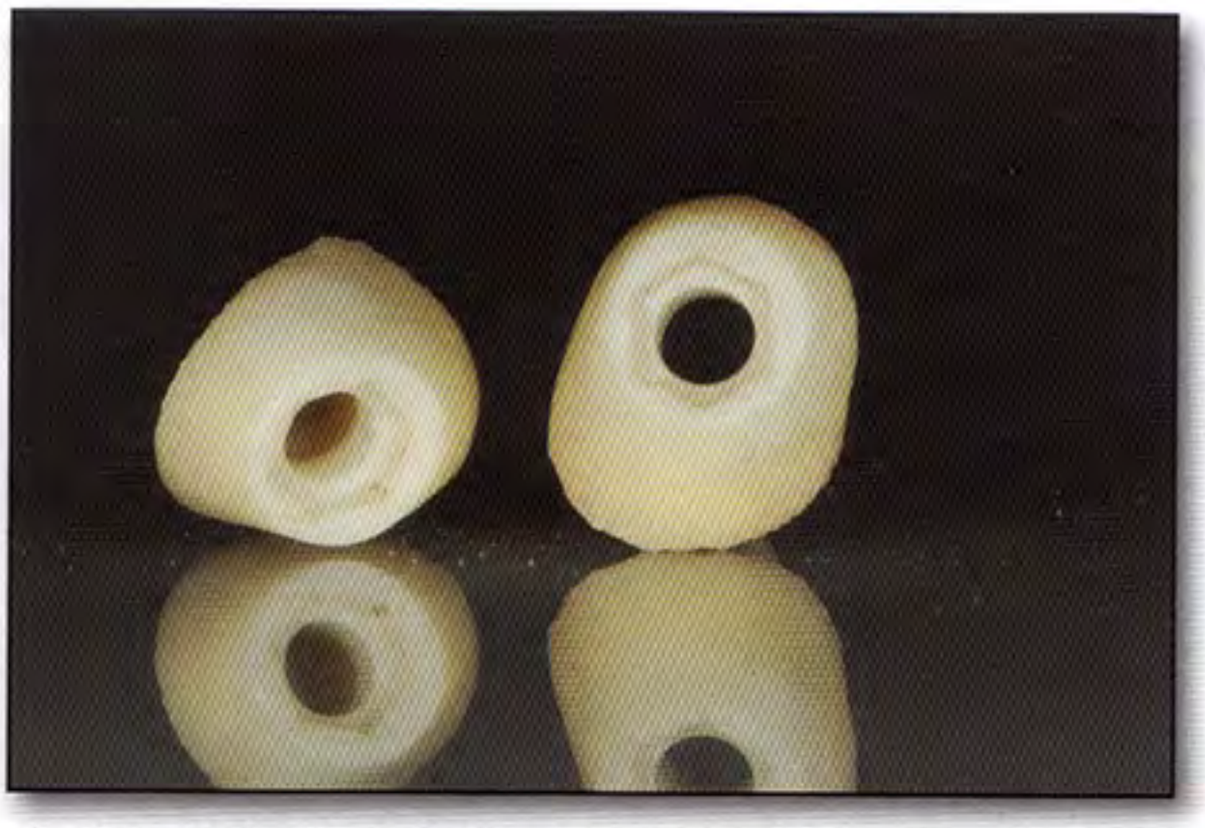


Fig. 15 Particolare degli abutments in zirconio che riproducono il profilo di emergenza dei provvisori

