

Esame obiettivo

Come per tutte le procedure riabilitative, elemento essenziale risulta quello di effettuare un esame obiettivo approfondito del nostro paziente, valutandone attentamente le caratteristiche ed il profilo di rischio. Alla raccolta dei dati anamnestici segue l'esecuzione delle Rx endorali, così da evidenziare le condizioni dei tessuti duri dei denti da trattare e lo stato di eventuali terapie endodontiche pregresse. Il passo successivo consta nell'eseguire un esame parodontale accurato che prende in esame i rapporti dento-parodontali e lo stato di salute dei tessuti di sostegno, procedura questa che rappresenta la condizione essenziale per poter iniziare una qualsivoglia terapia ricostruttiva. Il PSR [1] (Periodontal Screening and Recording) messo a punto dall'A.A.P. rappresenta l'esame di routine che ritengo debba essere effettuato a tutti i pazienti in prima visita, seguito poi, là dove fosse necessario, da un esame parodontale completo.

Diagnosi oclusale

Tutte le volte che la scelta terapeutica coinvolge gli elementi del gruppo frontale, dove cioè possiamo influenzare la guida incisiva e quindi gli equilibri del sistema stomatognatico, approfondisco la diagnosi oclusale pre-terapia, utilizzando il T-Scan III (DL MEDICA) (Figg. da 1 a 3), un dispositivo computerizzato che rileva ed analizza i contatti oclusali per mezzo dei sensori monouso di 60 micron.

Questo dispositivo ci permette in modo estremamente rapido e allo stesso modo preciso (N.B.: senza essere minimamente invasivo) di:

- 1) registrare i contatti oclusali;
- 2) visualizzare i contatti e associarli a denti specifici;
- 3) analizzare i dati con una relazione di forza e tempo dei contatti oclusali visualizzata come immagini con contorni colorati (Fig. 4) che mostrano:

- massima intercuspidação (MIC) istantanea;
- centro di forze;
- traiettoria del centro di forze.

Le emissioni dei sensori sono registrati dal programma e rappresentati sotto forma di tracciati di aspetto diverso, in forma bidimensionale (contorni) (Fig. 5) e tridimensionale (picchi o colonne) (Fig. 6), dove le differenze di colore indicano l'intensità dei contatti, dal più debole (blu) al più forte (rosso) (Fig. 7). L'utilizzo del T-Scan III durante una simulazione di masticazione a vuoto ci permette di registrare l'esatta sequenza temporale dei contatti e quindi di evidenziare l'eventuale presenza di interferenze estremamente nocive per le nostre ricostruzioni protesiche.

Accompagnando invece i movimenti di lateralità e di protrusiva dei pazienti, possiamo mettere in risalto i rapporti funzionali durante queste escursioni, allo scopo di ripristinare (se ci fosse la necessità) o più semplicemente di non alterare l'equilibrio oclusale pregresso.

Questo esame, vista la sua semplicità, economia e non invasività sarà bene ripeterlo via via durante le fasi di provvisorizzazione e di finalizzazione del manufatto protesico per non immettere alcuna noxa irritativa durante i vari passaggi terapeutici e per mantenere un equilibrio oclusale ottimale a riabilitazione conclusa. Operando in questo modo le nostre riabilitazioni offrono non solo un contributo estetico ma anche un miglioramento funzionale del nostro paziente.



