

Estetica e funzione: approccio moderno alla riabilitazione del paziente totalmente edentulo

Autore _Pietro Venezia



ACCADEMIA ITALIANA
 DI ODONTOIATRIA PROTETICA

_Introduzione

L'edentulia totale è una patologia ancora molto diffusa nel mondo. Nonostante i progressi nella prevenzione delle patologie cariose e parodontale, l'obiettivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità di ottenere la permanenza di almeno venti denti nei soggetti di 80 anni è lontano dall'essere raggiunto.

A causa dell'innalzamento dell'età media della popolazione, il numero di arcate edentule, anche nei paesi più sviluppati come gli Stati Uniti è ancora in aumento.

La riabilitazione dei pazienti totalmente edentuli (o in dentatura terminale) è predicibile ma non esiste un "trattamento ideale" dell'eden-

tulia totale anche perché le valutazioni che vanno eseguite sono molteplici: dovrebbero essere valutati fattori relativi al paziente, fattori intra-orali e fattori extra-orali.

Questa analisi orienterà il clinico alla scelta del tipo di protesi più opportuna per il trattamento di questa categoria di pazienti (protesi totale rimovibile o overdenture, protesi fissa su impianti di tipo ibrido o protesi fissa crown-design).

_Descrizione

Il caso descritto in questo articolo è quello di una paziente di 52 anni che è stata riferita al nostro studio con la richiesta di riabilitazione oro-facciale.

La paziente lamentava l'assoluta impossibilità di stabilizzare la protesi rimovibile superiore e notevole dolenzia e mobilità a carico degli elementi residui dell'arcata inferiore. Chiedeva inoltre la risoluzione estetica del caso in quanto da sempre insoddisfatta del suo aspetto. La sua condizione attuale le procurava notevoli disagi nella relazione con le persone a lei vicine.

_Materiali e metodi

L'esame radiografico mostrava la persistenza di due impianti nel mascellare superiore (Fig. 1) uno dei quali pescava nella cavità nasale. Si osservava inoltre una lesione cistica in regione 4.1-4.2.

Il trattamento dell'edentulia totale non può prescindere da una accurata analisi estetica che si concretizzerà in un'analisi Facciale, Dento-Labiale, Fonetica e Dentale.



Fig. 1

La paziente non mostrava esposizione dentale a riposo e presentava una linea del sorriso inversa (concava e non parallela al labbro inferiore) (Fig. 2).

L'analisi del profilo della paziente confermava la necessità di fornire un adeguato supporto dei tessuti peri-orali nel mascellare superiore (Fig. 3).

L'esame intra-orale permetteva di apprezzare l'insufficienza dell'estensione della protesi superiore, e la compromissione degli elementi dell'arcata inferiore.

All'esame clinico i due impianti mostravano perdita dell'integrazione. (Figg. 4, 5).

Dopo **la loro rimozione e** aspettato il periodo di guarigione, sono state rilevate le impronte iniziali e, dopo aver costruito



