

Resoconto del 41° Corso  
gratuito della Fondazione  
Prof. Luigi Castagnola

## La riabilitazione protesica: tradizione nell'innovazione



La sala riservata ai medici durante il corso

Il Dr. Gianfranco Di Febo ha aperto la relazione con un concetto espresso da P. Dawson, secondo cui disposizioni di denti che per convenzione vengono considerate “non corrette” finiscono, spesso, per essere considerate “malocclusioni” e quindi trattate; per cui è necessario stabilire, attraverso una accurata diagnosi, un corretto piano di trattamento che tratti le patologie presenti.

Vengono quindi ribaditi quelli che sono gli obiettivi della terapia protesica:

- Ristabilire la funzione
- Massimo rispetto del parodonto
- Mantenimento fisiologico del sistema stomatognatico

Per raggiungere tali obiettivi bisogna rispettare quelli che vengono considerati gli *elementi fondamentali*, ma tenere anche in considerazione sia altri *elementi importanti ma non fondamentali* che

elementi *innovativi* di recente introduzione. Facendo un'attenta esamina di tali elementi, il relatore ha evidenziato come quelli innovativi (vedi sistema CAD-CAM, pilastri artificiali) siano veramente importanti se favoriscono la realizzazione degli elementi fondamentali. Nella seconda parte della relazione il Dr. Di Febo ha descritto le varie fasi del trattamento di un paziente protesico, avvalendosi del supporto iconografico di diversi casi clinici documentati nel corso degli anni. In una prima fase vengono raccolti tutti quei dati (*esame clinico, esame radiologico, modelli studio*) ed eseguite le terapie necessarie (*riabilitazione igienica orale, urgenze*) per arrivare alla successiva **rivalutazione** del paziente. In tal modo avvalendosi anche della collaborazione di più specialisti coordinati tra loro, sarà così possibile formulare una corretta **diagnosi** e un **piano di trattamento**. Particolare attenzione è

stata riservata alla decisione di utilizzare pilastri naturali o artificiali nella riabilitazione protesica, sottolineando l'importanza che conoscere i vari fattori di rischio accresce, nell'operatore, l'abilità nell'eseguire una diagnosi approfondita, sviluppare un appropriato piano di trattamento, comunicare al paziente aspettative più realistiche. Le fasi successive di *terapie specifiche e realizzazione protesica clinica e di laboratorio* (per giungere alla riabilitazione definitiva) sono state brevemente accennate dal Dr. Di Febo e approfondite dagli altri relatori.

Il Dr. Zilli ha iniziato la relazione riprendendo alcuni concetti espressi dal Dr. Di Febo, sottolineando che il rispetto del parodonto è uno degli obiettivi fondamentali della terapia protesica. Dopo una breve analisi degli aspetti anatomici del parodonto superficiale e profondo, il Dr. Zilli si è soffermato sul controverso concetto di "ampiezza biologica" che, per alcuni autori comprende l'attacco epiteliale e connettivale mentre, per altri autori questa si limita al solo attacco connettivale. Il relatore ha più volte ribadito che non è stato ancora dimostrato che l'eventuale interferenza del margine di un restauro con attacco epiteliale, possa determinare la perdita di attacco connettivale.

Il Dr. Zilli ha inoltre discusso l'allungamento della corona clinica, descrivendo le relative indicazioni, le tecniche operative e la fase di guarigione dei tessuti parodontali. Successivamente il relatore ha puntualizzato che, attualmente le parodontiti vengono classificate in croniche ed aggressive, sulla base della loro più o meno rapida distruzione dei tessuti parodontali e che, per lo sviluppo di queste infezioni, oltre ai batteri, devono essere presenti uno o più fattori di rischio, che rendono il soggetto suscettibile alla malattia. I fattori di rischio più importanti per l'insorgenza di una parodontite sono il fumo ed alcune malattie genetiche. Tali fattori di rischio sono determinanti anche per la comparsa di complicazioni a livello degli impianti, e sono di rile-

vante influenza per la loro sopravvivenza.