Fig. 1 T-Scan III

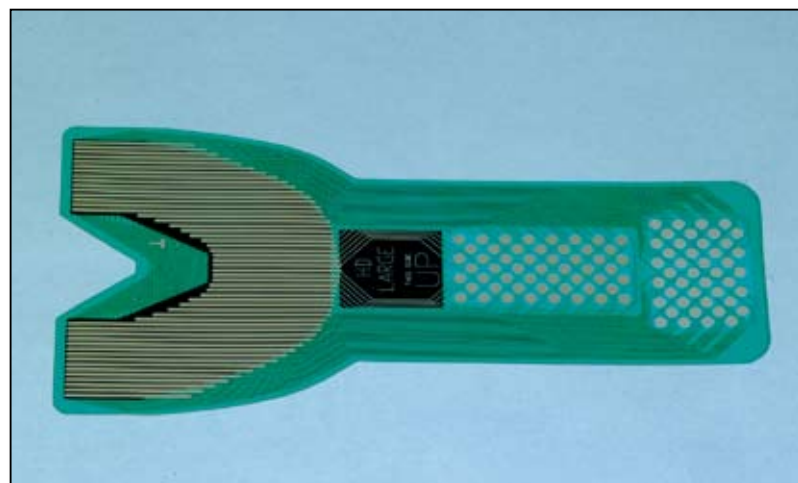


Fig. 2 Sensore digitale monouso



Fig. 3 Utilizzo clinico del T-Scan III

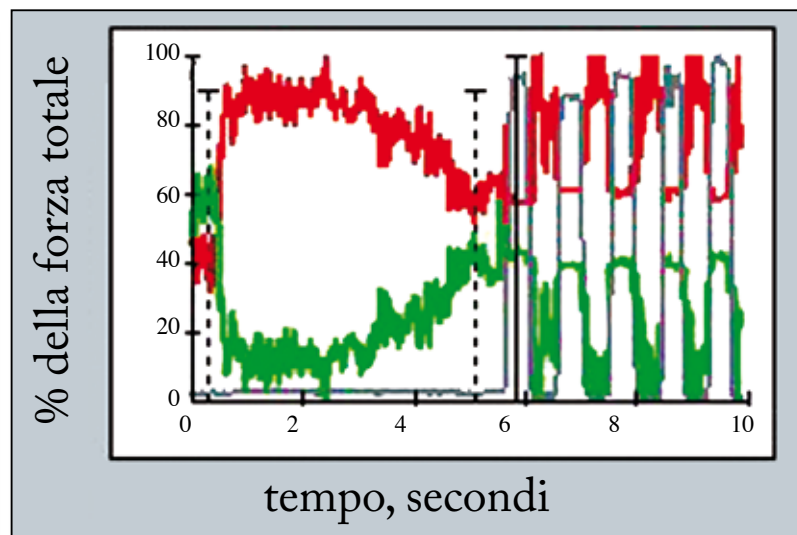


Fig. 4 Grafico lineare che mette in risalto la forza dei contatti in funzione del tempo

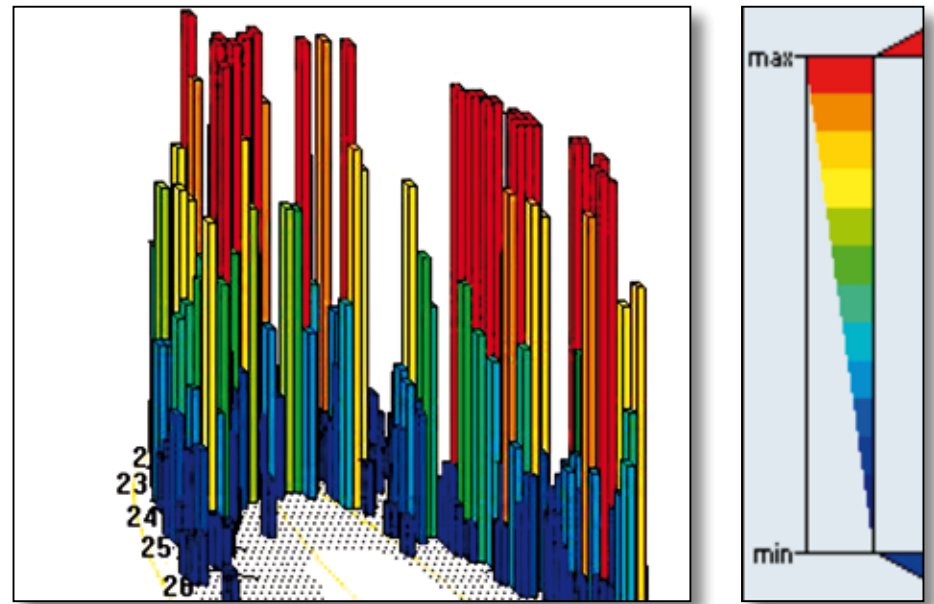
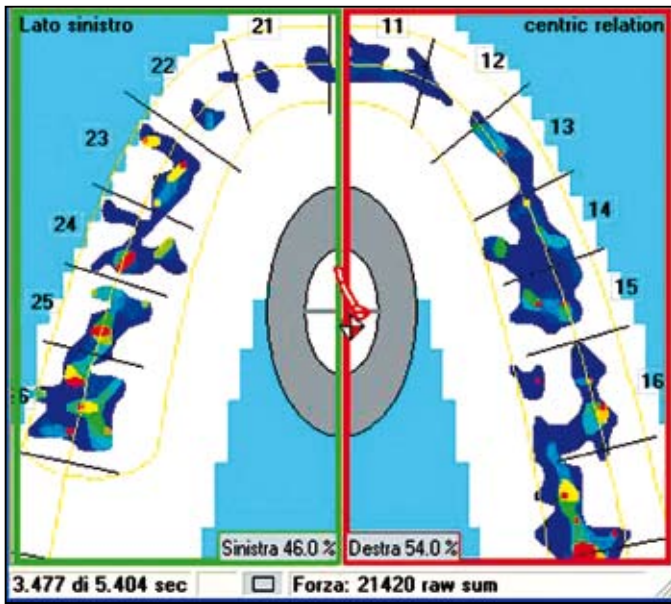


