

Ezio Bruna
Andrea Fabianelli
Marco Corrias

La progettazione protesica

Dalla prima visita
alla realizzazione finale:
un pensiero logico

Con la collaborazione di

Giorgia Corrias
Francesco Fava
Giancarlo Malagnino
Paolo Mola
Virginia Mola
Lorenzo Noveri
Sara Rossi
Marco Salin

Editor
Paola Sammaritano
Responsabile Redazione
Arianna Ribichesu
Produzione Libri
Lorenzo Pucci
Impaginazione
T&T Studio
Copertina
Laura Barzacca

■ I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche), sono riservati per tutti i Paesi. Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633.

■ Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali, Corso di Porta Romana 108, 20122 Milano, e-mail autorizzazioni@clearedi.org e sito web www.clearedi.org.

■ L'Editore ha compiuto ogni sforzo per ottenere e citare le fonti esatte delle illustrazioni. Qualora in qualche caso non fosse riuscito a reperire gli aventi diritto è a disposizione per rimediare a eventuali involontarie omissioni o errori nei riferimenti citati.

■ La medicina è una scienza in continua evoluzione. La ricerca e l'esperienza clinica ampliano costantemente le nostre conoscenze, soprattutto in relazione alle modalità terapeutiche e alla farmacologia. Qualora il testo faccia riferimento al dosaggio o alla posologia di farmaci, il lettore può essere certo che autori, curatori ed editore hanno fatto il possibile per garantire che tali riferimenti siano conformi allo stato delle conoscenze al momento della pubblicazione del libro. Tuttavia, si consiglia il lettore di leggere attentamente i foglietti illustrativi dei farmaci per verificare personalmente se i dosaggi raccomandati o le controindicazioni specificate differiscano da quanto indicato nel testo. Ciò è particolarmente importante nel caso di farmaci usati raramente o immessi di recente sul mercato.

© 2026 Edra Edizioni S.r.l.* – Tutti i diritti riservati

ISBN: 9788821459948

eISBN: 9788821459955

Edra Edizioni S.r.l.


Viale E. Forlanini, 21

20134 Milano

Tel. 02 881841

www.edizioniedra.it

Finito di stampare nel mese di febbraio 2026 presso "Kosmoprint" S.r.l. Rimini (RN)

(*) Edra Edizioni S.r.l. fa parte di LSWR  UP

*Più di un anno fa è mancato
Gianfranco Di Febo.*

*È stato un grande e indimenticabile
maestro della protesi.*

*Ci ha lasciato tecniche che oggi
sono diventate di uso comune.*

Questo testo è dedicato alla sua memoria.

Autori



Ezio Bruna

Laureato con lode nel 1977 in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Torino e specializzato con lode in Odontoiatria presso la stessa Università. Ha frequentato centri di ricerca in Europa e negli Stati Uniti, in particolare presso il prof. Eigild Møller alla Royal Dental School di Copenaghen e il dott. Robert Lee alla Loma Linda University.

È stato collaboratore presso il Centro Ricerche e Sviluppo della Whip-Mix, dove ha progettato un nuovo modello di articolatore semi-individuale e un registratore di movimenti condilari di tipo assiografico.

È stato socio dell'Academy of Operative Dentistry, dell'International Academy of Gnathology, dell'Accademia delle Scienze di New York ed è socio fondatore della SIPRO.

Ha pubblicato diversi lavori scientifici sull'uso dei materiali inerenti alla protesi fissa e sulle problematiche occlusali. È coautore dei seguenti testi: *Concetti per una ceratura tridimensionale. Teoria e Tecnica* (Quintessenza Edizioni 2013); *Occlusione in Odontoiatria Restaurativa*, Quaderno degli Amici di Brugg; *La protesi fissa con margini di chiusura verticali* (Elsevier 2011); *La protesi implantare. Vantaggi, problemi e soluzioni pratiche* (Elsevier 2014).

Esercita la libera professione a Piosasco (Torino) presso lo studio Bruna & Corrias.



Andrea Fabianelli

Laureato con lode nel 1986 in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università di Siena. Perfezionato in Odontoiatria Conservatrice e in Protesi Parodontale presso la stessa Università.