Sono stati poi presi in considerazione gli obiettivi della terapia parodontale a livello dei pilastri protesici che sono:

- la possibilità di un buon controllo della placca
- l'assenza di sanguinamento al sondaggio
- una profondità di sondaggio = < a 3mm.
- assenza di lesioni interradicolari

Per raggiungere i tre primi obiettivi sopraindicati la chirurgia parodontale generalmente utilizzata nei casi protesico-parodontali, prevede l'impiego del lembo posizionato apicalmente a livello della cresta ossea e del lembo palatino assottigliato, associati alla chirurgia ossea resettiva. Le lesioni interradicolari in questi casi devono essere trattate con la terapia resettiva radicolare, associata anch'essa alla metodica chirurgica sopraindicata. Il relatore ha concluso l'intervento evidenziando l'importanza dell'inserimento dei pazienti in una terapia di supporto, per mantenere nel tempo i risultati raggiunti con le cure effettuate.

Il Dr. Ezio Bruna ha evidenziato come i materiali da impronta non registrano in questi anni delle innovazioni eclatanti. Negli ultimi anni sono diventati di uso comune gli elastomeri che danno i risultati migliori, siliconi d'addizione e polieteri. Questi materiali sono in grado di rilevare particolari che il materiale di sviluppo del modello non è in grado di leggere. Questo fa sì che non sia necessario al momento sviluppare materiali con più capacità di lettura. Anche dal punto di vista della stabilità dimensionale, del ritorno elastico e dei tempi di lavoro i materiali attuali ci danno una notevole sicurezza. Un'innovazione di questi anni è stata l'introduzione dei sistemi di disinfezione delle impronte. È bene chiarire che essi aumentano la sicurezza ma non danno protezione contro eventuali patogeni come il virus dell'epatite C. Sarà quindi bene ricordare come l'uso di occhiali protettivi sia importante per un'adeguata protezione. Nelle impronte in protesi

implantare l'unico fattore da mettere in evidenza è la necessità di bloccare i transfert tra di loro in modo rigido. Questo ci dà l'opportunità di eseguire sul paziente una chiave di verifica che controllata sul modello sviluppato dall'impronta ne prova la correttezza. Un'innovazione che si è affermata in questi anni è quella dei sistemi CAD-CAM e dei nuovi materiali per la realizzazione della travata. In realtà l'impossibilità di controllo e miglioramento dell'adattamento della travata, di eseguire saldature e il superamento di questi sistemi da altri più moderni in tempi brevi, fanno sì che l'uso della metallo-ceramica tradizionale non sia ancora tramontato. In questi ultimi anni lo studio sui metalli ha portato ad una notevole conoscenza e al miglioramento delle loro caratteristiche. Le corone metallo-ceramica permettono il controllo clinico della precisione e il suo miglioramento tramite le paste rivelatrici a base di ZOE. Tale caratteristica ci permette di ovviare a quelle mancanze intrinseche alla fusione e a tutti i passaggi che la precedono e ai cambiamenti apportati dalle fasi di ceramizzazione. Per quanto riguarda il controllo occlusale possiamo suddividere i casi in due categorie. Quelli in cui la massima intercuspidação naturale è conservata verranno controllati e ritoccati direttamente nel cavo orale. In quelli che, dopo la preparazione di molti elementi, devono essere ricostruiti in centrica, sarà utilizzato un artico latore per realizzare lo schema occlusale. Il controllo dell'occlusione dopo ceramizzazione avverrà tramite il rimontag-

gio. L'uso di un artico latore prevede il montaggio dei modelli tramite l'asse cerniera e la relazione centrica. Il primo è stato dimostrato tramite gli studi di McCollum e ha una finalità di tipo meccanico e non va resa inutile tramite l'uso di un arco orientato sulla linea bipupillare che avrebbe finalità puramente estetiche. La validità e la ripetibilità della centrica è stata evidenziata da numerosi studi tra cui quelli di Martignoni. Il suo utilizzo è fondamentale per il raggiungimento di una ricostruzione protesica occlusalmente corretta.