Fig. 2

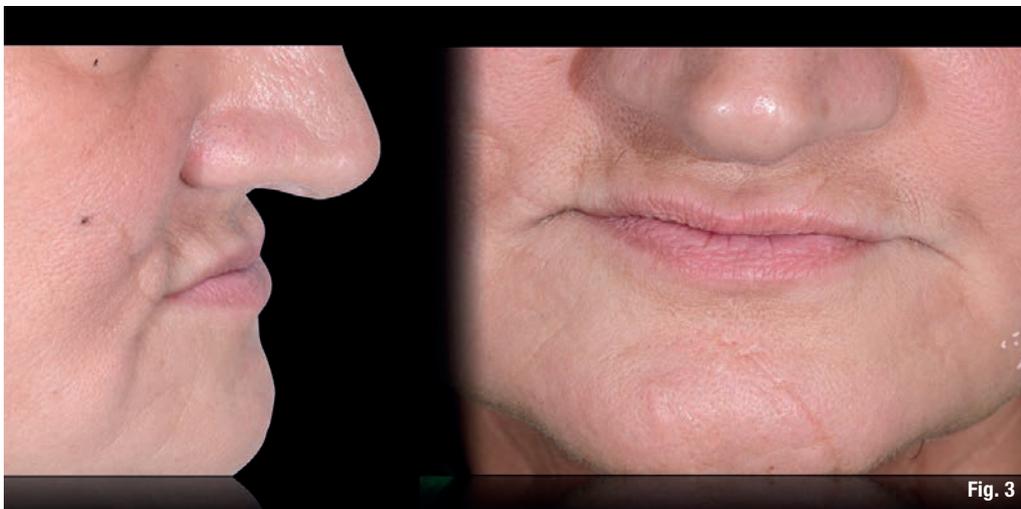


Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5

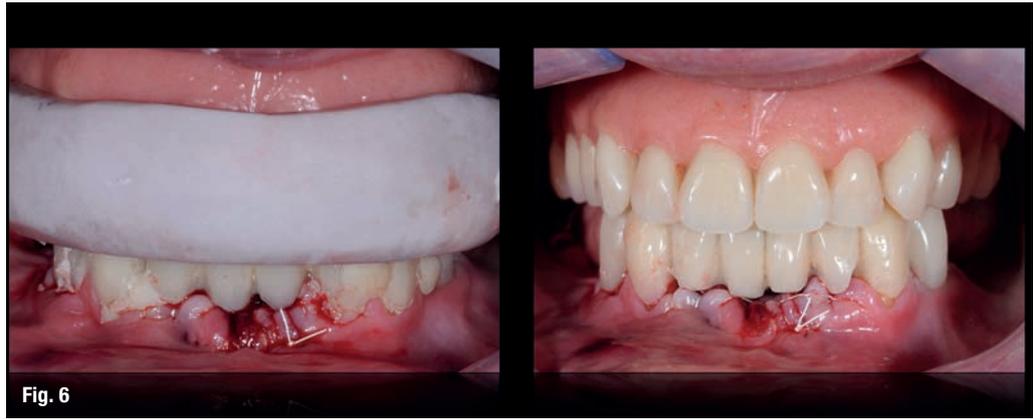


Fig. 6



Fig. 7

un porta-impronte ed il suo successivo bordaggio funzionale, è stata rilevata l'impronta di precisione del mascellare superiore. Sul modello master, è stato realizzato un vallo in cera che ha permesso la registrazione dei rapporti inter-mascellari e il montaggio dei modelli in articolatore. Sono state così realizzate una protesi rimovibile provvisoria superiore superiore e una protesi

fissa inferiore. In una seduta successiva sono stati estratti gli elementi inferiori non recuperabili e la protesi fissa inferiore è stata ribasata e stabilizzata sui pilastri residui (Fig. 6).

Sono stati successivamente valutati i parametri funzionali ed estetici comparandoli con la situazione iniziale (Fig. 7), osservando il miglioramento della qualità del supporto dei tessuti periorali (Fig. 8).



Fig. 8



Fig. 9

La fase successiva ha previsto la **terapia implantare**: previa adeguata ceratura è stata realizzata una guida chirurgica che ha permesso il posizionamento ideale degli impianti dentali nell'arcata inferiore (Fig. 9).

Dopo la loro osteo-integrazione, gli impianti sono stati improntati e, dopo aver registrato la posizione di relazione centrica alla dimensione verticale già testata, è stata verificata la loro posizione utilizzando una placca in resina che ha permesso anche di confermare l'adeguatezza

della dimensione verticale di occlusione. Gli ultimi due denti residui sono stati estratti ed è stata consegnata alla paziente una protesi provvisoria fissa inferiore, avvitata sugli impianti (Fig. 10).

Nei 30 giorni successivi sono stati valutati funzione, occlusione, fonetica ed estetica e sono stati trasferite tutte le informazioni delle protesi provvisorie in quelle definitive.

La protesi superiore, è stata duplicata e tale replica è stata utilizzata per eseguire l'impronta di precisione del mascellare edentulo (Fig. 11).



Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12

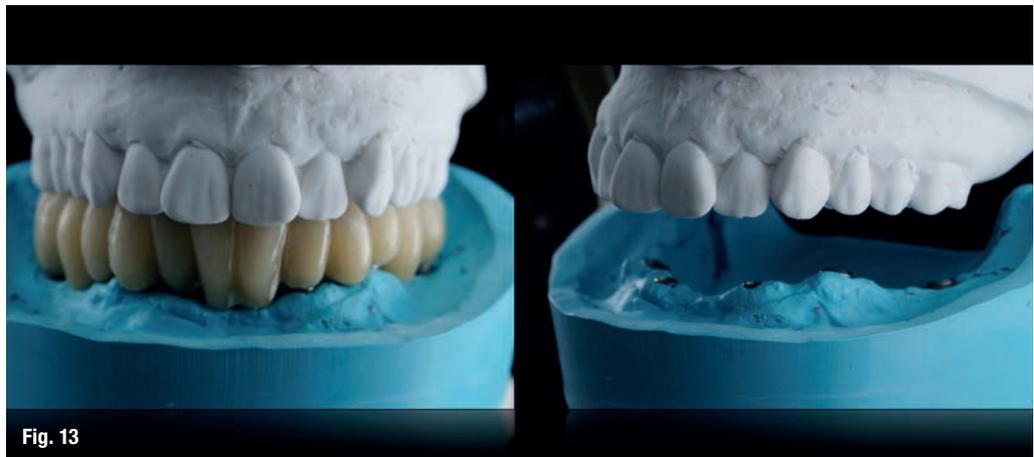


Fig. 13

I nuovi modelli master sono stati montati in articolatore in accordo alle procedure di cross-mounting al fine di replicare dimensione verticale, rapporti sagittali tra mascella e mandibola, contatti occlusali, ingombro delle

protesi e parametri estetici (Figg. 12, 13).

La struttura della protesi inferiore è stata progettata al CAD ed è stata realizzata al CAM fresando un blocco in cromo-cobalto ed è stata poi ceramizzata (Figg. 14-16).



Fig. 14

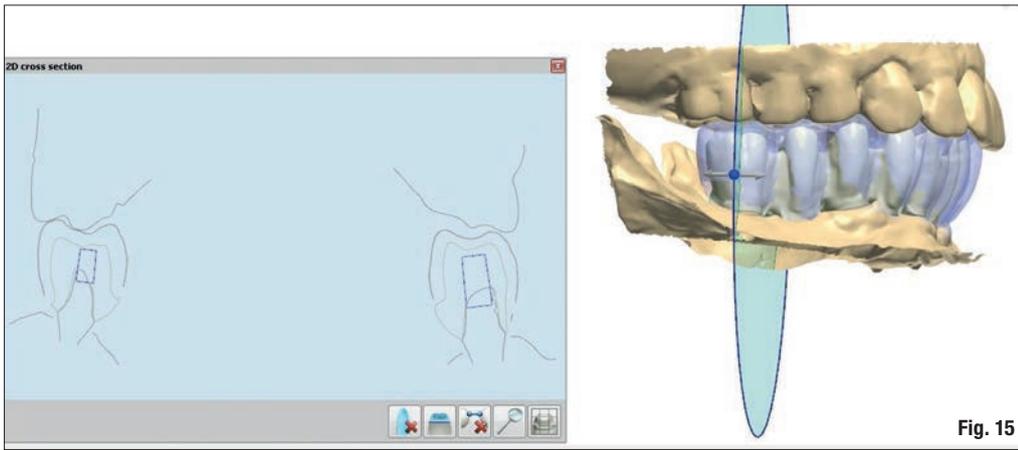


Fig. 15

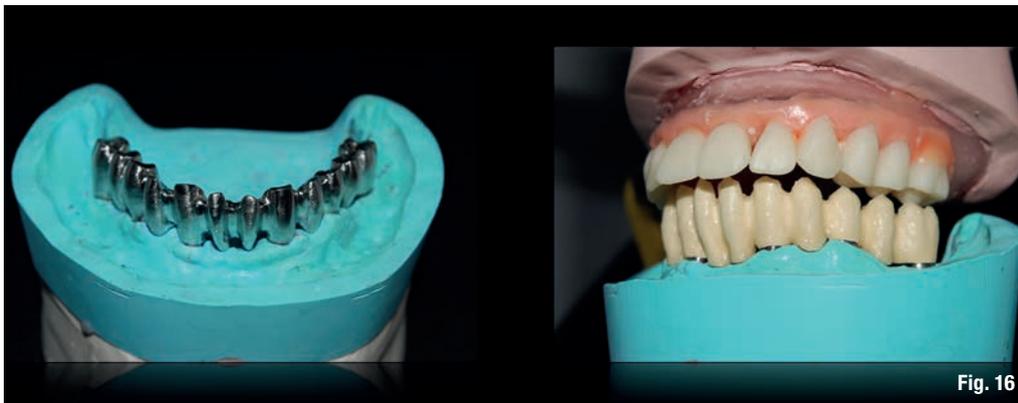


Fig. 16

La personalizzazione della protesi superiore ha previsto l'utilizzo di denti in disilicato di litio per la sua realizzazione: questo accorgimento ha permesso una durevole stabilità occlusale in assenza di usura degli elementi dentali artificiali della protesi rimovibile (Figg. 17-19).

