

ALESSANDRO PEZZANA

USO DELLE **MATRICI** IN ODONTOIATRIA ESTETICA

Editor

Paola Sammaritano

Responsabile Redazione

Arianna Ribichesu

Responsabile Produzione

Eleonora Moroni

*Si ringrazia la **Dott.ssa Francesca IZZI**, Odontoiatra, per il prezioso contributo alla revisione dei testi*

© 2025 Edra S.p.A.* – Tutti i diritti riservati

ISBN: 9788821458859

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 involontari omissioni o errori nei riferimenti citati.

I marchi registrati appartengono ai legittimi proprietari.

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.

Edra S.p.A.

Via G. Spadolini, 7

20141 Milano

Tel. 02 881841

www.edizioniedra.it

Finito di stampare nel mese di aprile 2025 da "Kosmoprint" S.r.l. Rimini (RN)

(*) Edra S.p.A. fa parte di LSWR GROUP

ALESSANDRO PEZZANA



Laureato nel 2012 con il massimo di voti presso l'Università degli Studi di Torino. Vincitore del premio ANDI giovani (sede Novara) nel 2011. Terzo classificato al premio nazionale Universitario (Heraeus Kulzer) nel 2011.

Frequenta il reparto di Conservativa ed Endodonzia dell'Università degli Studi di Torino (Proff. N. Scotti, E. Berutti) dal 2012 al 2015.

Professore a contratto presso Università degli Studi di Torino 2015-2022 nello stesso reparto. Docente al master di Odontoiatria restaurativa ed Estetica dell'Università degli Studi di Torino (Prof. N. Scotti) dal 2019. Docente al master di Odontoiatria restaurativa ed Estetica dell'Università "Luigi Vanvitelli" (Prof. F. Femiano) per l'anno 2018-2019. Docente al master di Odontoiatria restaurativa e protesica dell'Università degli Studi di Bologna (Prof. L. Breschi) dal 2024.

Socio attivo AIC (Accademia Italiana di Conservativa) dal 2020.

Socio attivo IAED (Italian Academy of Esthetic Dentistry) dal 2021.

Autore di articoli scientifici pubblicati su riviste nazionali e internazionali nell'ambito dell'odontoiatria adesiva e restaurativa. Relatore in conferenze nazionali e internazionali con argomenti legati alla restaurativa e alla protesi.

Titolare presso lo Studio Dentistico Pezzana e Togno in Omegna (VB).

Si occupa principalmente di endodonzia, restaurativa, protesi.

Titolare del centro corsi "Alessandro Pezzana Restorative" dal 2023.

Co-titolare del centro corsi "Restaurando" dal 2017.

PRESENTAZIONE

Strategie per migliorare l'attività clinica quotidiana: questo penso sia il reale obiettivo della collana di cui il testo del Dottor Alessandro Pezzana rappresenta il secondo volume. Il tema, quello delle matrici, è di grande attualità per infiniti i motivi. L'attenzione – che viene richiesta per realizzare restauri diretti complessi, come quelli che coinvolgono i settori posteriori – è sempre più elevata; il controllo dei margini sopra-gengivali o iuxta-gengivali è propedeutico, non solo a ottenere un sigillo dell'otturazione perfetto, ma anche a creare un'interfaccia con il tessuto gengivale che sia stabile, duratura nel tempo e perfettamente detergibile, per non creare danno all'organo di sostegno dell'elemento dentale. Basterebbero questi elementari requisiti per praticare un'odontoiatria che sia terapeutica e preventiva al tempo stesso. Il testo non prende in esame solamente i denti posteriori ma si estende anche ai denti anteriori con una ricchezza di soluzioni e di spunti clinici che contrassegnano una qualità clinica di prim'ordine in un professionista che appartiene, a buon diritto, alla ristretta cerchia dei soci attivi di una tra le più prestigiose società scientifiche italiane: l'Accademia Italiana di Odontoiatria Conservativa e Restaurativa. L'ampia casistica clinica esposta guiderà il lettore in un tragitto, didatticamente ineccepibile, ricco di consigli clinici attuabili in tempi rapidi, fornendo un aggiornamento metodologico e merceologico. Entrambi sinergici nel far valutare al professionista, che voglia esplorare quest'ambito in modo approfondito, quali possano essere le evoluzioni della propria tecnica e quali le rivoluzioni da mettere in atto per ottenere risultati migliori nei settori ampi e controversi dell'Odontoiatria Restaurativa. Riesaminando quanto espresso dall'Autore emerge, in modo esplicito e prepotente, quanto Alessandro richiama sul proprio sito web: "Divertimento e conoscenza mescolati si chiamano in un modo: passione." Esaminando questo testo il lettore non potrà che ammirare la passione di un collega volta a generare percorsi clinici ove conoscenza recente e passata si connettano con la finalità di rendere questa disciplina divertente e ricca di soddisfazioni.