Ha conseguito il Master scientifico-culturale in materiali dentari, il Master in Prosthodontic Sciences e Advanced Prosthodontic Sciences, nonché il PhD in materiali dentari presso l'Università di Siena. Ha ottenuto il titolo EPA di Recognised Specialist in Prosthodontics. Dal 1996 al 2003 professore a.c. presso l'Università di Siena e dal 2003 al 2011 professore supplente. Professore a.c. di Protesi presso l'Università di Genova per l'anno accademico 2024-2025. Ricercatore a tempo determinato presso l'Università di Siena dal 2007 al 2009. Visiting Lecturer alla Sheffield University, Sheffield, UK. Tutor presso l'Università di Brescia. Docente al Master in Implantoprotesi di II livello presso l'Università di Genova e l'Università di Siena, e ai Master in Odontoiatria Digitale dell'Università di Napoli e di Brescia.

Membro IADR, Academy of Operative Dentistry, Dick Tucker Study Club, Massironi Study Club, membro attivo di Amici di Brugg, del gruppo internazionale Bio-Emulation, della European Prosthodontic Association e socio fondatore SIPRO.

Autore di numerosi articoli su riviste nazionali e internazionali e relatore in conferenze nazionali e internazionali. Autore, insieme al dott. Ezio Bruna, dei libri *La protesi fissa con margini di chiusura verticali* (Elsevier 2011); *La protesi implantare. Vantaggi, problemi e soluzioni pratiche* (Elsevier 2014). Autore, insieme al dott. Sommovigo, del libro *Restauro Parziale Indiretto dei Settori Posteriori* (Quintessenza 2022). Coautore del testo *Occlusione in Odontoiatria Restaurativa*, Quaderno degli Amici di Brugg.



Marco Corrias

Laureato in Medicina e Chirurgia nel 1981 presso l'Università degli Studi di Torino.

Per tre anni assegnatario di una borsa di studio della National Foundation for Cancer Research di Bethesda (MD) per ricerche sul cancro.

Dal 1985 si occupa di odontoiatria.

Dal 2011 tutor nei corsi di formazione Neoss nelle "Giornate chirurgiche sul carico immediato".

Autore di pubblicazioni e relatore durante la frequenza del Reparto di Protesi Dentaria della Facoltà di Odontoiatria dell'Università di Torino, prima sotto la direzione del prof. G. Preti e successivamente del prof. S. Carossa.

Coautore di alcuni capitoli del testo *Implantoprotesi: per chi, quando, come* (Officina Editoriale Oltrarno 2013).

Esercita la libera professione a Piossasco (Torino) presso lo studio Bruna & Corrias.

Coautori

Giorgia Corrias

Laureata in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università degli Studi di Torino.
Master in Endodonzia e Odontoiatria Restaurativa nel 2020 presso l'Università degli Studi di Siena.
Libera professionista in Piossasco (TO).

Francesco Fava

Odontoiatra specialista in Ortodonzia.
Esercita la libera professione a Torino dedicandosi esclusivamente all'Ortodonzia, con attività clinica focalizzata alla gestione clinica dei casi ortodontici complessi e multidisciplinari e delle inclusioni dentarie.

Giancarlo Malagnino

Dal 2004 al 2015 interno del reparto di Endodonzia dell'Università "G. d'Annunzio" di Chieti.
Responsabile scientifico del corso di Perfezionamento in Endodonzia dell'Università di Foggia.
Libero professionista in Taranto.

Paolo Mola

Dal 1983 titolare di laboratorio in Rivoli (TO).
Dal 1989 relatore in corsi e conferenze sui temi della metallurgia, della metallo-ceramica, della ceramica integrale e della zirconia con particolare attenzione nello sviluppo dei materiali estetici.

Virginia Mola

Laureata in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università degli studi di Torino.
Specialista in formazione nel progetto "Centro di cure odonto-protesiche per pazienti affetti da gravi patologie di ordine generale" presso A.O. Mauriziano Umberto I di Torino.

Lorenzo Noveri

Laureato nel 1987 in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Torino.
CEO e Direttore scientifico della BiotechNovations Srl dal 2017.
Svolge l'attività di odontoiatra in Sanremo.

Sara Rossi

Laurea in Igiene dentale presso l'Università di Siena nel 2014, con il massimo dei voti e Lode.
Svolge la professione presso lo studio del Dott. Marco Salin in Arezzo.

Marco Salin

Laureato in Medicina e Chirurgia nel 1985 presso l'Università degli Studi di Siena.
Coautore dei libri: *Occlusione in Odontoiatria Restaurativa* (Quaderno degli Amici di Brugg); *Tecnica MISE. Procedure chirurgiche* (Edra 2016); *Allungamento chirurgico di corona clinica* (Acta Medica 2023).
Libero professionista in Arezzo.

