

Overdenture su barre distali con ritenzioni micro filettate

Ugo Massimo Viganoni, Gabriele Poma, Giorgio Poma

▷ Caso clinico

Paziente maschio di 67 anni edentulo, portatore di una protesi completa mobile superiore e di una protesi inferiore sostenuta da overdentures impianto supportata (impianti Straumann). La richiesta del paziente è di una riabilitazione protesica dell'arcata mascellare più stabile e confortevole rispetto alla protesi completa mobile che porta da svariati anni. Dall'esame clinico e radiografico del mascellare superiore a mezzo CBCT (Figg. da 1 a 6b) si evidenzia un'estrema atrofia della premaxilla, come si può vedere dalla ricostruzione stereolitografica (Figg. da 7 a 10), mentre i settori diatorici presentano una qualità ossea molto scarsa.

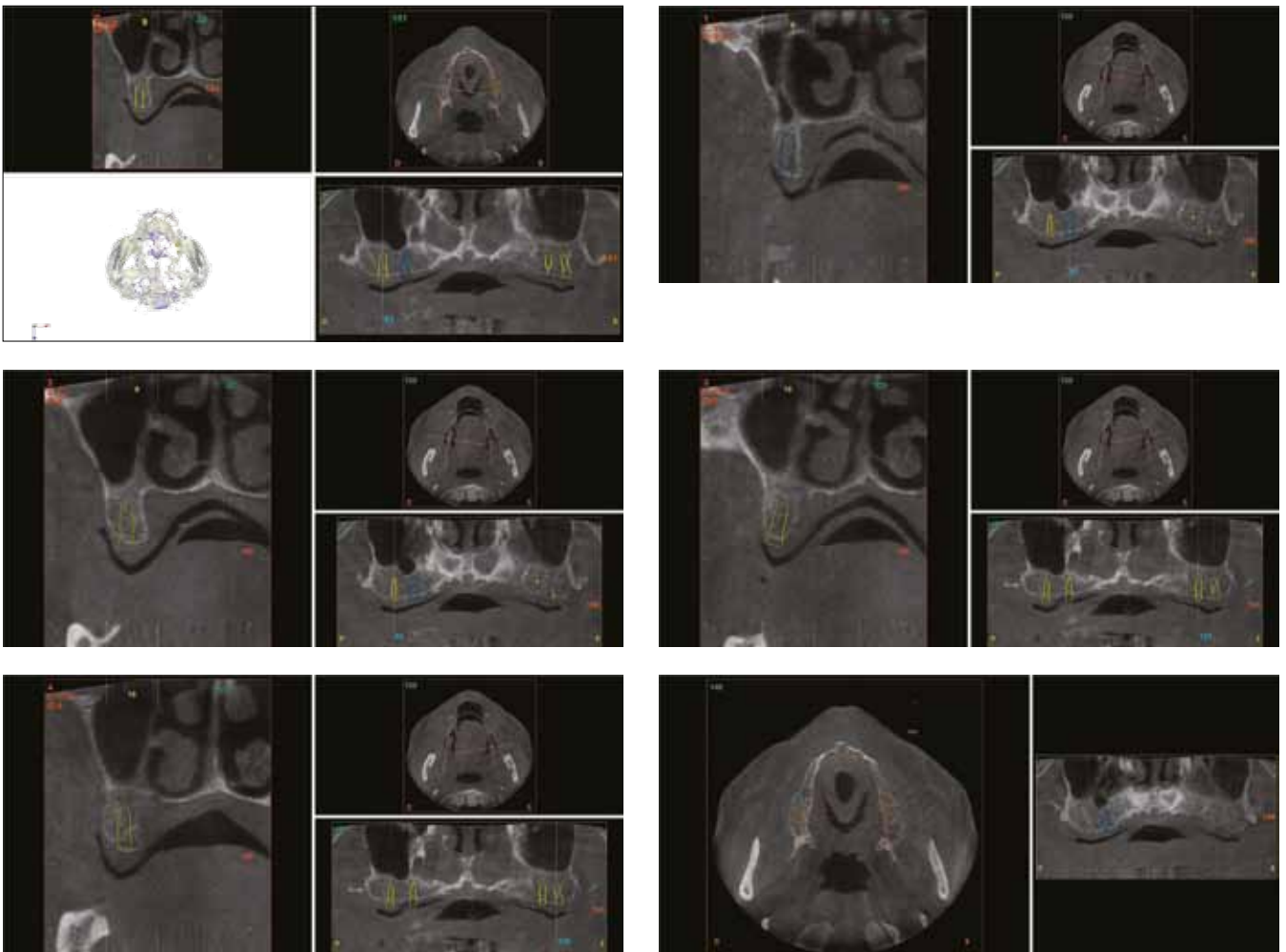
Le anamnesi medica ed odontoiatrica non hanno evidenziato patologie locali o sistemiche che controindicassero l'uso di impianti osteointegrati per supporto delle protesi. Tuttavia, per esigenze lavorative e relazionali, il paziente non è disposto a sopportare i postumi di un importante intervento di rigenerazione per aumento dei volumi ossei e soprattutto la necessità clinica di astenersi dal portare la protesi mobile per evitare il