Massimo Gagliani

*Professore Associato di Malattie Odontostomatologiche
Università degli Studi di Milano*

PREFAZIONE



Questo libro non nasce per dare indicazioni merceologiche, né tantomeno ha la presunzione di presentare strumenti magici in grado di risolvere tutte le situazioni.

Questo volume, con spiccato senso pratico e con molti contenuti fotografici e video, nasce, infatti, per fornire gli strumenti e i protocolli utili a districarsi nella insidiosa branca della restaurativa diretta e indiretta anteriore e posteriore, dove – come sappiamo – il ruolo della gestione inter-prossimale dell'area di contatto gioca un ruolo chiave nell'integrazione funzionale, estetica e di prognosi a lungo termine dei nostri restauri.

Alessandro Pezzana

RINGRAZIAMENTI

Per essere bravi in qualcosa dobbiamo avere due cose: la prima è l'entusiasmo di farla, ti deve divertire, ti deve rendere felice; la seconda è la conoscenza, quella cosa a cui si arriva solo studiando e con esperienza. Divertimento e conoscenza mescolati si chiamano in un modo: passione.

Questa frase è verissima: la passione muove qualsiasi cosa e fa diventare reale quello che inizialmente è solo un sogno. È altresì vero che nulla sarebbe possibile senza il sostegno di alcune persone speciali che ti stimolano nei momenti giusti e allo stesso tempo ti amano per quello che sei.

Per questo desidero ringraziare prima di tutto la mia famiglia. La mia Elisa, mamma Donata, papà Ezio e Maurizio (secondo papà), mio fratello Andrea con sua moglie Sveva e i miei suoceri Milena e Mauro. Tanto dell'amore che mi avete trasmesso sono riuscito a inserirlo nel mio lavoro.

Grazie anche al team dello studio dentistico Pezzana e Tognò, composto in parte dalle persone sopracitate a cui si aggiungono le mitiche assistenti (Manuela, Mara, Tiziana, Debora), l'igienista Martina, l'odontotecnico Marco, Maurizio e Ivan. Tanto di quello che sono riuscito e che riesco a fare lo devo a voi.

Grazie alla "mia" AIC (Accademia Italiana di Conservativa) per gli insegnamenti che mi ha dato sin da quando ero studente e che ancora oggi mi dà.

Grazie ai miei maestri che stimo e con cui condivido percorsi di crescita sin dai tempi dell'università (Nicola Scotti, Elio Berutti, Mario Aimetti) e grazie a colleghi e colleghe, ormai amici, conosciuti sul campo e che hanno fornito parte del materiale iconografico: Emanuele Bergantin, Carlo Alberto Coccia, Alessandro Colella, Allegra Comba, Alessandro Conti, Giacomo Dallari, Alessandra Da Prato, Chiara Ganau, Simone Gismondi, Stefano Lombardo, Simone Valsania e molti altri.

