Mensile di aggiornamento e formazione professionale in odontostomatologia
~
UTET
Periodici Scientifici

p. 1431

Anno XI numero 9
novembre 1993

IL DENTISTA MODERNO

Estetica dentale

Aggiornamento Monografico

I TUMORI DEL CAVO ORALE

Parodontologia
Il ruolo delle prostaglandine nella malattia parodontale

Ortodonzia
L'ancoraggio intrarcata dentale

Spedizione in abb. post. gruppo III/70

IL RESTAURO ESTETICO IN CONSERVATIVA

GIANFRANCO AIELLO
VINCENZO MANZI

_■ L'esposizione di un caso clinico permette di evidenziare le procedure più idonee al restauro estetico conservativo. Questa soluzione è valida anche in casi particolarmente difficili sia sul piano anatomico-funzionale sia su quello cromatico-materico

Una buona immagine è equiparata a un buon stato di salute. Infatti l'immagine è ormai un bisogno primario come il mangiare o il dormire, perché complementare e sinergica al comunicare. Molto spesso, più del viso, il biglietto da visita di una persona è dato dal sorriso e dalla «semantica» che da esso emana.
Il nostro obiettivo è quello di dare a un sorriso il massimo della sua potenzialità, non eliminando ma anzi esaltando le caratteristiche individuali. La bellezza non è un archetipo oggettivo, ripetibile per tutti, ma è la ricerca di quel mondo di particolari, quel microcosmo che è per l'appunto l'individualità.
Prima che scienza medica, la bellezza è filosofia, creazione. È la sintesi delle tante cose imperfette che è l'individualità. Una bocca non è solo labbra.
Delle labbra ben truccate non sono altro che il sipario su un palcoscenico i cui attori sono denti e gengiva. La cosmesi finisce alle labbra. L'estetica della bocca inizia da esse.
I componenti intra ed extraorali vanno coniugati con gli aspetti più diversi del viso: la distanza interpupillare, la grandezza e la luce degli occhi, il colore, il calore e il tono della pelle, la linea del naso, l'andamento mento delle gote, i profili, le dominanti fisiche e psichiche.
Con gli occhi si esprime l'anima, con la bocca la si rivela.
Le tecniche operative devono dare certezza di risultati e assicurare durata nel tempo, affinché l'immagine individuale, una volta accertata e riconosciuta, sia permanente.

Caso clinico

Nel caso in esame il paziente presentava un incisivo centrale superiore di sinistra fuori arcata, con una frattura che interessava circa la metà della corona clinica e con una marcata discromia con un valore tendente al grigio scuro.
Abbiamo innanzi tutto sottoposto il paziente a trattamento canalare (la necrosi pulpare, probabilmente secondaria alla frattura traumatica, era la responsabile della marcata discromia). Dopo aver deterso e tenuto vuoto il terzo coronale del canale, abbiamo fatto tre sedute di sbiancamento al perborato di sodio e acqua ossigenata a 100 volumi. Il dente si è sbiancato; abbiamo ipercorretto sia il valore sia il croma per compensare l'eventuale perdita di risultato da collocarsi intorno al 20-30%.
A questo punto ci siamo trovati di

