

- Nella ceratura di uno o pochi elementi riproduciamo l'anatomia il più fedelmente possibile
- Nella **ceratura** di una ricostruzione estesa è utile e importante conoscere la dimensione verticale e i valori rilevati nell'**assiografia**.
- Controllare ripetutamente la validità delle informazioni **gnatologiche** con i provvisori, infine con la replicazione oclusale.
- Il dente dei sei anni resta senza segni di usura solo qualche tempo, pertanto è inconcepibile modellare un 26 integro ad un paziente di 30 anni.
- un concetto universale insegna che è utile lasciare un grado di tolleranza nei movimenti eccentrici.
- la forma è l'immagine plastica della funzione, le **cerature** vicine ai canoni naturali aderiscono a questo concetto.

Non vorrei essere tacciato di qualunque e pressapochismo quando indico le peculiarità di diverse scuole di pensiero ma, in primis ogni scuola trae i suoi principi da altre esperienze ed in secondo luogo trovo vantaggioso seguire quello che reputo interessante ed innovativo, quindi oculatamente ricerco quello che trovo compatibile con la scuola di Slavisek, che è la base delle mie riabilitazioni. (Fig. 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8).



Foto 9 – La prudenza ci consiglia di ridurre le superfici oclusali in modo da ridurre il braccio di leva sull'impianto. Non ci si deve scordare che un molare ha tre o quattro radici per cui mediando, inseriamo la superficie di un settimo al posto di quella di un sesto.



Foto 10 - In una modellazione superiore la tendenza è quella di "premolarizzare".

L'indagine funzionale si avvale di due metodi pratici di rilevazione, l'**arco facciale rapido**, adatto per lavori di media complessità, si ottiene il posizionamento del mascellare sup.

Con l'arco **cinematico** si ottiene il rilevamento dell'**asse intercondilare** (cerniera) il **bennet**.

Nei casi complessi si usa l'**arco cinematico** per la realizzazione del provvisorio a medio e lungo termine, con il provvisorio diagnostico ci si accerta della validità delle rilevazioni e si controlla il comportamento dell'**ATM**.



Foto 11 - Rilevamento assiografico sulla paziente del primo caso



Foto 12 – La RX latero-laterale ci permette di individuare la classe scheletrica, i piani e gli angoli oltre al riscontro medio della dimensione verticale.

IL COMPITO DEL PROVVISORIO:

Al provvisorio moderno competono molti ruoli, ad esso spetta il nominativo di terapeutico e diagnostico:

E' nella protesi implantare che esso trova la sua principale applicazione, vediamo di stabilirne i compiti, spesso sottovalutati.



Foto 13 - Il provvisorio diagnostico a lungo termine ha una enorme importanza per la buona riuscita della protesi definitiva.

Il Provvisorio a carico progressivo, viene impiegato dopo l'inserimento **implantare** e a seconda delle scuole a distanza di mesi, fino a sei ed anche otto, per stimolare la osteointegrazione, il carico implantare viene aumentato progressivamente in modo atraumatico. Il carico progressivo secondo le leggi di biomeccanica favorisce il formarsi, a contatto delle pareti implantari di osso sano di buona qualità.

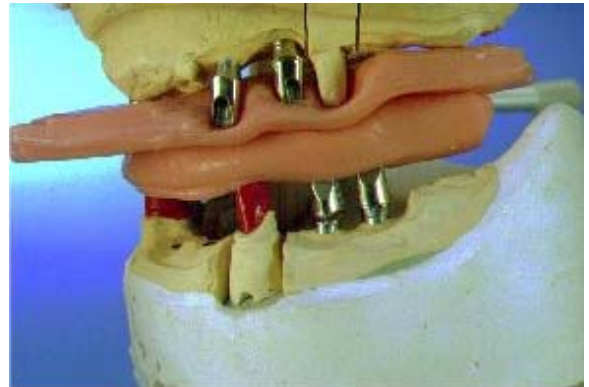


Foto 14 – La dimensione verticale del provvisorio viene riprodotta tramite un compasso e la cera.