Grazie a tutte le persone incontrate e a tutte quelle che incontrerò e con cui avrò l'onore di condividere vita, lavoro e passioni.

Grazie, infine, a Gaetano Paolone per avermi coinvolto nella stesura di questo libro.

Alessandro Pezzana

INDICE



CAPITOLO 1

Introduzione	13
Cos'è una matrice?	13
Obiettivo di una matrice	13
Materiali di fabbricazione	20
Tipi di matrice in commercio	22
Distinzione clinica delle matrici e accessori	25
<i>Bibliografia</i>	43

CAPITOLO 2

Matrici per restauri diretti dei settori posteriori	45
Concetti di preparazione cavitaria e corretta apertura del box primario	45
Le matrici sezionali (matrice, cuneo, anello e accessori)	60
Sequenza di utilizzo delle matrici sezionali	80
Perché non vanno bene altre matrici?	97
Stratificazione della parete inter-prossimale	97
Procedure di rifinitura della parete inter-prossimale	121
Criteri di scelta clinica e protocolli di utilizzo	123
<i>Bibliografia</i>	168

CAPITOLO 3

Matrici per restauri diretti nei settori anteriori	171
Estetica, funzione e obiettivo	171
Matrici di utilizzo nei settori anteriori	184
Aspetti legati all'isolamento	187
Procedure operative per esecuzione di restauri di III e IV classe	189
Procedure operative per lesioni cervicali di V classe e inter-prossimali	215
Procedure operative per chiusura del triangolo nero nel paziente parodontale	222
Procedure operative per chiusura diastemi	227
Procedure operative nella creazione di faccette dirette	244
Altre tipologie di matrici utili per restauri anteriori	245
<i>Bibliografia</i>	254

CAPITOLO 4

Matrici con altri scopi	257
Matrici di utilizzo in margini profondi	257
Protocolli clinici nella gestione di margini profondi	260
<i>Bibliografia</i>	297

INDICE DEI CONTENUTI ONLINE



CAPITOLO 2

VIDEO 2.1

Posizionamento corretto della diga nel settore posteriore per avere il corretto isolamento e sfruttare al meglio il posizionamento delle matrici 45

VIDEO 2.2

Inserimento della matrice. Si può apprezzare l'inserimento della matrice, l'ingresso del cuneo e l'alloggio dell'anello 97

VIDEO 2.3

Sequenza di rifinitura e lucidatura della parete inter-prossimale precedentemente vista in foto. Minimizzare l'uso di strumenti a grosse granulometrie per rifinire è il punto chiave del successo in termini di lucidatura inter-prossimale nel tempo 123

VIDEO 2.4

Sequenze per un corretto stampaggio della cuspid e successivo posizionamento delle matrici, creazione delle pareti inter-prossimali e modellazione del tavolo occlusale 123

VIDEO 2.5

Dalla gestione inter-prossimale alla modellazione occlusale di una MOD. Sequenza e protocollo 162

VIDEO 2.6

Apertura di cavità di II classe 162

VIDEO 2.7

Creazione della parete inter-prossimale 163

VIDEO 2.8

Modellazione occlusale e procedure di rifinitura e lucidatura 163

CAPITOLO 3

VIDEO 3.1

Caso clinico in Figura 3.7 che mostra sequenza e protocollo corretti nella gestione inter-prossimale di questo particolare restauro di IV classe 171

VIDEO 3.2

Montaggio della diga nel settore anteriore. È un passaggio cruciale per garantire l'isolamento e poter far lavorare al meglio le matrici selezionate. Valgono gli stessi principi tecnici dell'isolamento per i settori posteriori 187

VIDEO 3.3

Costruzione di una guida in silicone eseguendo dei tagli per non interferire con gli uncini. Si deve eliminare la spinta elastica della diga e accogliere il corretto alloggiamento all'interno di essa. Si deve poi tagliare con il bisturi un incavo per alloggiare il cuneo 214