Fig. 5 Registrazione bidimensionale (puntiforme) dei contatti occlusali

Fig. 6 Registrazione tridimensionale (picchi) dei contatti occlusali.
Fig. 7 Visualizzazione cromatica in funzione della forza dei contatti

Fig. 8 Diagramma multi-vettoriale per la determinazione del "Profilo di Rischio Protесico"

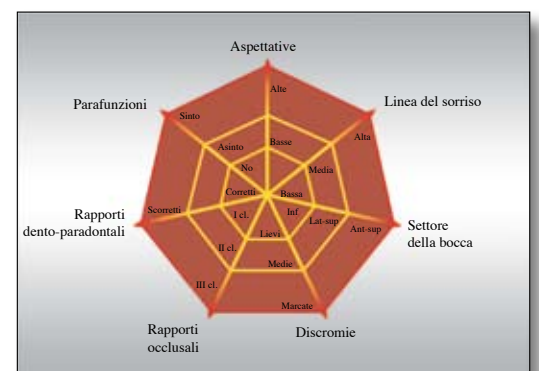
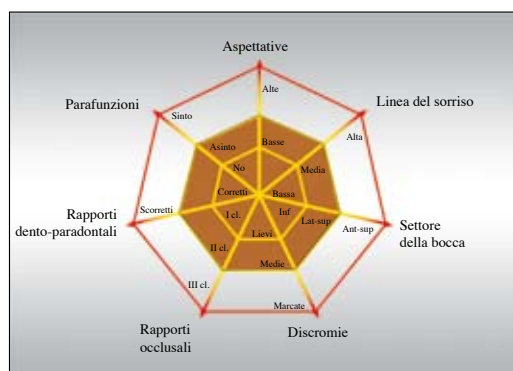
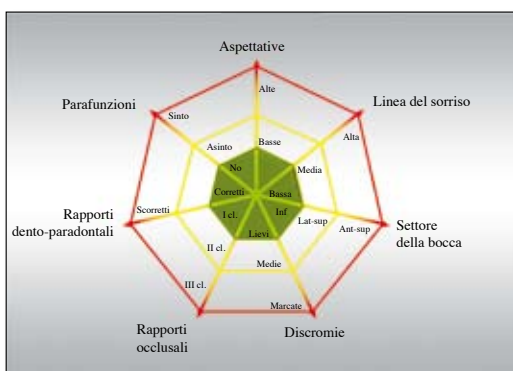
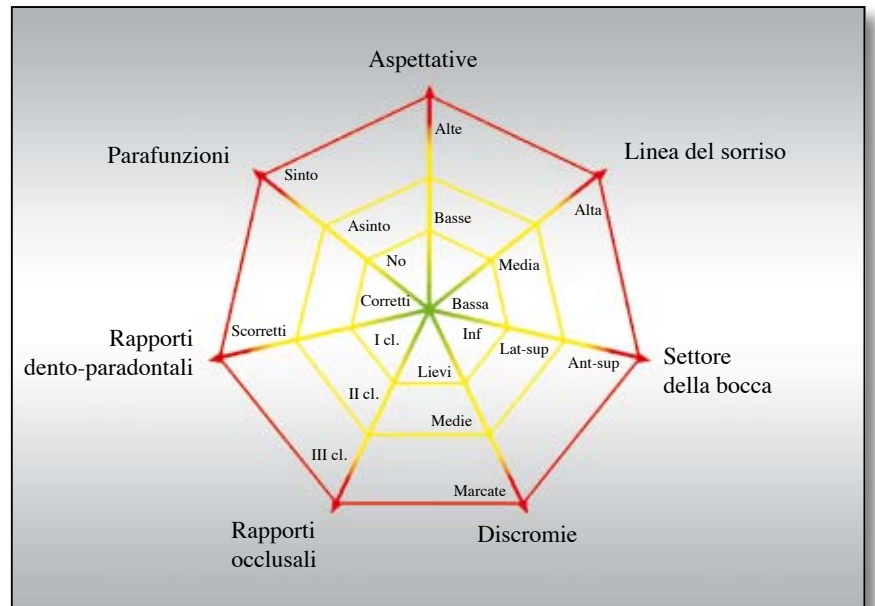