Prefazione

L'odontoiatria è una professione che richiede senz'altro un elevato grado di abilità manuale, acquisibile nel tempo attraverso la conoscenza dei principi fondamentali che regolano le terapie del cavo orale. Tuttavia, la parte più complessa rimane la formulazione del piano di trattamento, che deve scaturire da una visita accurata integrata dagli esami strumentali del caso.

Questo testo presenta i concetti scientifici che guidano l'analisi delle diverse possibilità terapeutiche, individuando tra esse quelle più predicibili. È proprio la conoscenza approfondita delle caratteristiche dei materiali e delle percentuali di successo e insuccesso delle varie pratiche terapeutiche a orientare le scelte nel piano di trattamento.

Una visita condotta correttamente non solo tutela da scelte inadeguate e dalle conseguenze che ne derivano, ma trasmette al paziente la percezione della serietà professionale che deve contraddistinguerci.

In questo processo, l'odontoiatra assume un ruolo centrale nell'elaborazione del trattamento odontoiatrico, indipendentemente dalla sua complessità. Come suggerisce Antoine de Saint-Exupéry: "È nello sguardo di chi osserva che una pila di pietre può trasformarsi in cattedrale: allo stesso modo, è nella capacità di visione del clinico che un insieme di dati diagnostici diventa un percorso terapeutico coerente e di successo".

Ezio Bruna, Andrea Fabianelli, Marco Corrias

Indice

Capitolo 1			
Valutazioni generali e analisi dei fallimenti	1		
Valutare un piano terapeutico	1		
Alcune casistiche	2		
La letteratura scientifica	3		
Analisi dei fallimenti	7		
Capitolo 2			
Anamnesi patologica generale	11		
Capitolo 3			
Anamnesi stomatologica	15		
Articolazione dell'anamnesi stomatologica	15		
Caratteristiche negative del paziente	18		
Capitolo 4			
Visita stomatologica	21		
Articolazione della visita stomatologica	22		
Motivo della visita	22		
Informazioni soggettive	22		
Informazioni oggettive	23		
Non specificato	27		
Capitolo 5			
Carie del moncone	31		
Difficoltà di diagnosi	31		
La prevenzione delle carie	31		
Le cause della cariorecettività	35		
I test sulla saliva	36		
I fattori di rischio	40		
I presidi consigliati a un paziente cariorecettivo	41		
Le tecniche di preparazione	41		
Capitolo 6			
Decementazione	45		
Il basculamento	45		
La ritenzione	46		
La "ritenzione" nelle corone	46		
La stabilità e l'area di Silness	47		
La valutazione dell'altezza dei monconi	48		
L'esame spazio protesico	49		
La valutazione della conicità e dell'altezza	50		
La ricostruzione periferica	52		
La cementazione	53		
Capitolo 7			
Parodontologia	55		
Introduzione	55		
Definizione della malattia parodontale	55		
Fattori che determinano la malattia parodontale	58		
Predisposizione genetica	58		
Batteri	58		
Stile di vita	59		
Diagnosi	60		
Anamnesi generale con implicazioni sul parodonto	62		
Cartella parodontale	63		
Sondaggio	63		
Compilazione dello schema dentale	64		
Mobilità	70		
Indicazioni radiologiche	71		
Diagnosi parodontale	74		
La nuova classificazione della malattia parodontale	76		
Tabella del rischio parodontale	77		
Problemi parodontali e gestione dei provvisori	79		
Riflessioni in perioprotesi	81		
Problemi parodontali e impianti	82		
Riflessioni in implantoprotesi	82		
Piano di trattamento parodontale	84		