carico sulla zona da rigenerare. Il piano di trattamento proposto al paziente prevede quindi una riabilitazione con overdentures su impianti a barre lamellari contrapposte nei settori posteriori dell'arcata mascellare. Tale impostazione terapeutica ci permette un tipo di chirurgia meno invasiva ed un maggior comfort per il paziente nel periodo di quiescenza fino all'integrazione degli impianti.

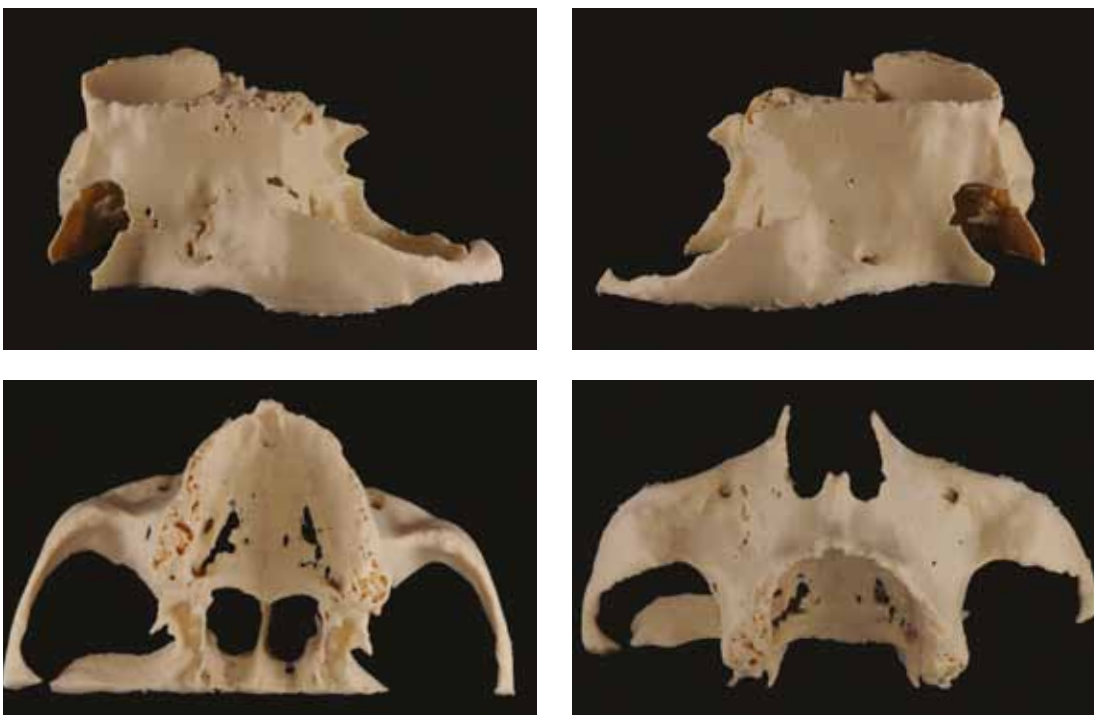
In presenza di un osso di classe D4, si preparano i siti implantari utilizzando solo expander manuali e allargando l'invito creato con fresa Torpan; si attiva l'alveolo con fattori di crescita autologhi prima dell'inserimento delle fixtures. Si utilizzano viti RN Straumann impattando il collo sulla cresta per cercare di migliorare la stabilità primaria (Figg. da 11 a 13). Inseriti gli impianti su 15,17 - 25,27 ad osteointegrazione avvenuta, possiamo rilevare la prima impronta in alginato per realizzare dei porta impronte individuali in resina fotopolimerizzabile che consente una impronta di precisione con i transfer per cucchiaio aperto; realizzati i modelli master andremo a realizzare le masticazioni.



