Approccio minimamente invasivo nelle riabilitazioni estetiche.

Protocollo di cementazione delle additional veneers

Simone Gellini, Matteo Barboni
ITALIAN DENTAL DESIGN®

Abstract

La risoluzione del Gummy smile passa attraverso diverse procedure di invasività variabile in relazione alle cause che lo determinano. Alcuni di questi trattamenti prevedono la frattura del mascellare superiore con eccesso di sviluppo verticale o la riduzione del fornice con conseguente riduzione della mobilità del labbro superiore. Nel caso qui di seguito descritto incontriamo una problematica combinata di eruzione passiva incompleta, eccesso di sviluppo verticale della maxilla, ipermotilitá del labbro superiore e disallineamento dentale. Questi elementi sono stati trattati ed in gran parte risolti o attenuati con un approccio minimamente invasivo.

In particolare si è optato per una tecnica "additional" con faccette in ceramica feldespatica che ha consentito di non preparare affatto gli elementi dentali fatta eccezione per alcuni angoli troppo prominenti.

Keywords: *aesthetic dentistry, gummy smile, minimally invasive, no prep, additional veeners.*

Introduzione

Il raggiungimento di buoni risultati estetici dei denti anteriori richiede spesso la correzione di dimensioni e proporzioni anatomiche inadeguate. Ottenere un'armonia tra le forme dentali ed il viso del paziente può dipendere dalla possibilità di modificare chirurgicamente l'architettura gengivale. L'obbiettivo è lo sviluppo di rapporti ideali tra le strutture dentali e parodontali che possono portare a risultati estetici e biologici ottimali. Integrando una procedura di chirurgia plastica parodontale

con la terapia ricostruttiva addizionale, mantenendo sempre fede ai principi di chirurgia minimamente invasiva, non è solo possibile sviluppare un'interfaccia dentogengivale biologicamente stabile, ma anche predicibile. Le procedure di allungamento di corona sono diventate una componente integrante dell'odontoiatria estetica e sono utilizzate sempre più spesso per migliorare l'aspetto delle ricostruzioni nelle zone anteriori.[1]

La filosofia del "minimally invasive"

Tutta la medicina moderna ed in particolare la chirurgia sta orientando i propri sforzi verso un approccio minimamente invasivo per il trattamento delle patologie. Questo obiettivo è figlio di un concetto molto importante che con il progredire delle conoscenze e delle tecniche stava per perdersi, il cosiddetto "patient centered approach"[2], ossia il mettere il paziente, e non la risoluzione della patologia, al centro degli obiettivi del trattamento. Una tale presa di coscienza dell'ambito medico ha fatto si che venissero messi in discussione quelli che si credevano i trattamenti "ideali" di molti stati patologici qualora il costo biologico in termini di stress psicofisico e sofferenze fosse eccessivo per il paziente. Anche e soprattutto nell'ambito odontoiatrico questa filosofia si sta traducendo in trattamenti sempre meno biologicamente invasivi nei confronti dei pazienti. In questo articolo vogliamo evidenziare come oramai la asportazione di sostanza dentale nelle riabilitazioni conservativo protesiche può essere drammaticamente ridotta fino ad arrivare a zero in molte situazioni.

Case report (descrizione della sequenza di trattamento)

La paziente giungeva alla nostra osservazione insoddisfatta dell'estetica del suo sorriso.

Ad un'analisi delle foto del viso a riposo e sorridente si individuano gli elementi di disturbo in un insieme per il resto piacevole (immagini 1,2). Dopo una visita diagnostica accurata identifichiamo le condizioni alteranti quali: un sorriso gengivale con causa multifattoriale da riscontrarsi nell' ipermotilità del labbro che si manifesta come un sorriso più ampio con un'esposizione esagerata >3mm del tessuto gengivale[3], il labbro superiore risulta inoltre corto (la lunghezza media del labbro superiore nelle donne rientra nel rango compreso tra i 18 ed i 20mm, la paziente presenta 17mm)[4]. Si rileva lieve ipersviluppo verticale della maxilla testimoniato da un eccesso di visibilità degli

incisivi a riposo e da un terzo inferiore del viso lievemente aumentato ed un'eruzione passiva incompleta consistente in una parziale esposizione della corona anatomica degli elementi dentari.

La prima soluzione proposta alla paziente è stata quella di eseguire una terapia ortodontica seguita da chirurgia parodontale ed eventuale plastica del fornice per ridurre la motilità del labbro al sorriso.

La paziente però rifiutava trattamenti ortodontici e chirurgici impegnativi, inoltre non voleva assolutamente "limare" i propri denti.

D'accordo con la paziente si procede con una seconda soluzione che comprende l'allungamento di corona clinica con lieve resezione ossea come trattamento dell'eruzione passiva alterata(immagini da 3 a 7), seguita dall'applicazione di veeners addizionali.

Attraverso l'ausilio di un mock up (immagine 8) é stato possibile previsualizzare quello che sarebbe stato il risultato finale con un approccio minimamente invasivo. In questo caso si é optato per una tecnica di previsualizzazione diretta che consentisse di valutare l'entità di allungamento a livello cervicale attraverso una ceratura che andasse sopra i tessuti molli in modo da consentire al bisacrilato di mimare gli effetti dell'intervento di plastica parodontale.

