

# Ricerca funzionale nelle grosse riabilitazioni implantari

Prof. Giuseppe Lomurno e Marcello Scolari

*\*Prof. Giuseppe Lomurno Istituto di Clinica Odontoiatrica Università di Perugia*

*\*\* Odontotecnico in COMO socio fondatore Cenacolo Odontostomatologico Prealpino, socio A.S.E.I*



## MARCELLO SCOLARI

Ricercatore in Como

Autore di numerose pubblicazioni su riviste internazionali.

Relatore in vari Convegni

Interdisciplinari.

Tiene corsi di **Gnatotecnica, Lavorazioni Implantoprotetiche, Ceramica Integrale, Estetica, Duplicazione Oclusale e Fotografia Professionale.**

Ha collaborato all'edizione del libro di Cosimo Papadia:

*“Nuove Tecnologie Per Le Metallo Ceramiche“.*

Dopo le preliminari indagini cliniche del cavo orale, sono state consegnati al paziente due moduli standard per la raccolta dell'**ANAMNESI REMOTA E RECENTE** da compilare subito, oppure, a sua scelta, da riportare compilati in seguito, assieme gli esami contestualmente richiesti (in questo caso solo due radiografie: la OPT e la Tele Latero Laterale del cranio).

Il primo dei due moduli di anamnesi riguarda le **"INFORMAZIONI DI CARATTERE GENERALE**, (malattie passate o presenti, sintomi ricorrenti e loro frequenza, ecc.); il secondo serve per richiedere ulteriori informazioni circa

eventuali interventi chirurgici subiti, incidenti, cure odontoiatriche, problemi all'**ATM**, abitudini alimentari, ecc.

In generale tali moduli sono sufficienti per un gran numero di casi, in quanto è lo stesso paziente che, barrando le voci che lo riguardano, fornisce dati utili per l'inquadramento diagnostico e terapeutico.

In conclusione, nella cartella personale del paziente sono raccolte e conservate almeno la seguenti informazioni:

La modulistica per l'anamnesi

- Esame clinico del cavo orale
- Analisi degli elementi diagnostici
- Fotografie

## **REGISTRAZIONI EXTRAORALI, INTRAORALI E ASSIOGRAFIE. MATERIALI E METODI.**

- RegISTRAZIONI intraorali
- RegISTRAZIONI extraorali
- Tele latero-laterale del cranio

## **BIBLIOGRAFIA**

## Introduzione:

### IMPLICAZIONI GNATOLOGICHE NELLE RIABILITAZIONI IMPLANTARI Con L'IMPIEGO DI PROVVISORI A LUNGO TERMINE

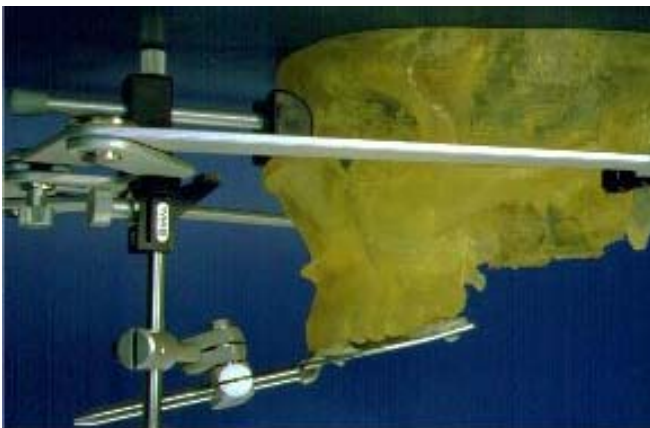
Possiamo enunciare queste quattro regole che sono alla base della riabilitazione implantare e convenzionale:

#### 4 fenomeni che aggravano i disturbi all'atm:

- 1 GUIDA INCISIVA RIPIDA
- 2 DIMINUIZIONE DELLA DIMENSIONE VERTICALE NEI POSTERIORI
- 3 EMINENZA RIPIDA
- 4 AUMENTO DELLA ATTIVITA' MUSCOLARE



**Foto 1** – L'articolazione temporo – mandibolare viene egregiamente simulata tramite l'Articolatore



**Foto 2** – Attraverso l'Arco facciale di trasferimento rapido si ha il rilevamento spaziale del mascellare superiore

L'arco cinematico e i provvisori diagnostici si adattano a grandi lavori, come grosse restaurazioni implantari nella regione dei molari.