Sequenza degli appuntamenti in terapia parodontale non chirurgica	85	<i>L'estensione giornaliera e stagionale dei disturbi</i>	119
Fase preliminare: motivazione e spiegazione delle tecniche di igiene orale	85	<i>Valutazione dell'end-feel</i>	120
Seduta di igiene orale professionale	85	<i>Il joint play</i>	120
Protocollo di One Stage Full Mouth Disinfection (OSFMD)	86	<i>Dolore dinamico e dolore statico</i>	120
Uso incrementale delle punte ultrasoniche e levigatura radicolare	88	<i>Stanchezza muscolare al risveglio</i>	120
Levigatura radicolare	89	<i>Estensione delle escursioni</i>	122
		<i>Conclusioni</i>	122
Capitolo 8		Capitolo 10	
Endodonzia	93	Estetica	125
Introduzione	93	L'analisi estetica e la sua articolazione	125
Pulpite irreversibile	93	Valutazione di un intervento nel settore frontale	126
Pulpite irreversibile sintomatica	93	Denti discromici	126
Pulpite irreversibile asintomatica	94	Tipi di sorriso	126
Necrosi	94	La posizione del margine incisale-rima labiale	128
Patologia periapicale	94	Forma dentale cervicale	128
Parodontite apicale acuta	94	Le asimmetrie	129
Ascesso apicale acuto	94	Il biotipo gengivale	130
Parodontite apicale cronica	94	Rilevamento dell'ampiezza della gengiva aderente	130
Altre patologie	94	Valutazione delle recessioni	131
Il piano di trattamento	95	Documentazione fotografica iniziale	131
Radiografia e test di vitalità	95	Conclusioni	133
Il piano di trattamento su denti già trattati	96		
		Capitolo 11	
Capitolo 9		Esame delle mucose	135
Esame oclusale	105	Valutazione di eventuali lesioni del cavo orale	135
Introduzione	105	La descrizione di una lesione	136
Esame oclusale: che cos'è e come si articola	107	La segnalazione di anomalie	137
RC e PIM	108		
Overbite (OVB) e Overjet (OVI)	110	Capitolo 12	
L'indice BEWE (Basic Erosive Wear Examination)	110	Esame delle attività parafunzionali	139
Esame dia-Bruxo	112	Perché è importante avere un quadro dell'attività muscolare spontanea nelle 24 ore dei pazienti	139
La valutazione del fremito	112	Brevi cenni sull'elettromiografia	140
Diastemi ingravescenti	113	Come funziona il dia-Bruxo	142
L'apertura della bocca	113	L'importanza del diario delle attività	151
Latero-deviazione e latero-deflessione	114	Le differenze tra i vari tipi di bruxismo e perché è importante distinguerle (serramento, digrignamento, bracing e thrusting)	152
Rumori articolari	115	Le differenze tra bruxismo nel sonno e bruxismo nella veglia	152
La dimensione verticale	116	Il trattamento del bruxismo del sonno e della veglia	153
Masticazione	116	La differenza tra EMG chair side e EMG 24h	156
Cefalea e dolore da disfunzione temporo-mandibolare	118	Comparazione tra polisonnigrafo-poligrafo e dia-Bruxo	156
Disturbi disfunzionali	118		
Cause e trattamento del dolore	118		
Irradiazione	119		

Capitolo 13			
Terapia protesica	159		
Spazio oclusale	159		
Possibile altezza dei monconi	160		
Ceratura di analisi	161		
Confronto merceologico tra i materiali elettivi per la protesi	162		
Metallo-ceramica	162		
Disilicato di litio	163		
Zirconia	164		
Scelta del tipo di ricostruzione e dei materiali	166		
Preparazione verticale (a finire)	166		
Preparazione orizzontale (a spalla)	167		
Schema di utilizzo dei materiali nella costruzione di una corona	168		
Metallo-ceramica (metallo seminobile)	168		
Metallo-ceramica (metallo vile)	169		
Zirconia ceramica	170		
Zirconia monolitica	171		
Disilicato	172		
Acrilico a lunga durata	173		
Soluzioni particolari	174		
Protesi Maryland	174		
Overlay per aumento DVO con registrazione asse cerniera	175		
Protesi rimovibile	176		
Protesi parziale in resina	176		
Protesi scheletrata	176		
Protesi parziale in materiale elastico	177		
Protesi totale	177		
Capitolo 14			
La protesi su impianti	181		
Indicazioni	182		
Controindicazioni	183		
Fattori di rischio sistemici	184		
Fattori di rischio locali	185		
Dima radiologica	188		
Dima chirurgica	190		
Necessità rigenerativa	192		
Pneumatizzazione del seno mascellare	193		
Soluzione protesica su impianti	194		
Avvitata	194		
Cementata	194		
Necessità di monconi intermedi	197		
Materiale per rivestimento estetico	198		
Carico immediato	199		
Occlusione in protesi implantare	201		
Capitolo 15			
Ortondonzia preprotetica	205		
Le alterazioni della dentatura	205		
Le competenze richieste	206		
Capitolo 16			
La riabilitazione complessa non convenzionale	211		
I mattoni per costruire la cattedrale	212		
Cenni di occlusione	214		
Protocollo per una riabilitazione additiva con restauri parziali adesivi	216		
Capitolo 17			
Piano di terapia iniziale	223		
Rivalutazione	225		
Capitolo 18			
Sequenza di visita	227		