Foto 15 – Il rilevamento assiografico, la cera di occlusione e la base di montaggio del SAM 3 ci consentono il corretto posizionamento articolare e funzionale.

Provvisorio a medio e a lungo termine.

Restauro temporaneo di una riabilitazione che comprende i quattro quadranti deve interessare la dimensione verticale, che non deve essere sottovalutata nella sua globalità.

Si deve quindi eseguire una progettazione con caratteristiche di buon livello, Una indagine **assiografica** e una **ceratura diagnostica** su articolatore individuale. Nella ricerca della corretta dimensione verticale, L'odontoiatra può avvalersi del provvisorio per incrementare la dimensione verticale, questo metodo si basa sulla esperienza del professionista che determina in modo empirico la dimensione , ad esso si affincano il **radiologo** e l'**ortodonzista** che determinano in base alle diverse scuole gli angoli e la dimensione verticale.

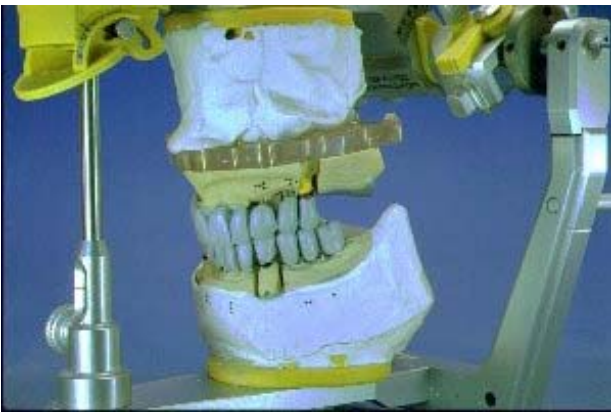


Foto 16 – Ceratura su modelli Master.

La presenza di **mio-contratture** determina un problema articolare, in fase di anamnesi il clinico controllerà lo stato di tensione muscolare e con una palpazione ai muscoli deputati all'occlusione ne verificherà la dolenzia.



Foto 17 – Visione dal lato destro.



Foto 18 – Veduta del lato sinistro

Provvisorio diagnostico terapeutico.

La ricerca preliminare è utile perché ci permette di costruire la protesi definitiva sull'esperienza maturata dall'analisi intraorale eseguita tramite il **ponte diagnostico terapeutico**.

E' noto il limite di affidabilità della rilevazione masticatoria con le metodiche convezionali. Con questa tecnica possiamo fare affidamento non già sull'articolatore, che è pur sempre un attrezzo meccanico che simula la funzione dell'**articolazione temporo mandibolare**, ma sul paziente stesso, facendogli portare il ponte diagnostico.

Possiamo così valutare l'adattamento del nostro manufatto nell'apparato **stomatognatico** del paziente stesso.



Foto 19 . Visione parziale della struttura metallica realizzata in **Degubond 4 Degussa**

In presenza di problemi all' **A.T.M.** il clinico prima della riabilitazione definitiva può decidere di apportare piccole correzioni all'occlusione, incrementare o diminuire la dimensione verticale, creare delle guide e riportare i condili in centrica guidando l'occlusione con una **guida incisiva** canina ed eliminando i contatti nocivi. Al **provvisorio diagnostico** spetta il compito di indagine e di verifica funzionale prima della **riabilitazione** definitiva che duplicherà e lo ricalcherà.



Foto 20 – Veduta della superficie superiore destra della travata metallica. Si possono notare gli ampi spazi che la caratterizzano.

Il contatto parodontale.

Il **cercine implantare** nonché il cercine naturale deve essere perfettamente detergibile nel **provvisorio a medio e lungo termine** nonché nella protesi definitiva, quindi controllo e accessibilità su tutta la superficie che è a contatto con la mucosa orale.