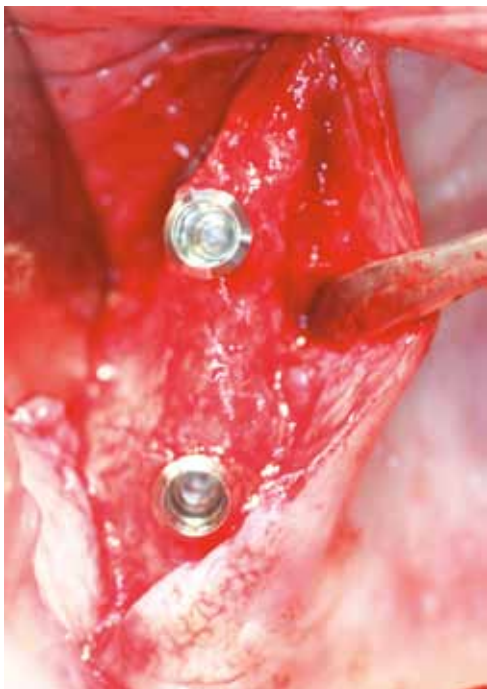
Fig. 1 OPT iniziale



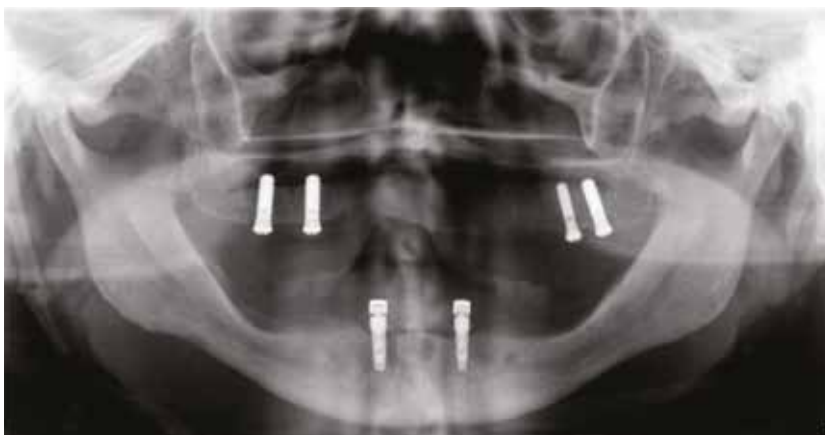
Figg. da 2 a 6b TAC CBCT



Figg. da 7 a 10
Ricostruzione
stereolitografica



Figg. 11 e 12 Chirurgia implantare



Figg. 13 OPT di controllo dell'osteointegrazione

Rilevate le masticazioni, con le rispettive misurazioni del piano orizzontale, piano verticale, linea del sorriso e linea mediana, trasferiamo tutti i valori nell'articolatore Stratos (Ivoclar), montando il superiore in piano orizzontale e di conseguenza il modello inferiore. Scegliamo i denti in base alla forma del viso utilizzando il Form Selector. Per il caso trattato la migliore scelta è rappresentata dai denti Physiostar NFC+ forma 666 superiore e forma 996 inferiore; per i posteriori decidiamo di montare i Bonartic NFC+ in colorazione A2 VITA che verranno successivamente caratterizzati. Rileviamo poi la colorazione della mucosa in colore 34 e 55 della resina Aesthetic Candulor.