Estetica

Andrea Fabianelli, Giorgia Corrias

L'analisi estetica e la sua articolazione

ANALISI ESTETICA	<input type="checkbox"/> Necessario	<input type="checkbox"/> Non necessario
Denti discromici: _____	Tipo di sorriso: <input type="checkbox"/> Coperto <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Gengivale	
Posizione margine incisale/rima labiale: _____ %		
Forma dentale cervicale: <input type="checkbox"/> Triangolare <input type="checkbox"/> Quadrata <input type="checkbox"/> Rotonda		
Asimmetria: <input type="checkbox"/> Concava sx <input type="checkbox"/> Concava dx <input type="checkbox"/> Elicoidale		
Biotipo gengivale: <input type="checkbox"/> Sottile e festonato <input type="checkbox"/> Spesso e piatto	Quantità di gengiva aderente: <input type="checkbox"/> >4 mm <input type="checkbox"/> <4 mm	
Recessioni fastidiose per il paziente su: _____	Possibilità di copertura: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	

10.1 Schema dell'analisi estetica presente in cartella.

Nel contesto dell'estetica del volto, la dentatura e i rapporti che intercorrono tra essa e i tessuti molli periorali hanno un ruolo fondamentale nell'integrazione armoniosa del sorriso con la struttura anatomica del paziente e con la sua personalità.

Data l'importanza del sorriso e la complessità della sua valutazione, dovremo prendere in considerazione una serie di parametri, quali le linee di riferimento facciali, gli aspetti dento-labiali, gengivali e dentali, che sono importanti per rilevare i dati utili a individuare i parametri estetici ottimali per la riabilitazione protesica.

L'analisi estetica in fase diagnostica ci fornisce, quindi, una serie di dati fondamentali per una corretta pianificazione del piano di trattamento, in particolar modo se la riabilitazione protesica coinvolge il settore frontale.

Valutazione di un intervento nel settore frontale

ANALISI ESTETICA

 Necessario

 Non necessario

Procedendo con la compilazione della cartella (📷 10.1), alla sezione “analisi estetica” troviamo dapprima le opzioni “necessario” o “non necessario”. Spunteremo l’opzione “non necessario” nel caso in cui il piano di trattamento del paziente non preveda in maniera certa di apportare modifiche estetiche. Spunteremo invece l’opzione “necessario” qualora il piano di trattamento preveda la possibilità di intervenire nel settore frontale.

Denti discromici

Denti discromici: _____

Il primo dato che rileviamo è innanzitutto la presenza di denti discromici (📷 10.2 a-c).

Il dente discromico rappresenta un aspetto in grado di influenzare negativamente in modo oggettivo l'estetica di un sorriso e segnalarne la presenza ci indica che nel piano di trattamento dovremo valutare la migliore opzione terapeutica per correggere l'inetetismo.

La correzione del dente discromico comporta ulteriori valutazioni dal punto di vista sia endodontico (si veda il Capitolo 8) sia protesico riguardo della scelta del materiale, che dovrà avere caratteristiche di qualità e di spessore adatte alla copertura di un determinato substrato (si veda il Capitolo 13) (📷 10.3 a,b).