VIDEO 3.4

Video su modello dello stampaggio della parete palatina. La creazione delle pareti inter-prossimali è stata eseguita con diverse tecniche: nella parete mesiale si opta per la matrice già incastrata nella mascherina siliconica; nella parete distale per via della sua forma più curva, si opta per la classica tecnica di utilizzo di un'altra matrice separatamente 214

**VIDEO 3.5**

Esecuzione del restauro in Figura 3.28 con “tips and tricks” legati all’isolamento 216

VIDEO 3.6

Caso in Figura 3.37 dell’esecuzione di una faccetta diretta con chiusura del triangolo nero e gestione della parete inter-prossimale 227

VIDEO 3.7

Caso in Figura 3.43 che evidenzia la giusta consistenza che deve possedere un composito flow quando viene iniettato nello spazio compreso tra matrice e superficie dentaria 235

VIDEO 3.8

Gestione inter-prossimale per ottenere chiusura, nuovo profilo di emergenza e area di contatto. Aspetto mesiale 245

VIDEO 3.9

Gestione inter-prossimale per ottenere chiusura, nuovo profilo di emergenza e area di contatto. Aspetto distale e mesiale 245

VIDEO 3.10

Rifinitura inter-prossimale. È un aspetto cruciale per il mantenimento estetico a lungo termine. Dato che è stato posto molto controllo nella scelta delle matrici, è bene sapere che nulla rende più liscio e lucido un composito che lo stampo dato dalla matrice stessa. Bisogna quindi creare forme ideali in fase di modellazione per minimizzare le procedure di rifinitura all’esclusivo appannaggio di strumenti molto delicati, come dischetti a bassa granulometria, lame di bisturi, curette, striscette abrasive soffici 245

VIDEO 3.11

Caso in Figura 3.45. In questo caso, di fronte a un piccolo diastema e con il composito della giusta consistenza, si riesce ad accompagnare il composito da vestibolare verso palatino: si compatta vestibolarmente e si eliminano gli eccessi palatalmente. Eseguendo questa operazione per più volte (la matrice deve essere lunga) si riesce ad arrivare alla chiusura del diastema. *Per gentile concessione del Dott. Simone Valsania* 245

CAPITOLO 4**VIDEO 4.1**

Rilocazione coronale del margine utilizzando una matrice circolare con meccanismo autostringente. *Per gentile concessione della Dott.ssa Chiara Ganau* . . . 278

VIDEO 4.2

Caso in Figura 4.8 di rilocazione coronale del margine utilizzando una matrice di tipo Tofflemire. *Per gentile concessione del Dott. Carlo Alberto Coccia* 278

VIDEO 4.3

Caso in Figura 4.12. Rilocazione coronale del margine con composito di tipo flow (dopo l’intervento di allungamento della corona clinica) attraverso matrice a nastro personalizzata e uso di teflon. Si noti come la matrice fornisca un profilo rettilineo: è bene non eccedere con l’incremento, che serve solo per agevolarsi nelle procedure di presa dell’impronta e di successivo isolamento in fase di cementazione 296

APPROFONDIMENTO

Matrici per build-up periferici e per altre situazioni 296

CAPITOLO 1

INTRODUZIONE

COS'È UNA MATRICE?

Una matrice è una sottilissima lamina di metallo o di plastica studiata per aiutare il clinico nella ricostruzione delle pareti dentarie, senza che si verifichi la fuoriuscita di materiale. Le matrici sono principalmente utilizzate nell'ambito della restaurativa diretta e, come vedremo, in alcune situazioni di restaurativa indiretta e protesica.

Esse si utilizzano sia nel settore posteriore che anteriore, principalmente in zone inter-prossimali dove l'utilizzo è indispensabile per fornire da "contenitore" e guidare quindi nella costruzione della parete inter-proximale con le giuste forme e punti di contatto. Senza l'ausilio delle matrici, risulterebbe impossibile ricostruire senza splintare gli elementi dentari tra di loro o senza lasciare uno spazio adeguato tra un elemento dentario e l'altro. Entrambe queste situazioni comporterebbero una precoce infiltrazione da parte di carie secondarie e un danno al parodonto inter-proximale.