1 Il caso clinico come si presentava all'inizio del trattamento

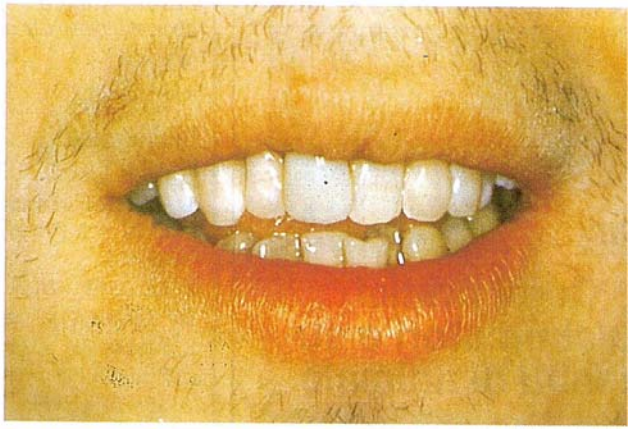
2 Il calco in gesso

3 La cera tura estetica

4 La preparazione del moncone

fronte a un ventaglio di possibilità terapeutiche.
Abbiamo scartato la ricostruzione con perno moncone e corona oro-porcellana o solo in porcellana, in quanto soluzione ad alto costo e ad alto rischio biologico-funzionale.
Abbiamo riservato come seconda scelta il restauro con faccetta di porcellana.
Abbiamo quindi adottato la soluzione conservativa con perno intracanalare Moser modificato e ricostruito con materiali compositi micro e macroriempiti.
L'altra scelta terapeutica è stata la seguente: lasciare o correggere la vestibolarizzazione dell'incisivo.
Le premesse sull'importanza dell'immagine non lasciano dubbi sulla nostra scelta, anche perché il paziente non intendeva in alcun modo sottoporsi a un trattamento ortodontico che era, senza dubbio, anche per le altre obiettività cliniche, procedura d'elezione.
Abbiamo quindi montato la diga di gomma per isolare il campo operatorio, e con delle frese cilindriche diamantate di differente diametro e grana abbiamo effettuato una preparazione che prevedesse una spalla vestibolare e con angolo finale di preparazione vivo. Tutto ciò per avere un fine preparazione certo su cui fermare e rifinire il nostro restauro in modo da evitare sovracontorni e debordamenti. La preparazione è senz'altro iuxta-gengivale e non sottogengivale. Inoltre ha una modesta profondità: poco più di mezzo millimetro (in modo da poter restare nell'ambito dello smalto e assicurarsi pertanto una buona adesione clinica composito-smalto mediata dall'agente legante).
Preventivamente avevamo operato una ceratura estetica che ci ha aiutati nel determinare l'inclinazione da dare alla fresa per «rientrare otticamente» l'incisivo in questione.

5 Il restauro con compositi viene eseguito sotto diga



6 Il risultato estetico finale

Sempre sulla base della ceratura estetica abbiamo provveduto a fare una modesta corono plastica dei denti vicini, e in particolare dell'incisivo contro-laterale. Alla coronoplastica hanno fatto seguito una lucidatura particolarmente accurata delle zone ritoccate e una protezione con vernici desensibilanti. Dopo un controllo con lenti a forte ingrandimento, e dopo aver preparato il canale dell'incisivo con frese calibrate per l'alloggiamento preciso del perno Moser (da noi modificato), abbiamo iniziato il vero e proprio restauro.

C'è da sottolineare che il perno è stato opportunamente mascherato nel suo colore metallico con una vernice opaca.

Il restauro è stato effettuato con la tecnica d'apposizione a massa (e non a strati). Ogni massa era diversa sia per le sue caratteristiche (micro e macroriempiti), sia per le sue valenze cromatico-materiche.

Abbiamo fatto ricorso anche a masse particolarmente colorate (rosse, verdi, violette ecc,). La cosa è tutt'altro che una forzatura, perché è appunto attraverso i colori che si perviene al «non colore» del dente. Non a caso in un tono chiaro c'è l'insieme di tutti i colori.

La polimerizzazione a piccole masse, se, ben compattate, ci garantisce dal rischio di bolle e, ancora, dalla possibilità di avere zone non ben indurite, in qualche modo «spugnose» (vedi rapida discromia dei compositi).

Lavorando in prossimità del margine della spalla, la finitura degli eccessi eventuali viene realizzata con appositi strumenti taglienti poggiati sul bordo della spalla.

Una siffatta polimerizzazione non richiede che pochissima rifinitura. È di estrema importanza non solo centrare l'anima tridimensionale del dente con un'adeguata freschezza cromatico-materica, ma anche riproporre sulla superficie dentale tutto il microcosmo di piccoli segni che normalmente vi sono su di essa (solchi, lobi, convessità, concavità, linee ecc.); ugualmente importante è riportare lo stesso grado di lucentezza della superficie.

Nonostante si mettano in atto tutte le conoscenze e le procedure idonee (il restauro di un solo dente può impegnare un'intera mattinata, senza escludere eventuali reinterventi di aggiustamento), ci sono bocche che mettono a dura prova l'operatore.

Tolta la diga (si avrà cura di toglierla dopo la breve finitura), si operano le correzioni funzionali e quindi si dimette il paziente.

La gengiva, leggermente traumatizzata dall'uso della diga, ritorna in pochi giorni a uno stato di salute e di obiettività clinica davvero eccellenti, in ciò favorita dal fatto che il composito è extrasulculare e che non sovracoritorna né deborda, oltre a essere privo di quelle microporosità che sono causa di ritenzione di placca e di precoci discromie.