Realizziamo il montaggio denti diagnostico in piano dell'arcata superiore e inferiore che utilizzeremo come linea guida per la realizzazione delle barre e contro-barre. Eseguita la prova sul paziente e la verifica dei parametri funzionali ed estetici (masticazione, linea del sorriso, mediana e fonetica), procediamo alla progettazione delle barre con un software Cad, utilizzando il montaggio diagnostico come riferimento per i volumi. Vengono realizzate le sedi per le boccole filettate posizionando sulle barre gli attacchi virtuali Ot Cap Micro (239 SFM) (Figg. da 14 a 17).

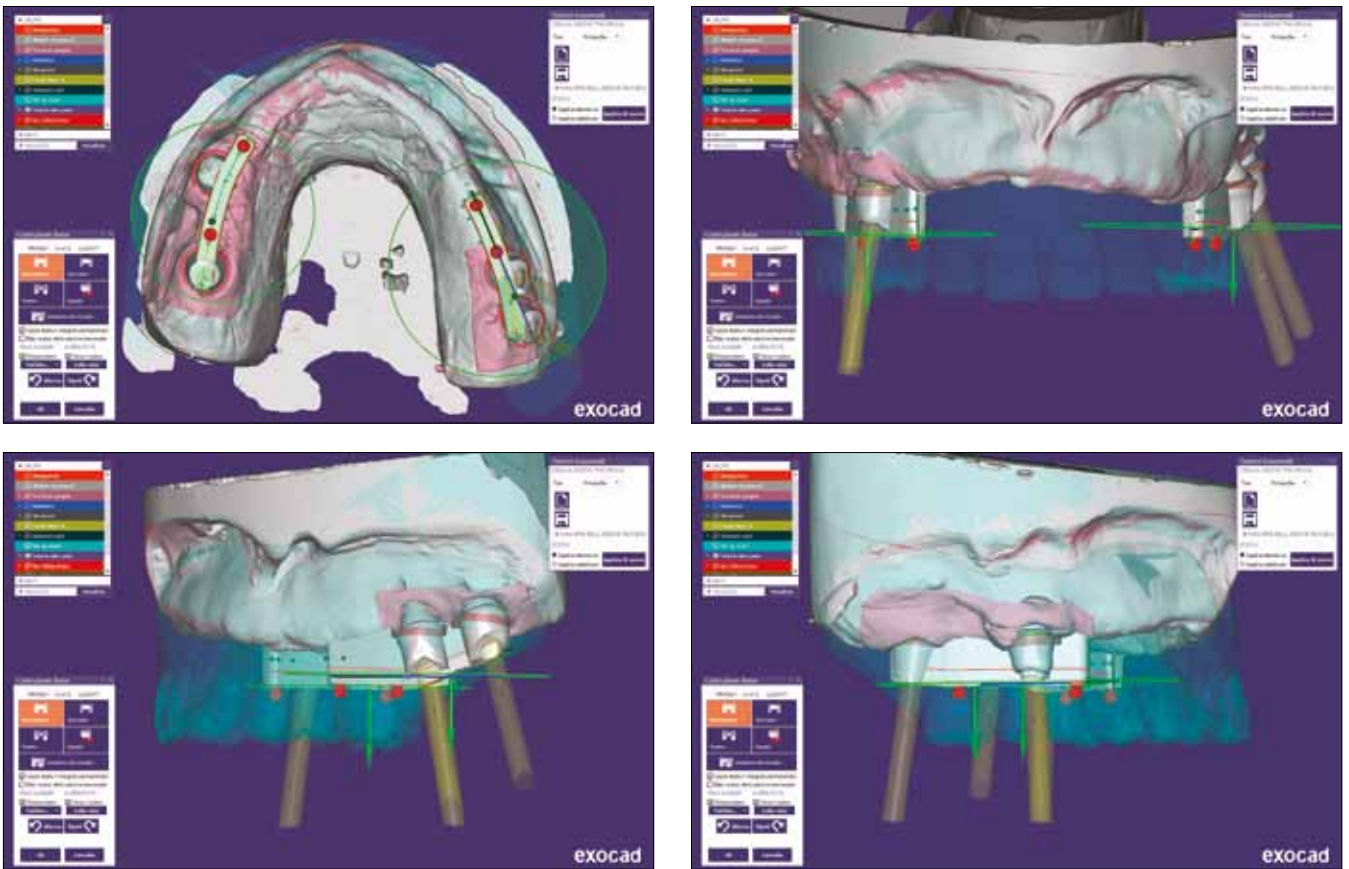


Fig. da 14 a 17 Progettazione barre cad

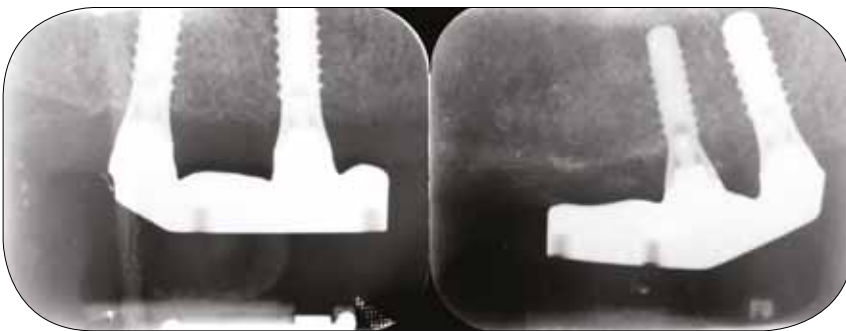


Fig. 18 RX di controllo fit barre