La protesizzazione di pazienti adulti parzialmente edentuli e già portatori di protesi necessita di un riscontro preliminare diagnostico-funzionale atto a stabilire la posizione **condilare** e la dimensione verticale.

Nella protesi implantare, il paziente con problemi all'**ATM** usufruisce di un appoggio stabile dato appunto dagli impianti, si pensi ad una riabilitazione di I classe di **Kennedy** con un appoggio stabile non può che migliorare la situazione **condilare**.

Le patologie condilari di origine protesica si possono ridurre confezionando una protesi con dimensione verticale e **posizionamento condilare** corretti, inoltre riducendo la tensione muscolare e creando un contatto stabile nella regione dei posteriori, i condili sono portati a ritornare in posizione fisiologica.

Tutti noi sappiamo che la mandibola si comporta, durante la fase di lavoro, come una leva di terzo grado, molto schematicamente vediamo, semplificando, che negli anteriori o zona delle guide, si ha un maggiore spostamento con una riduzione del carico superficiale, il fulcro è l'articolazione, la resistenza i denti cosicché il lavoro di frantumazione del bolo alimentare è dato dai muscoli, **massetere**, **pterygoideo** interno e temporale.

Durante il lavoro e carico nella regione dei molari, si può avere un **precontatto** che risulterà più dannoso tanto più esso sarà distale perchè il precontatto si comporterà da fulcro trasformando la leva di terza classe in una di seconda classe, se la disarmonia supera la capacità di adattamento del disco, il condilo uscirà dalla sede abituale portandosi in posizione ventrale e creando una situazione di squilibrio.

Un risultato protesico congruo si ottiene solo dopo una indagine funzionale ed un controllo di eventuali **precontatti**.

L'utilizzo di una placca di decompressione e un controllo e riduzione dei **precontatti** che influenzano i **pressorecettori** creando delle contrazioni muscolari indurra il paziente ad un **miorilassamento** favorendo un rilevamento **assiografico**.

### La placca di decontrazione.

Se si intende riabilitare e ricostruire una occlusione la **relazione centrica** dovrebbe essere il punto di partenza diagnostico per qualsiasi correzione occlusale o la ricostruzione dell'occlusione. ( cito testualmente da Peter Witter - LA GUIDA DI CENTRICA Q.O. 4/1997).



**Foto 3** – Nella misurazione effettuata sul modello anatomico si rileva una discrepanza di 15 mm. Dovuta proprio alla misurazione media.

**Occlusione** che si era persa per vari motivi, ad esempio protesi incongrua, degenerazione ed **usura condilare**, perdita di dimensione verticale e sbilanciamento occlusale.

“La posizione centrale dei condili (**centrica**) è costituita dalla posizione **cranioventrale**, senza alcun spostamento laterale, di entrambi i condili in presenza di una **relazione fisiologica condilo-disco** ed un carico fisiologico dei tessuti interessati” ( proposta di definizione della Società Tedesca di Protesica Odontoiatrica e Scienza dei Materiali)

Il **miorilassamento** e la ricerca dell'asse cerniera in posizione fisiologica è lo scopo della placca di decompressione.

L'indagine funzionale ha inizio con il rilevamento delle impronte per confezionare le placche di decompressione, gli strumenti necessari sono: un arco arbitrario facciale di trasferimento, un **articolatore a valore medio** e i modelli superiore ed inferiore.



**Foto 4** – Il controllo che viene effettuato misurando dalla cuspidine distale del sesto alla cresta condilare, conferma la differenza.

Lo scopo delle placche di decontrazione è quello di predisporre il paziente al rilevamento di una centrica e in sub ordine quello di portarlo gradualmente nella occlusione centrica, questa tecnica è da lungo tempo impiegata per curare le patologie all'ATM, infatti permette il **miorilassamento** e **riallineamento condilare**, è utile ribadire che l'occlusione centrica si ha quando i denti sono in massima **intercuspidazione** con i condili in posizione centrica.



**Foto 5** – Il limite e l'obiettivo nelle grosse riabilitazioni, consiste nell'avvicinarsi il più possibile al modello anatomico.