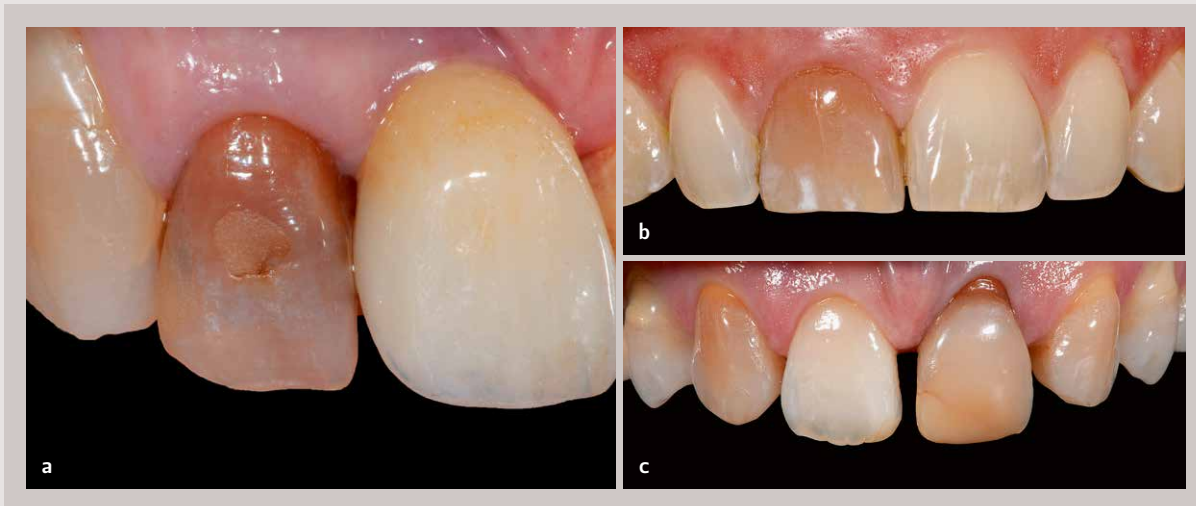
Tipi di sorriso

Tipo di sorriso: Coperto Intermedio Gengivale

Si analizza successivamente il tipo di sorriso, determinato dai rapporti che si instaurano tra denti e labbra durante il sorriso e che ne determinano la gradevolezza.

In base alla posizione del labbro superiore rispetto ai denti e alla gengiva possiamo individuare:

- sorriso coperto, quando la motilità del labbro superiore nell'atto di sorridere espone fino al 75% dei denti anteriori e non viene scoperta la gengiva (📷 10.4);
- sorriso intermedio, quando, durante il sorriso, viene scoperto dal 75% al 100% dei denti anteriori e vengono scoperte le papille interdentali (📷 10.5);
- sorriso alto (o gengivale), quando, durante il sorriso, sono completamente esposti i denti anteriori e un'ampiezza variabile del tessuto gengivale (📷 10.6).



10.2 (a-c) Elementi discromici.



10.3 (a,b) Discromia da materiale endodontico e correzione tramite faccetta in disilicato.



10.4 Sorriso coperto.



10.5 Sorriso intermedio.



10.6 Sorriso gengivale.

La posizione del labbro superiore si considera esteticamente ottimale quando, durante il sorriso, il labbro superiore si solleva dal margine gengivale, scoprendo le papille per 2-3 mm.

Dal punto di vista terapeutico, un sorriso coperto non giustifica sicuramente un'estetica mediocre, ma tollera alcuni aspetti, come per esempio un contorno gengivale non armonico, che può non influenzare il risultato estetico finale. Più complesso è invece il trattamento estetico di sorriso gengivale, dove anche una piccola disarmonia può influenzare la piacevolezza del sorriso finale.

La posizione del margine incisale-rima labiale

Posizione margine incisale/rima labiale: _____ %

Successivamente si valuta la posizione del margine incisale-rima labiale.

Il rapporto tra i denti mascellari superiori e il labbro inferiore durante il sorriso serve a valutare lo spazio che nel sorriso viene occupato dagli incisivi superiori. Per analizzare questo parametro si chiede al paziente di sorridere e, qualora il sorriso non sia corretto, lo si invita a pronunciare ad alta voce la lettera i.

Durante questa fase i due incisivi centrali superiori verranno a trovarsi tra il labbro superiore e il labbro inferiore. Calcolato come 100 lo spazio fra le due rime labiali, si indica quanto spazio, in termini percentuali, i due incisivi occuperanno. Secondo le regole di Rufenacht, fino a circa 60 anni, lo spazio occupato dagli incisivi centrali superiori è di solito compreso tra il 70% e il 100%, mentre dopo i 60 anni diminuisce in seguito alla ptosi del labbro superiore e inferiore (📷 10.7-10.9).

Questo sarà un primo indice per valutare se sia possibile allungare i denti anteriori superiori ed è un parametro fondamentale da rilevare nei casi in cui si voglia aumentare la dimensione verticale.

Forma dentale cervicale

Forma dentale cervicale: Triangolare Quadrata Rotonda

Si valuterà poi la forma dentale cervicale, che potrà essere triangolare, quadrata o rotonda (📷 10.10-10.12).