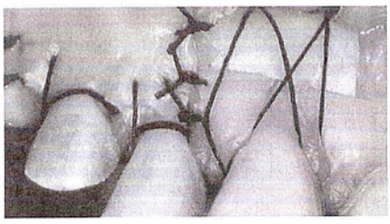
I controlli a distanza generalmente sono confortanti, poiché il restauro ci appare in condizioni particolarmente soddisfacenti, superando in modo brillante i cinque anni, taluni avvicinandosi ai dieci anni, senza richiedere re interventi.

Summary

Aesthetic Restoration in Conservative Dentistry

Our experience, based on vast sequence of cases and on a widespread follow up range of people and age rates, has encouraged us to adopt a conservative solution (restauring-composite) even in the most critical cases, both -substance. As regards to the clinical and aesthetical result, in the distance it has proved to be satisfactory and our follow up research has shown a full success 111 85% of cases in a five years term lengh.In a 10 years period term we have been successfull in a total 47% of cases. A more frequent unsuccessfull result was noticed in a moderate or medium alteration of colours in both smokers and coffee drinker. Only in rare cases the cause of such discromy has not been found (could it be physic-chemical characteristic of saliva components?).

PICCOLA
CHIRURGIA ORALE
PROTESI MOBILE



Corsi pratici su simulatori e su tessuti di animale

Le esercitazioni pratiche, eseguite dopo la illustrazione delle metodiche con TV circuito chiuso, hanno la durata totale di venti ore.

Ogni partecipante esegue personalmente 34 estrazioni di elementi dentari veri e radici dentarie di difficoltà progressivamente crescente su simulatori che presentano le stesse caratteristiche dei tessuti dei pazienti.

Ogni partecipante esegue personalmente interventi chirurgici di estrazione di radici incluse e di chiusura di comunicazioni oro-sinusali sotto lo stretto controllo dei docenti.

Ogni partecipante esegue personalmente tutte le procedure per la realizzazione di protesi scheletrate e di protesi totali mobili alle arcate inferiori e superiori su simulatori specificatamente ideati.

Relatore: dott. S. Aracci

Ogni partecipante, anche se privo di precedenti esperienze pratiche, acquisisce una metodica sistematica di piccola chirurgia e protesi mobile e la può immediatamente utilizzare nella attività professionale.

Sede permanente corsi:
Associazione Italiana di Odontoiatria Operativa via Zabarella 64 - Padova - Te!. 049/8751112

Calendario corsi 1993-1994
Corsi di piccola chirurgia orale e di protesi rimovibile: 13-14-15 Settembre: 8-9-10 Novembre: 10-11-12 Gennaio: 28 Febbraio1-2 Marzo: 9-10-11 Maggio.

Costo dei corsi comprensivi di tutti **i** *materiali:*
L. 1.100.000+ IVA

Per informazioni e per i programmi telefonare - alla Segreteria Corsi 049·8751112