Un nuovo ruolo che si richiede al provvisorio è quello di sagomare la sede **implantare** stimolandone la modellazione, l'estetica rosa assume un ruolo pari e superiore alla estetica bianca, infatti è inconcepibile pensare ad una protesi estetica che poggia su una mucosa cianotica e ipertrofica. FIG. 9 – 10 – 11 – 12 - 13.

Solo dopo aver accertato il corretto funzionamento **biomeccanico** del ponte provvisorio passiamo alla attuazione della travata definitiva in metallo ceramica del tavolo occlusale.

(FIG. 14 – 15 – 16 – 17 – 18- 19 – 20 – 21 – 22 – 23 – 24 – 25 – 26 – 27).



Foto 21 – Una veduta della superficie sinistra



Foto 22 – Visione delle due grosse riabilitazioni metalliche nell'insieme. L'ottima qualità del metallo usato ci dà la certezza, nel tempo, dell'adesione fisico-chimica.



Foto 23 – La superficie estetica, quella occlusale-funzionale e fonetica, sono riprodotte in resina autopolimerizzante.



Foto 24 – Lavoro finito in Ceramica VITA 900



Foto 25 – Veduta del lato vestibolare sinistro



Foto 26 –27 – La superficie linguale inferiore vista dai due lati destro e sinistro



Con la tecnica delle **mascherine** è possibile eseguire un metallo giustamente sotto dimensionato, pronto a ricevere uno spessore uniforme di **ceramica**. Questo procedimento ne migliora l'unione chimico fisica, e l'addensamento delle particelle ceramiche, consentono di ridurre al minimo la retrazione centripeta della ceramica. Attraverso questi passaggi possiamo duplicare il tavolato oclusale ottenuto attraverso la **ceratura diagnostica**, e replicato in resina fotosensibile per il ponte **provvisorio diagnostico** successivamente si passa alla ceramizzazione del ponte definitivo. Il controllo della occlusione sarà scrupoloso. Nei movimenti limite non si dovranno verificare contatti traumatici, mentre nella posizione di massima **intercuspidazione**, verificheremo la sovra e sotto occlusione. Il protocollo per la replicazione del tavolato oclusale è una metodica collaudata da anni di impiego.

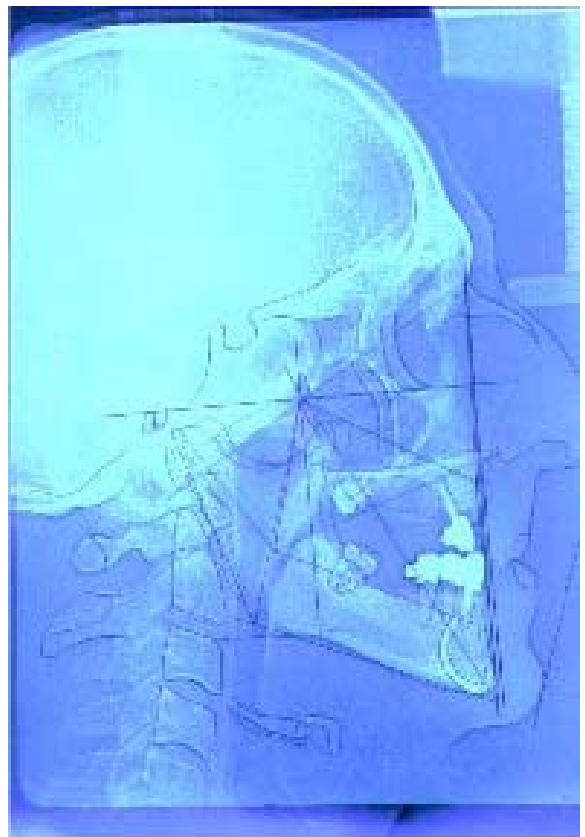


Foto 28 – Un secondo caso. Si inizia con la misurazione latero-laterale.