Individuare preventivamente la forma dentale è importante per una corretta pianificazione terapeutica perché presenta una relazione con la comparsa di triangoli neri interdentali.

Denti di forma triangolare, con papille lunghe e gengiva sottile e festonata, rappresentano la forma dentale di più complessa gestione. Infatti, in seguito all'estrazione di un dente triangolare, potrebbe verificarsi una contrazione delle papille e un aumento dello spazio nero nella zona cervicale, la cui chiusura rende necessario lo spostamento del punto di contatto interdentale in posizione cervicale, con la conseguente creazione di un dente quadrato. Posizionare un dente quadrato dove i denti limitrofi hanno forma triangolare porterà a un insuccesso estetico.



10.7 Sorriso 70%.



10.8 Sorriso 100%.



10.9 Sorriso 50%.



10.10 Denti rettangolari.



10.11 Denti quadrati con maggiore ampiezza a livello cervicale.



10.12 Denti triangolari.

Dal punto di vista ortodontico, l'allineamento di una dentatura affollata con denti di forma triangolare, al termine del trattamento ortodontico, può portare alla formazione di antiestetici triangoli neri interdentali nella zona cervicale.

Occorre ricordare come la principale caratteristica dell'estetica sia rappresentata dalla forma, seguita dal valore, poi dalla traslucenza e per ultima dalla tinta.

Attualmente sappiamo che le forme dentali sono molto variabili all'interno della stessa bocca e che non esistono standard fissi per quanto riguarda il sesso e l'etnia di appartenenza.

Le asimmetrie

Asimmetria: Concava sx Concava dx Elicoidale

Altro aspetto importante saranno le asimmetrie. Un certo grado di asimmetria è rilevabile in tutti i pazienti, in quanto nessuno è perfettamente simmetrico.

Le asimmetrie si dividono in due principali categorie e una terza meno presente:

- 1 le due principali sono quelle definite concave destre e concave sinistre. Il viso del paziente presenterà quindi una concavità verso destra o verso sinistra e sarà facilmente individuabile, in quanto, chiedendogli di sorridere, il labbro si solleverà di più dal lato dell'occhio più alto;
- 2 una piccola percentuale delle asimmetrie è invece rappresentata dalle cosiddette asimmetrie elicoidali e sono i casi in cui il paziente, sorridendo, alza di più il labbro dalla parte dell'occhio più basso. Queste ultime rappresentano un problema dal punto di vista estetico perché, a differenza di quelle più comuni, durante il sorriso spesso orientano il clinico verso specifici interventi correttivi, mentre con le labbra a riposo suggeriscono modifiche di segno opposto (10.13).



10.13 Asimmetria elicoidale.

Il biotipo gengivale

Biotipo gengivale: Sottile e festonato Spesso e piatto

Altro punto importante sarà il biotipo gengivale.

Un biotipo gengivale sottile e festonato sarà soggetto a un rischio maggiore di comparsa di recessioni gengivali dopo il collocamento del restauro protesico. Un biotipo spesso e piatto è molto più favorevole (📷 10.14, 10.15).

Rilevamento dell'ampiezza della gengiva aderente

Quantità di gengiva aderente: >4 mm <4 mm

Successivamente, occorre rilevare se l'ampiezza della gengiva aderente, che si estende dal solco gengivale libero alla giunzione muco-gengivale, sia superiore o inferiore ai 4 mm. La presenza di una gengiva aderente di sufficiente ampiezza è fondamentale per il mantenimento nel tempo della salute parodontale e per la stabilità del risultato estetico nel tempo (📷 10.16-10.18).



📷 10.14 Biotipo gengivale sottile festonato.



📷 10.15 Biotipo gengivale spesso.



📷 10.16 Presenza di gengiva aderente.



📷 10.17 Scarsità di gengiva aderente.



📷 10.18 Assenza di gengiva aderente.

Valutazione delle recessioni

Recessioni fastidiose per il paziente su: _____

Possibilità di copertura: No Sì

Un ultimo aspetto da valutare sarà la **presenza di recessioni** fastidiose dal punto di vista estetico per il paziente.

Una volta evidenziate le recessioni, sarà importante stabilire la necessità di copertura e valutare la possibilità di successo della terapia chirurgica. È noto che le recessioni strette e profonde sono di più facile soluzione rispetto alle recessioni larghe e poco profonde. Questa analisi estetica sarà accompagnata dalla documentazione fotografica iniziale, eseguita in ogni caso, a prescindere dal fatto che sia stata spuntato “necessario” o “non necessario” nella sezione “analisi estetica”.