Fig. 9 Esempio di Profilo di Rischio Basso

Fig. 10 Esempio di Profilo di Rischio Medio

Fig. 11 Esempio di profilo di Rischio Alto

Profilo di rischio per faccette

Per poter mettere poi in rilievo e facilmente fruibili alcune delle caratteristiche più importanti raccolte durante l'esame obiettivo del paziente, così da poter definire in modo estremamente rapido ed efficace il suo "profilo di rischio per faccette", ho realizzato un diagramma multi-vettoriale (Fig. 8) (sulla scorta di quello messo a punto da M. Tonetti e da K. Lang [2] nel 2003 per la valutazione del rischio parodontale) in cui ho assegnato ad ogni vettore una caratteristica del paziente, con al centro rappresentate le caratteristiche del paziente a basso profilo di rischio; man mano che ci spostiamo verso l'esterno, le caratteristiche presentano un profilo di rischio più alto (Figg. da 9 a 11).

I parametri che prendo in considerazione sono:

- 1) aspettative;
- 2) linea del sorriso;
- 3) biotipo tissutale;
- 4) settore della bocca da riabilitare;
- 5) discromie;
- 6) rapporti dento-parodontali;
- 7) malposizioni dentali;
- 8) parafunzioni.



Fig. 12 Modello master



Fig. 13 Ceratura diagnostica



Fig. 14 Caso clinico di riferimento. Il piano di trattamento per la risoluzione di questa patologia prevede la realizzazione di una faccetta in ceramica feldspatica



Fig. 15 Mascherine in silicone da utilizzare sia per la preparazione dell'elemento in modo "diagnosticamente guidato", sia per la costruzione di un mock-up indiretto-diretto

La raccolta di queste informazioni e la loro visualizzazione nel diagramma giova sia allo studio (permettendoci in modo semplice ed immediato di definire la strategia clinica terapeutica e procedurale più appropriata), che alla comunicazione con il laboratorio odontotecnico, che può trarre utilissimi vantaggi per le valutazioni e le scelte di sua competenza.

Ceratura diagnostica

A questo punto il passo successivo è quello di valutare da parte del team clinico-tecnico le richieste del paziente e di conseguenza renderlo partecipe delle possibilità e limiti delle nostre soluzioni terapeutiche. Uno degli insegnamenti più importanti che abbiamo ricevuto dai fratelli Magne è quello di cercare di comprendere già ad inizio terapia i desideri dei nostri pazienti, allo scopo di ridurre il livello di stress e il rischio di fallimento durante l'effettuazione della nostra riabilitazione che raggiunge altrimenti il suo apice solo al momento in cui il prodotto è ultimato ed il paziente valuta il nostro operato.