Protocollo di cementazione delle additional veneers

Dopo aver eseguito la chirurgia e aver ottenuto la completa rigenerazione dei tessuti parodontali si è potuto procedere alla realizzazione del modello di lavoro definitivo sul quale costruire il sorriso finale della paziente tramite l'utilizzo delle faccette in ceramica addizionali. (immagine 9)

Si opta per il restauro degli elementi anteriori da 1.3 a 2.3 con il fine di ristabilire l'equilibrio e le proporzioni estetiche adeguate al viso della paziente.

La cementazione di tutti i sei elementi si realizza in un'unica seduta, durante la quale è molto importante ai fini del successo terapeutico rispettare meticolosamente tutti i principi delle tecniche adesive moderne. Proprio la procedura adesiva eseguita in maniera attenta e scrupolosa permette di non limare tessuto dentale sano ed ottenere risultati ottimali di adesione.

Si procede dunque all'isolamento assoluto dei denti interessati tramite l'utilizzo della diga di gomma, che verrà mantenuta durante tutti i passaggi della cementazione e rimossa solo nelle fasi

finali di rifinitura e lucidatura. Al fine di poter accedere alla parte più cervicale degli elementi ci si avvale di legature con filo interdentale o ganci 212 opportunamente adattati i quali svolgeranno la funzione di dislocare apicalmente il margine gengivale per poter vedere e quindi correttamente rifinire quello che in questa tecnica è uno dei punti più delicati, il margine a finire.(immagine 10)

La ceramica li lega al materiale composito da cementazione attraverso un doppio meccanismo: micromeccanico ottenuto con la mordenzatura con acido fluoridrico al 9% e chimico tramite l'utilizzo di un agente silanizzante[5].(immagini da 11 a 13) Uno degli elementi più critici in questa tecnica è la notevole delicatezza pre cementazione dei margini delle faccette che in molti casi non raggiungono i 0,2 mm di spessore. L'assenza inoltre di una preparazione a spalla non offre riferimenti in fase di cementazione per quanto concerne il corretto posizionamento del manufatto. Entrambe queste criticità possono essere superate attraverso una corretta gestione della fase di cementazione in termini di tempi, che dovranno essere necessariamente più lunghi della procedura tradizionale, e di strumentazione, sistemi ingrandenti e pennellini in setola sono elementi indispensabili.

Per quanto riguarda i passaggi di bonding su dente questi sono gli stessi utilizzati per una ricostruzione in composito, considerando che in molti casi ci troviamo esclusivamente su smalto, substrato ideale per l'adesione. (immagini 14,15) Nel nostro protocollo ci avvaliamo di un adesivo total-etch caricato come l'*Optibond FL*™ e un composito altamente caricato *Sonicfill*™ A2 composite.

Il principio di utilizzare adesivo e composito caricati risiede nel fatto che più é rappresentata la componente di riempitivo e più l'interfaccia sarà stabile nel tempo.[6] La possibilità attraverso un estrusore sonico (*Sonicfill*™) di "fluidificare" un composito altamente caricato ed altrimenti troppo denso, consente di poter utilizzare compositi normalmente utilizzati nei settori posteriori anche per cementazioni delicate come queste. Il posizionamento della faccetta viene poi perfezionato con la spinta graduale delle dita dell'operatore. (Immagini 16,17) Anche qui la presenza di un composito caricato fotoindurente consente di rifinire con tutta calma e nel migliori dei modi i margini di chiusura che verranno poi lucidati al termine della seduta. Una volta che la faccetta raggiunge la sua posizione definitiva si procede con la rimozione degli eccessi di resina utilizzando in un primo momento la sonda ed in un secondo momento il pennello di setole per raggiungere un risultato ottimale nelle aree marginali dell'interfaccia smalto-ceramica. Solo quando l'operato risulterà soddisfacente si potrà fotolimerizzare, in più passaggi e da diverse angolazioni. L'ultimo passaggio verrà realizzato con l'applicazione di gel di glicerina lungo i margini della preparazione per eliminare lo strato di ossigeno e completare la polimerizzazione del composito. Completato

l’indurimento del materiale sarà possibile effettuare ulteriori ritocchi avvalendosi di un bisturi lama 12 e di strisce abrasive interprossimali.(Immagini da 18 a 22)

Infine la fase di lucidatura e brillantatura eseguita con un sistema di dischi e paste abrasive a grana decrescente per ottenere il massimo risultato estetico.(immagini da 24 a 27)

Risultati e conclusioni

La possibilità di avvalersi di faccette di spessori sempre più sottili nell’ordine del decimo di millimetro associato ad una tecnica di cementazione affidabile apre ad un mondo di prospettive riabilitative fondate sul concetto di minima invasività. Ora questo modus operandi , lungi dall’essere la panacea dei trattamenti, laddove le indicazioni cliniche lo consentano, risulta essere la soluzione più gradita dal paziente. In questo caso ad esempio il risultato ottenuto non può essere considerato il migliore possibile per questa situazione ma la ragazza è rimasta soddisfatta non soltanto per aver raggiunto il traguardo prefissato nel mock up ma soprattutto per aver rispettato la sua richiesta di minima aggressività. Inoltre un protocollo di cementazione adeguato, con strumenti e mezzi adeguati possono far si che la frattura del manufatto in fase di cementazione e il mancato controllo dei margini, da sempre considerati come i limiti di tale procedura vengano ridotti se non del tutto eliminati.