Documentazione fotografica iniziale

La documentazione iniziale standard prevede l'esecuzione di una serie di fotografie, extra-orali e intra-orali, con l'ausilio di apribocca e specchi (📷 10.19 a-j):

- 1 sorriso;
- 2 viso durante il sorriso (conviene fare più foto in modo da analizzare le possibili varianti);
- 3 anteriore larga;
- 4 anteriore stretta (da primo premolare a primo premolare);
- 5 laterale sinistra (con specchio);
- 6 laterale destra (con specchio);
- 7 interna superiore destra (con specchio);
- 8 interna superiore sinistra (con specchio);
- 9 inferiore destra (con specchio);
- 10 interna inferiore sinistra (con specchio);
- 11 anteriore palatale (con specchio);
- 12 anteriore linguale (con specchio).



10.19 (a-j) Esempio di set fotografico completo.

Conclusioni

L'analisi estetica che si effettua durante la prima vista permette di raccogliere dei parametri di base, utili a impostare un piano di trattamento iniziale e a stabilire un profilo di rischio sulla difficoltà della riabilitazione dal punto di vista estetico.

Permette, inoltre, di registrare dei dati che possono essere monitorati nel tempo, che possono essere utili anche negli anni seguenti, qualora successivamente il paziente richieda un intervento dal punto di vista estetico.

Nel caso di riabilitazioni estetiche con coinvolgimento dei settori frontali, dopo il piano di terapia iniziale – quindi la risoluzione delle urgenze, la terapia parodontale, le eventuali terapie conservative ed endodontiche – verrà eseguita una più specifica rilevazione di dati e una più ampia documentazione fotografica che permetterà di impostare correttamente il caso.

LETTURE CONSIGLIATE

- Chang CA, Fields HW Jr, Beck FM, Springer NC, Firestone AR, Rosenstiel S, Christensen JC. Smile esthetics from patients' perspectives for faces of varying attractiveness. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2011 Oct;140(4):e171-80.
- Cracel-Nogueira F, Pinho T. Assessment of the perception of smile esthetics by laypersons, dental students and dental practitioners. *Int Orthod.* 2013 Dec;11(4):432-444.
- Fradeani M, Barducci G. La riabilitazione estetica in protesi fissa. Vol. 2. Quintessenza; 2008.
- Li J, Wu S, Mei L, Zhang K, Li Q, Xiao N, Dai H. Facial asymmetry of the hard and soft tissues in skeletal Class I, II, and III patients. *Sci Rep.* 2024 Feb;14(1):4966.
- Lundeen HC, Gibbs CH. *Advances in occlusion.* John Wright; 1982.
- Magne P, Belser U. *Odontoiatria restaurativa.* 2 volumi. Quintessenza; 2023.
- Persichetti G. *Denti & Volto. Guida all'integrazione estetica e funzionale.* Quintessenza; 2019.
- Riolo ML, Moyers RE, McNamara JA, Hunter WS. *An atlas of craniofacial growth: cephalometric standards from the university school growth study, the University of Michigan. Monograph 2. Craniofacial growth series.* Center of Human Growth and Development; 1974.
- Rufenacht CR. *Principi di integrazione estetica.* Scienze e tecnica dentistica; 2001.
- Seluk LW, Brodbelt RHW, Walker GF. A biometric comparison of face shape with denture tooth form. *J Oral Rehabil.* 1987;14(2):139-145.
- Severt TR, Proffit WR. The prevalence of facial asymmetry in the dentofacial deformities population at the University of North Carolina. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg.* 1997;12(3):171-176.
- Srivastava D, Singh H, Mishra S, Sharma P, Kapoor P, Chandra L, Singh BP. Facial asymmetry revisited: Part I- diagnosis and treatment planning. *J Oral Biol Craniofac Res.* 2017 May;8(1):7-14.
- Strub JR, Turp JC. Aesthetics in dental prothetics. In: Fischer J. *Aesthetics and prothetics.* Quintessence; 1999. p. 11.
- Wolfart S, Menzel H, Kern M. Inability to relate tooth forms to face shape and gender. *Eur J Oral Sci.* 2004 Dec;112(6):471-476.