Progettate le due barre superiori e fresate con un materiale calcinabile, procediamo alla fusione in lega di cromo cobalto tipo 5. Dopo un'accurata rifinitura e lucidatura, in studio avviene la prova delle barre avvitate con RX (Figg. 18 e 19).



Fig. 19 Barre cavo orale

Fig. 20



Fig. 21



Fig. 22



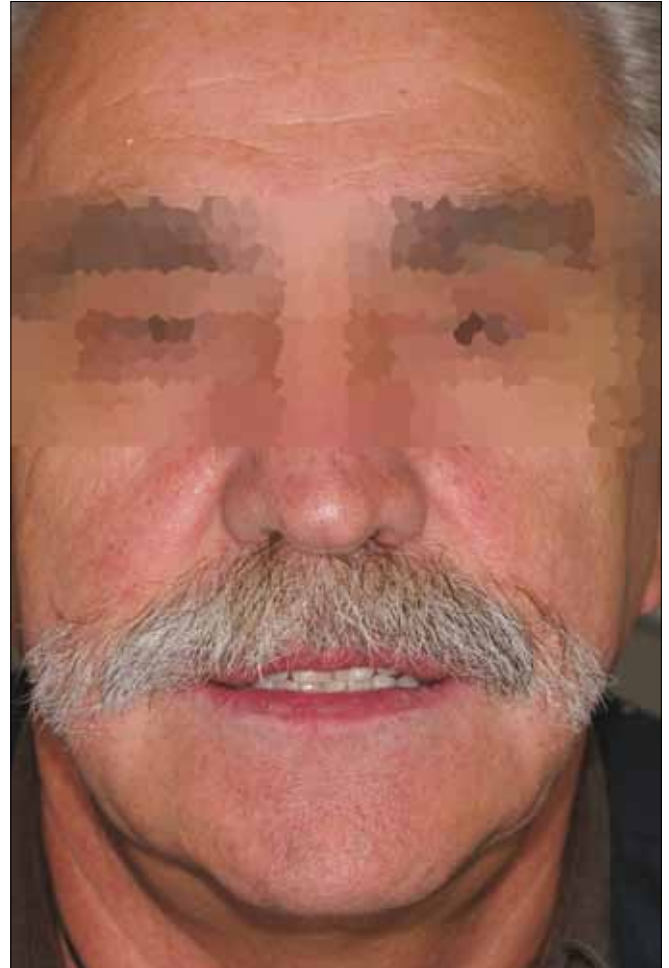
Viene inoltre realizzato un porta impronte individuale in resina per procedere all'impronta di posizione delle barre avvitata. Eseguito il modello, si procede alla realizzazione della contro barra. Andremo a rifinire e modellare la contro barra per la fusione sempre in lega cromo cobalto tipo 5. Dopo la rifinitura e la lucidatura, procediamo alla prova delle barre e contro barra su paziente. Inseriti gli attacchi OT Cap Micro e le cappette CRM bianche con ritenzione standard, si esegue il montaggio definitivo inglobando la contro barra. In studio si effettua la prova definitiva.