Parole chiave

discromia, perno intracanalare Maser

Bibliografia

1. AIELLO GF: « I 4 cardini: Materia, colore, superficie, non forma», *Attualità Dentale,* (I) 7: 6-13, 1985
2. AIELLO GF: «La ricerca della verità", *Attualità Dentale,* (I) 9: 58-63, 1985
3. AIELLO GF: «Aggiornamento monograflco sull'uso dei compositi in estetica», *Dent Mod,* 7: 1229-1248, 1986
4. AIELLO GF: «Il recupero di un gruppo frontale superiore con tecniche conservative», *Dent Mod,* 2: 290-292, 1986
5. AIELLO GF: «L'estetica come riabilitazione clinica», *Attualità Dentale,* (4) 39: 12-22, 1988 6. AIELLO GF: «L'estetica dentale come scienza medica», *Dent Mod,* 5: 131-150, 1989
7, ASMUSSEN E: «Clinical relevance of phisical, chemical. and bonding properties of composite resins», *Operative Dent,* lO: 61-73, 1985
8. BASSIOUNY MA: *Evaluation or adhesive charactenstics or single component light cured dentin bonding agents,* TempLe University School of Dentistry, Philadelphia, 1985
9. BRANNSTROM M: *«Dentina e polpa in conservativa»,* Ed Cides Odonto, 1983
10. CHRISTENSEN RP, CHRISTENSEN GJ: «In vivo comparison of a microflIled and a composite resin. A three years report», *J Prosthet Dent,* 48: 657-663, 1983
11. COCK DJ, WATTS DC: «Time-dependent deformation of composite restorative materials in compression», *J Dent Res,* 64 (2): 147150, 1985
12, DAVISON CL, CEE AJ: «Relaxtion of polymerization contraction stresses by flow in dental composites», *] Dent Res,* 63 (2): 146-148, 1984
13. DAVISON CL, CEE AJ, FEILZER A: «The competition between the composite- dentin bond strenght and the polymerization contraction stress», *J Dent Res,* 63 (12): 1396-1399, 1984 14. DONDI DALL'OROLOGIO G, ANDERLINI C: «Il rispetto dell'integrità periferica delle ricostruzioni», *Dent Mod,* 6: 802-804, 1984
15. FAN PL, POWERS JM: «Properties of microfilled and visible light-cured composite resins», *JADA,* 99: 631, 1979
16. FERRACANE JL, MATSUMOTO H, OKABE T: «Time dependent deformation of composite resins - Compositional considerations», *J Dent Res,* 64 (II): 1332-1336, 1985
17. GERMAIN HST, SWARTZ ML, PHILIPS RW, MOORE BK ROBERTS TA: «Properties of microfilled composite resins as influenced by filler content», *J Dent Res,* 64 (2): 155-160, 1985
18. JORDAN RE, SUZUKY, GWINNET AM: «Resto-
ration of tractured and hypoplastic incisors by the acid etch resin technique: a three year report», *JADA,* 95: 795, 1977
19. JORGENSEN KD: «Restorative resins: abrasion vs mechanical properties», *Scand J Dent Res,* 88: 557-568, 1980
20. JORGENSEN KD, HOHSTED p, JANAN p, KROGH J, SHULTZ J: «Abrasion of class I restorative resins», *Scand J Dent Res,* 87: 140-145, 1972
21. KUSY RP, LEINDFELDER KF: «Pattern of Wear in posterior composite restorations», *J Dent Res,* 56: 544, 1977
22. LEINDFELDEH KF, SLUDEI\ TB, SOCKWELL CL, STRICKLAND WD, WALL T: «Clinical evaluation of composite resins as anterior and posterior restorative materials», *J. Prosthet Dent, 33:* 407-416, 1975
23. LOYES K, LAMBRECHTS p, VANHERLE G, DAVIDSON CL: «Material development and clinical performance of composite resins», *J. Prasthet Dent,* 18: 661-664, 1982
24. LUTS F., PHILLIPS R.W.: «A classification and evaluation of composite resin system», . *Prasthet Dent,* 50: 480-488, 1983
25. LUTS F., PHILLIPS R.W.: "Classificazione dei nuovi sistemi di resine composite: analisi e valutazioni», *Dental Cadmos,* 12: 13-46, 1985 26. MASON PM: "Le nuove resine fluide ad adesività totale», *Dent Mod,* Il, 1984
27. MASON PN, CAINE F: «La modellazione indiretta nel restauro delle fratture coronali incisali», *Dent Mod,* 1: 43-49, 1986
28. McLUNDIE AC, PATTERSON CJW, STRIRRUPS OR: «Comparison of the abrasive wear in vitro of a number of visible-light-cured composite resins», *Britlsh Dent j,* 21: 182-185, 1985 29. McKINNEY lE, Wu W: «Chemical softening and wear of dental composites», *J Dent Res,* 64 (Il) 1326-1331, 1985
30. MEIER C, LUTS F: «Verschleiss-rnesunger in vivo an occlusalen Komposit-und Amalgamfullunger», D *Tsch Zahnaerztl,* 33: 617622, 1978
31. PILLIAR RM, SMITH DC, MARIC B: «Oscillatory wear tests of dental composites», *J Dent Res,* 63 (9) 1166-l172, 1984
32. RICE SL, BAILEY WF, WAYNE SF, BURNS JA: «Comparative in vitro sliding-wear study of conventional, microfilled and light-cured composite restoratives», *J Dent Res,* 63 (9): 1173-1175,1984
33. SPINA B: *Il libro del colore*
34. TOFFENETTI E, VANINI L: « l compositi nelle ricostruzioni estetiche», *Dental Cadmos,* 4: II-55, 1986

In redazione da febbraio 1993