L'indagine funzionale predisporre la preparazione dei provvisori diagnostico-funzionali una RX **latero-laterale** in occlusione abituale permette di stabilire la classe dentale e scheletrica, inclinazione dei denti rispetto al piano occlusale e la **dimensione verticale**, il **rilevamento assiografico** consente di stabilire la posizione mascellare per ottenimento di una armoniosa curva

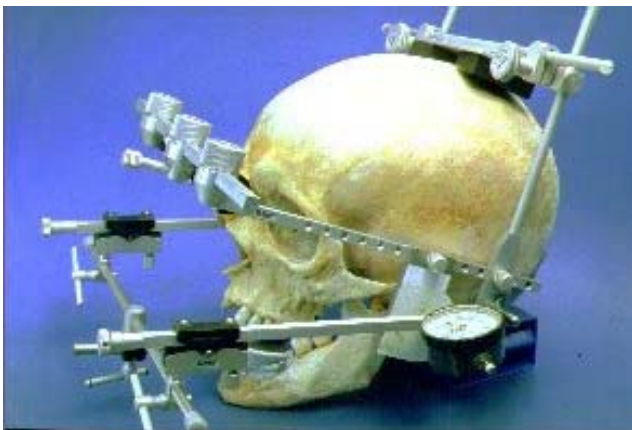
di compensazione sagittale e trasversale ed una centrica stabile, la determinazione dell'**angolo di Bennet** che permette di stabilire la mobilità laterale del paziente e l'influenza dei movimenti **laterotrusivi** ed infine **l'asse cerniera condilare**.



**Foto 6** – Una fedele riproduzione del modello anatomico vuol dire “funzione corretta”.

Con l'aiuto degli inserti l'odontotecnico è in grado di considerare i corrispondenti spazi liberi e modellare l'**occlusione**: in tal modo il dentista non deve più effettuare lunghi lavori di aggiustamento occlusale.

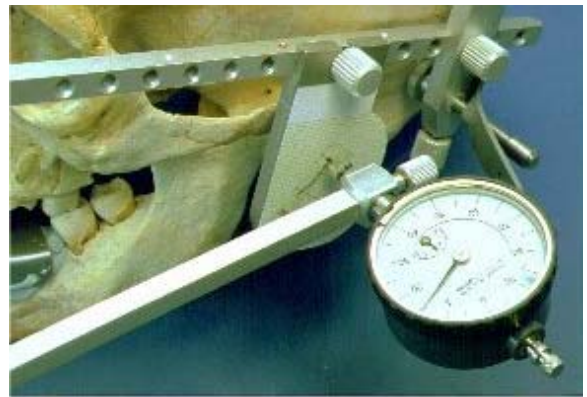
Nella realizzazione delle **cerature diagnostico-funzionali** non partiamo dal presupposto che la natura sia perfetta, ricostruire limitandoci a lasciare le cose come stanno può avere e causare conseguenze problematiche, l'intento comune deve essere quello di ricostruire migliorando la situazione **endorale** senza danneggiare.



**Foto 7** – Il rilevamento **assiografico** è adatto alle grosse riabilitazioni implantari convenzionali

Per far questo dobbiamo conoscere molto delle funzioni e dell'anatomia. Di norma nel procedere ad una riabilitazione si dà poca importanza all'indagine funzionale, all'**occlusione**, alla dimensione verticale, alla posizione condilare e il carico occlusale bilanciato. Questi importanti fattori di solito non vengono considerati.

Nella moderna **ceratura** viene considerato il concetto di **FREEDOM-IN-CENTRIC** (Ranford, Ash), oppure di strutture di guida sequenziale secondo Slavicek e i percorsi lungo le cuspidi e spazio libero retrusivo come da **ceratura biomeccanica** secondo Polz oppure nella ceratura gnatologica naturale secondo Schulz.



**Foto 8** – L'**assiografia** ci permette il rilevamento dell'**asse intercondilare** (asse-cerniera) del **Bennet**, consentendo di riprodurre i movimenti di **laterotrusione** e **mediotrusione** e consente inoltre di aumentare o diminuire la dimensione verticale.

Tutte queste teorie hanno in comune la costruzione della superficie occlusale. Tutte queste scuole di pensiero concordano sul principio che i movimenti eccentrici e delle guide anteriori che proteggono le zone posteriori e che sono in relazione al **tracciato condilare** rispetto al piano asse orbitale, e quindi una dominanza canina nei movimenti di latero-trusione con **disclusione** immediata di tutti i denti non compresi dalla guida funzionale del lato di **latero-trusione** e di tutto il lato di **medio-trusione**.