E' facilmente intuibile come il rischio di disattendere le aspettative dei pazienti sia estremamente elevato tutte le volte in cui falliamo nella comunicazione, dove cioè non riusciamo a trasmettere chiaramente le caratteristiche e i limiti della riabilitazione che ci apprestiamo ad effettuare [3, 4, 5, 6, 7]. Da qui risulta chiaro come sia preferibile effettuare una "previsualizzazione del risultato estetico", effettuando una ceratura diagnostica dalla quale otterremo delle mascherine in silicone che saranno di ausilio sia alla "riduzione diagnosticamente guidata" degli elementi dentari da trattare sia per la costruzione di un mock-up indiretto-diretto, ed un provvisorio per tutte le volte in cui non vogliamo utilizzare il mock-up per la costruzione di un provvisorio estemporaneo, che richiede, a volte, dei tempi lunghi alla poltrona (Figg. da 12 a 16).

Avremo inoltre un ausilio indispensabile con il quale potremo confrontarci con i colleghi di altre discipline (ortodontisti - parodontologi - endodontisti) per discutere e pianificare l'algoritmo procedurale, stabilendone una tempistica adeguata alle sequenze terapeutiche da attuare.



Fig. 16 Provvisorio preparato dalla ceratura diagnostica



Fig. 17 Confezione di StatusBlue



Fig. 18 Miscelazione con Mix-Star-eMotion che, presentando dei programmi di miscelazione dedicati a ciascun materiale, assicura uno standard qualitativo sempre elevato



Fig. 19 Posizionamento nel cucchiaio dopo l'avvenuta miscelazione con MixStar-eMotion



Fig. 20 Un particolare della precisione del silicone



Fig. 21 Confezione dell'O-Bite

Figg. 22 e 23 Posizionamento facilitato direttamente sulle superfici occlusali grazie al beccuccio auto-miscelante monouso



Figg. 24 e 25 Stabilità del materiale tra le superfici occlusali

La procedura clinica prevede:

1) Rilevare delle impronte dettagliate delle arcate del paziente con un materiale performante come lo "StatusBlue" (DMG) (Figg. da 17 a 20) che unisce i vantaggi dei siliconi per addizione alle caratteristiche degli alginati. Questo materiale presenta alcune caratteristiche peculiari tra cui:

- elevata stabilità dimensionale e lunga durata;
- superiore recupero dopo deformazione;
- rapido tempo di presa;
- ricolabile;
- buona riproduzione dei dettagli;
- facile da rimuovere dalla bocca (bassa durezza Shore-A);
- compatibile con tutti i gessi.

I dati tecnici dello StatusBlue sono:

- tempo di lavorazione (min.) 1,15;
- tempo di presa in bocca (min.) 1,45;
- cambiamento dimensionale dopo 24 ore (%) 0,4;
- modulo di compressione (%) 0,7;
- deformazione sotto pressione (%) 7,0.

2) Stabilizzare i modelli in occlusione affinché si adattino perfettamente utilizzando materiali estremamente precisi e stabili a base di silicone per addizione (e non più le cere che come sappiamo sono estremamente fragili ed instabili a livello dimensionale). Preferiamo usare un silicone per addizione denominato "O-Bite" (DMG) (Figg. da 21 a 25) che presenta numerosi vantaggi:

- elevata durezza finale, Shore-A 93;
- alta resistenza alla rottura;
- minima resistenza al morso;
- registrazione estremamente semplice in un solo passaggio;
- presa estremamente rapida <30 sec.

3) Uno status fotografico completo del paziente che utilizzeremo per la programmazione delle procedure terapeutiche.

4) Un arco facciale per poter montare i modelli in articolatore (Figg. 26 e 27).



Figg. 26 e 27 Arco facciale Artex per il trasferimento ed il corretto posizionamento dei modelli in articolatore a valori semi-individuali