Fig. 16 Abutment in zirconio sul 13 con sistema zirconzahn con corona in e-max, corona in e-max sul 12, faccetta in ceramica feldspatica sull'11

co complessivo, contestualmente all'inserimento dei provvisori in bocca, è stato eseguito un mock-up degli incisivi centrali con un aumento delle dimensioni e dei volumi degli stessi ottenendo l'effetto "ad ali di gabbiano". La composizione dentale così ottenuta è stata ulteriormente affinata con ritocchi direttamente in bocca per migliorarne l'equilibrio (tali ritocchi hanno tra l'altro portato all'esposizione di una porzione dell'armatura del provvisorio) (Figg. 8 e 9). Gli impianti in sede 13 e 23 sono stati posizionati spazialmente nel modo corretto. Alla connessione abbiamo realizzato dei provvisori singoli in resina avvitati agli impianti con i quali sono stati sostenuti opportunamente i tessuti molli periimplantari per permettere la maturazione con una corretta conformazione delle parabole (Fig. 10). E' stato anche effettuato un rimodellamento delle parabole dei centrali.

Alla presa delle impronte (Fig. 11) sono stati realizzati dei copings individuali per replicare perfettamente con il definitivo i profili di emergenza dei provvisori (Figg. da 12 a 14). Questo ci ha permesso di realizzare correttamente gli abutments in zirconio (Figg. 15 e 16). La situazione dei monconi il giorno dell'impronta era la seguente: la preparazione dei centrali è al 90% in smalto. I canini si presentano scuri con croma ben saturato a differenza dei centrali che hanno valore alto. Abbiamo optato per due faccette in ceramica feldspatica sui centrali; corone in e-max per gli incisivi laterali, per coprire il valore basso dei monconi e dare una certa brillantezza ai laterali; corone in e-max su abutments in zirconio sui canini.

La prova biscotto ci ha dato subito un'impressione di naturalezza (Figg. da 17 a 19). Tuttavia sono sempre necessari degli aggiustamenti (Fig. 20). La precisione degli elementi protesici risulta soddisfacente (Figg. 21 e 22). La visione generale tra preparazioni e profilo dell'abutment in zirconio è armonica (Fig. 23).

Il risultato finale è una buona armonia della composizione dentale anteriore, un miglior rapporto tra componente rosa e bianca durante il sorriso e Barbara è molto contenta (Figg. da 24 a 28).

Figg. da 17 a 19 Prova delle faccette e delle corone in bocca con pasta try-in. A riposo (17), e sorriso della paziente (18 e 19)

Figg. da 20 a 22 Fasi di laboratorio

Fig. 23 Abutments inseriti in bocca

Fig. 24 Filo di deflessione per preparare la cementazione delle faccette sugli incisivi centrali

Fig. 25 Particolare dei tessuti e dei denti prima della cementazione

Fig. 26 Mordenzatura degli incisivi centrali: la preparazione del dente è rimasta praticamente tutta in smalto

Fig. 27. Composizione dentale anteriore da canino a canino a lavoro finito

Fig. 28 Visione occlusale

Figg. da 29 a 31 Particolari anteriori del lavoro finale

Fig. 33 Sorriso finale della paziente con una buona armonia della composizione dentale anteriore