Il Dr. Massimo Fuzzi ha affrontato il tema della preparazione dei monconi protesici. L'analisi dei principi delle preparazioni si propone come un'importante punto di partenza nella programmazione del progetto protesico. La quantità di tessuto dentale asportato per l'esecuzione di quel determinato restauro, la ritenzione e la durata del complesso dento-protesico sono i fattori che ciascun professionista dovrebbe considerare a fronte di una richiesta riabilitativa. Un importante grado di precisione sarà indispensabile per contrastare lo sviluppo di una flora ad elevata patogenicità.

La scelta del tipo di preparazione o per meglio dire di "finitura marginale" dovrà tenere conto di fattori specifici quali:

- anatomia del pilastro
- quantità di tessuto asportabile senza indebolire il moncone
- livello ove verrà posizionato il margine di finitura
- profilo di emergenza desiderato



Dr. Ezio Bruna



Dr. Maurizio Zilli



Dr. Massimo Fuzzi



Dr. Gianfranco Di Febo

- necessità o meno di ritenzione
- quantità di perdita dell'osso alveolare
- necessità estetiche
- problemi tecnici

In sintesi la scelta sarà frutto dell'analisi del fattore dente ma anche dell'obiettivo della terapia in termini di risultato estetico e funzionale. Per quanto concerne il dilemma di dove collocare il margine della preparazione la letteratura ha dimostrato che "per la salute gengivale è di maggiore rilevanza la precisione dei margini dei restauri di quanto non sia la loro collocazione sopra o sottogengivale". L'inserimento di margini debordanti, in particolare sottogengivali, è in grado di determinare un cambiamento nella composizione della flora locale con un aumento proporzionale di batteri anaerobi gram-, dimostrazione di un potenziale inizio iatrogeno della malattia parodontale. Parlando della protesi provvisoria, si è evidenziato che questa non costituisce solo un semplice dispositivo temporaneo, ma soprattutto un sistema attivo nello sviluppo della protesi definitiva. La previsione del risultato estetico, la semplificazione delle terapie parodontali, la creazione di uno schema oclusale individuale sono solo alcune delle finalità che questo dispositivo è in grado di perseguire. Come era avvenuto per la preparazione dei monconi la teoria ha lasciato spazio alle sequenze operative sempre accompagnate da un'importante serie di casi clinici correlati. Più in dettaglio è stata presentata la "ge-

stione della sella edentula" ovvero la serie di manovre che l'odontoiatra può eseguire per mimare la morfologia gengivale in presenza di restauri protesici. L'argomento è stato trattato nelle sue varie tipologie, dall'intervento prima o dopo la presa dell'impronta, in entrambi i casi con tecniche dettagliate e casi clinici complementari. I cementi dentali hanno acquisito nel tempo un'importanza sempre maggiore. Allo stesso tempo è aumentata da parte dei clinici la consapevolezza di tale ruolo. Le caratteristiche ideali di un cemento sono volte a fornire i più alti valori di affidabilità (biocompatibilità, scorrevolezza, estetica, adesione) e resistenza (resistenza alla trazione/pressione, insolubilità). Per queste motivazioni la maggior parte dei dentisti ritiene che la scelta del tipo di cemento rappresenti un fattore molto importante. I fattori importanti a favore e contro le varie categorie di cementi sono stati analizzati, dando le indicazioni migliori al loro utilizzo.

Da ultimo, il Dr. Di Febo ha concluso l'incontro con una serie di casi clinici, seguiti nel tempo. Fornendo le considerazioni che al tempo lo avevano condotto alla formulazione di quel piano di trattamento, ha sottolineato ciò che oggi si può fare diversamente e ciò che invece deve essere eseguito con gli stessi procedimenti clinici.

Massimo Fuzzi



Un momento del 17° Memorial Biaggi