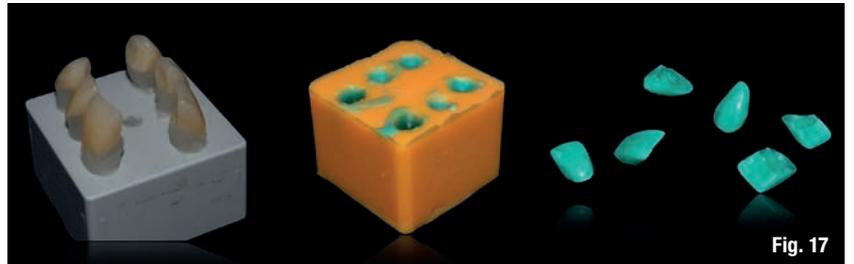


Fig. 17



Fig. 18



Fig. 19



Fig. 20



Fig. 21

La finalizzazione della riabilitazione ha perciò previsto due soluzioni protesiche completamente differenti tra loro: una protesi fissa inferiore

avvitata su sei impianti (in metallo-ceramica) ed una protesi rimovibile superiore con denti personalizzati in ceramica presso-fusa (Figg. 20, 21).

_bibliografia

cosmetic
dentistry

- Zitzmann NU, Marinello CP. Treatment plan for restoring the edentulous maxilla with implant-supported restorations: Removable overdenture versus fixed partial denture design, *J Prosthet Dent.* 1999 Aug;82(2):188-96.
- Mericske-Stern RD, Taylor TD, Belsler U. Management of the edentulous patient. *Clin Oral Implants Res.* 2000;11 Suppl 1:108-25.
- Sadowsky SJ. Treatment considerations for maxillary implant overdentures: a systematic review. *J Prosthet Dent.* 2007 Jun;97(6):340-8. Prosthetic complications in mandibular metal-resin implant-fixed complete dental prostheses: a 5- to 9-year analysis. Purcell BA, McGlumphy EA, Holloway JA, Beck FM. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2008 Sep-Oct;23(5):847-57.
- The McGill consensus statement on overdentures. *Quintessence Int.* 2003 Jan;34:78-9.
- Emami E, Heydecke G, Rompre PH, de Grandmont P, Feine JS. The impact of implant-support for mandibular dentures on satisfaction, oral and general health-related quality of life: a meta-analysis of randomized-controlled trials. *Clin. Oral Implants Res.* 20, 2009; 533-544.
- Venezia P, Torsello F, Cavalcanti R, D'Amato S. Retrospective analysis of 26 complete-arch implant-supported monolithic zirconia prostheses with feldspathic porcelain veneering limited to the facial surface. *J Prosthet Dent.* 2015 Oct;114(4):506-12.



Fig. 22



Fig. 23

Tali soluzioni hanno permesso di ottenere tutti gli obiettivi prefissati **con grande soddisfazione della** paziente: ottima funzione in associazione ad una eccellente estetica (Fig. 22, 23).

Conclusioni

L'approccio moderno alla riabilitazione dei pa-zienti edentuli deve considerare tutti i parametri estetici e funzionali al fine di ottenere i risulta-ti auspicati. L'utilizzo dei nuovi materiali e delle nuove tecnologie permette una predicibile e affidabile soluzione anche dei casi più complessi.

Ringraziamenti

Si ringraziano gli Odontotecnici Pasquale Lacasella, Francesco Grieco e Dino Gallo del Laboratorio Apulia Digital Lab per il loro supporto.

Si ringrazia il dr. Raffaele Cavalcanti per le fondamentali fasi chirurgiche.

_autore

cosmetic
dentistry



Laureato con lode in Odontoiatria presso l'università degli studi Bari nel 1989.

Perfezionato nel 2003 in protesi estetica adesiva presso l'università di Siena.

Perfezionato in protesi presso l'Università di Bari, in cui ha espletato anche attività didattica.

Docente in master di perfezionamento post-universitario nelle Università di Siena, Napoli, Bari, Foggia e Roma,

Catania. Professore a contratto per l'insegnamento di Protesi Presso la Facoltà di Odontoiatria di Catania. Socio attivo dell'Accademia Italiana di Odontoiatria Protetica (A.I.O.P.). Socio attivo della International Academy for Digital Dental Medicine (I.A.D.D.M.). Fellow I.T.I. (International Team for Implantology). Socio Attivo dell'Accademia Italiana di Osseointegrazione (I.A.O.). Autore di articoli su riviste nazionali ed internazionali. Affianca alla attività clinica quella didattica, curando l'aggiornamento avanzato in tema di protesi estetica, protesi mobile ed implanto-protesi. Svolge la sua attività libero professionale, limitatamente al campo protesico, a Bari in forma associata ad altri colleghi.