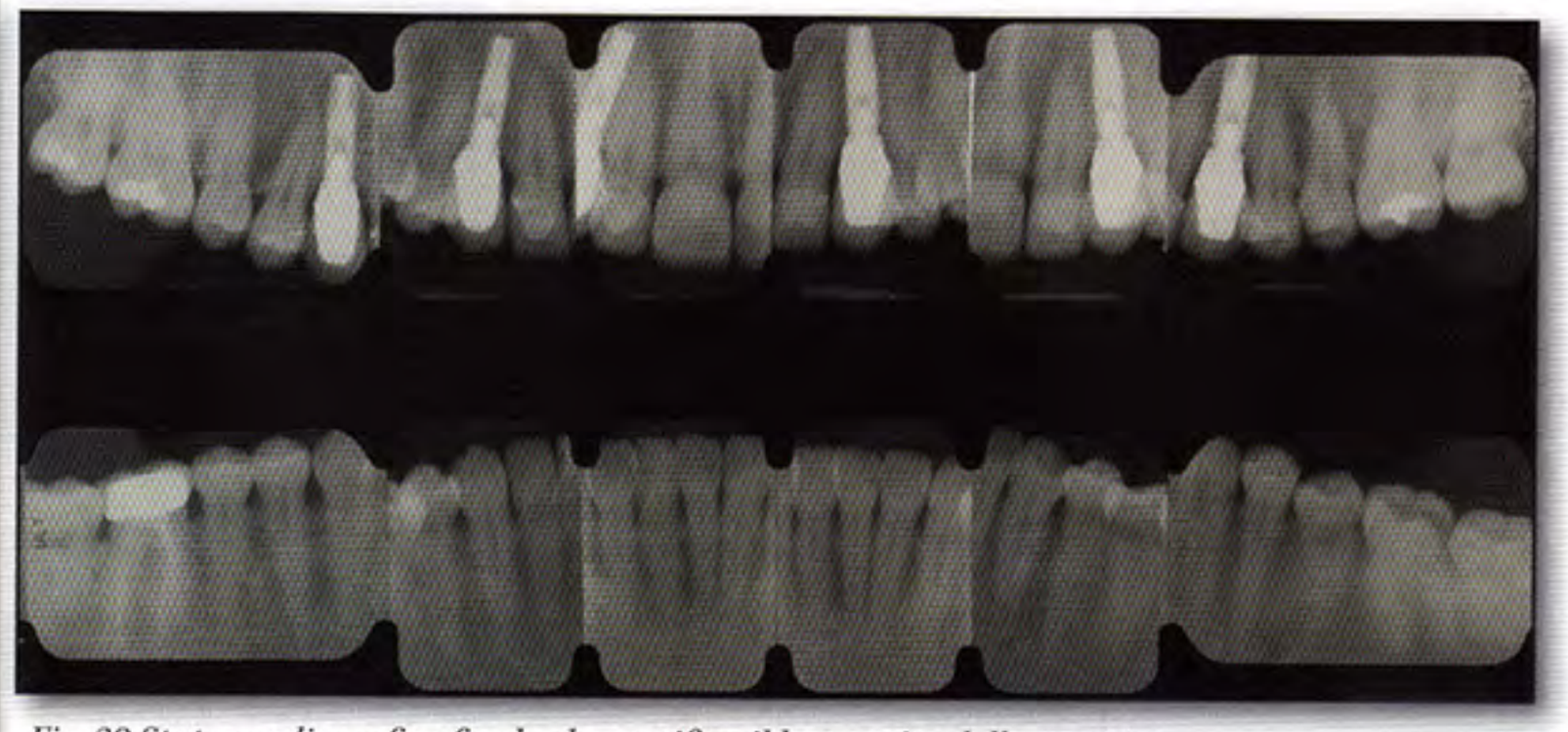


Fig. 32 Status radiografico finale che certifica il buon esito della terapia

Dott. Marco De Lorenzi

Laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università di Padova nel 1989. Esercita la libera professione in Padova dal 1990 occupandosi esclusivamente di protesi.

Dott.ssa Luisa Veronese

Laureata in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università di Padova nel 1997. Esercita la libera professione in Padova dove si occupa prevalentemente di parodontologia e chirurgia implantare.

Davide Bigerna

Titolare di laboratrio dal 2001, appassionato di "estetica" viaggia molto per approfondire le tematiche della zirconia, ceramica integrale e faccette, arrivando a conoscere il "suo maestro" Michel Magne. Collabora in maniera assidua con la Germania dalla quale attinge le esperienze e instaura rapporti lavorativi che lo porteranno tutt'ora a dividersi tra Italia e Germania. Nel 2004 viene chiamato a partecipare al congresso di Enrico Steger "Zahntechnisches Fortbildungsseminar in Send in "Taufers" nella categoria "nuovi talenti". All'inizio del 2007 inizia a sposare la "filosofia" Oral Harmony di Cristiano Broseghini.