Procediamo alla modellazione dei colletti, delle flange e prepariamo le muffole proteggendo la modellazione con un silicone per mascherine. Procediamo alla resinatura utilizzando come colorazione base un mix delle polveri colore 34 e 55 (resina Aesthetic Candulor), mentre per la resinatura dei colletti decidiamo di utilizzare un mix delle

polveri di colorazione 53 e 55. Utilizziamo anche delle gocce di intensivo rosso per caratterizzare le nostre protesi rendendole il più naturale possibile per la migliore integrazione nella cavità orale del paziente. La rifinitura, la caratterizzazione dei denti e la lucidatura viene eseguita a banco. Consegnamo al paziente della protesi superiore su barre e l'inferiore su attacchi 040 CRN (Figg. da 20 a 25).

► Conclusioni

Il paziente risulta essere molto soddisfatto della riabilitazione eseguita avendo eliminato il palato presente nella protesi precedente. Nei controlli periodici, dopo la consegna, riscontriamo un'ottima stabilità, una buona fonetica, un'ottima linea del sorriso e una buona riabilitazione dei volumi delle labbra.



Figg. da 20 a 25 Protesi e sorriso

Gli autori

Dr. Ugo Massimo Viganoni

Nato a Milano il 09.12.1963, residente in Monza. Dottore in Odontoiatria e Protesi dentaria, anno di laurea 1987, Università degli Studi di Milano. Master in implantologia clinica e biomateriali, A.A. 1996/1997, Università G. D'Annunzio (Chieti). Master in Medicina orale e Terapia odontostomatologica Laser assistita A.A. 2003/2004, Università degli studi Milano - Bicocca. Master in posturologia e gnatologia clinica A.A.2005/2006, Università degli Studi Milano - Bicocca. Frequentazione congressi e corsi nazionali ed internazionali in chirurgia orale, implantologia, parodontologia e protesi. Socio Ordinario A.I.S.I., A.I.O.P. ed A.I.O.L.A. Libero professionista in Monza e Nova Milanese.

S.D.A. Studi Dentistici Associati S.R.L

Via Dante Alighieri 8/h • 24050 Calcinate (BG) • ugo.viganoni@libero.it

Gabriele Poma

Nato a Bergamo il 16.01.1988, residente in Calcinate (BG). Diplomato odontotecnico nel 2012, Centro Studi Leonardo Da Vinci (Bergamo). Lavora presso il laboratorio di SDA Studi Dentistici Associati dal 2010, trainer certificato presso Sirona Digital Academy dal 2014. Attività prevalente praticata: operatore sistematiche CAD-CAM; specializzato in protesi fissa e ceramica integrale.

gabriele.poma@essedia.it

Giorgio Poma

Nato a Bergamo il 23.10.1980, residente in Calcinate (BG). Diplomato odontotecnico nel 1999 presso l'Istituto Professionale Leonardo Da Vinci (BG). Odontotecnico presso il laboratorio SDA Studi Dentistici Associati dal 2009. Attività prevalente praticata: specializzato in protesi mobile e overdenture su impianti.

giorgio.poma@essedia.it