Le prime matrici erano probabilmente dispositivi semplici e rudimentali usati per contenere l'amalgama o altri materiali di restauro all'interno di una cavità durante il processo di indurimento. Questi strumenti erano realizzati in metallo e presentavano un design molto basilare rispetto ai complessi sistemi di matrice che si conoscono oggi. Nel corso della seconda metà del XIX secolo, l'odontoiatria iniziò a diventare una professione

più organizzata e standardizzata, portando allo sviluppo di strumenti più specializzati. Un esempio precoce di matrice dentale può essere ricondotto a strumenti sviluppati da odontoiatri pionieri come il Dr. Sanford C. Barnum, che è più noto per l'invenzione della diga dentale nel 1864. Anche se Barnum non inventò le matrici dentali, il suo lavoro e quello di altri dentisti dell'epoca stimolarono l'innovazione in molti strumenti e tecniche. L'utilizzo di matrici nasce ufficialmente in odontoiatria intorno al 1880 con il sig. Dwienelle, che per primo inserì una sottile lamina in metallo nello spazio interdentale per facilitarsi nella ricostruzione dentaria. Da allora, molte sono state le matrici create, alcune idee si sono perse nel tempo, altre sono in auge ancora ad oggi pur cambiando i materiali e i protocolli.

Un esempio su tutti è rappresentato dal Dr. Tofflemire, una delle figure più riconosciute per l'invenzione della matrice Tofflemire, introdotta negli anni Quaranta. Questa matrice circolare autostringente è stata uno dei primi materiali standardizzati per la realizzazione di restauri dentali, nello specifico per otturazioni di cavità di II classe di Black.

OBIETTIVO DI UNA MATRICE

L'impiego principale della matrice nel campo della restaurativa diretta è nella ricostruzione della parete in-



Figura 1.1 Fotografica clinica che evidenzia l'incasellamento dei quattro punti fondamentali del corretto posizionamento di una matrice sezionale nel settore posteriore.

ter-prossimale di una cavità di II classe per gli elementi dentari posteriori e di una III e IV classe per gli elementi anteriori. Nella costruzione di queste pareti si deve tenere in considerazione le quattro finalità di un posizionamento corretto della matrice con l'ausilio dei relativi accessori (**Fig. 1.1**). Di seguito i quattro aspetti fondamentali da controllare prima di partire con la stratificazione del composito.^[1,2]

1. *Chiusura sul gradino cervicale*: il restauro deve chiudere perfettamente sul gradino cervicale senza residuare in sovra-contorni o sotto-contorni che inficerebbero nella prognosi a lungo termine nel restauro nonché sullo stato di salute parodontale (**Fig. 1.2**). Per far sì che questo accada, si deve scegliere una matrice corretta e associarla a un cuneo che suggellerà l'intimo contatto tra gradino cervicale e matrice stessa (**Fig. 1.3 a-c**).
2. *Chiusura sulle pareti assiali*: pur non essendo un requisito fondamentale, è importante al fine di minimizzare le procedure di rifinitura a restauro ultimato e di fornire un'ulteriore spinta divaricativa, oltre a quella data dal cuneo. La matrice si adatterà meglio al den-

te da ripristinare e al dente adiacente, creando un giusto profilo grazie anche a una scelta corretta dell'anello. Molta importanza relativa a questo aspetto è data da una buona esecuzione della cavità di II classe, il cui box primario deve essere aperto nella sua interezza. In termini più semplici, si deve vedere l'azzurro della diga nella tre dimensioni senza alcun contatto del gradino cervicale o delle pareti assiali del box primario con l'elemento dentario adiacente. Come è noto, questa è una regola ancora valida nella restaurativa moderna per non far cadere punti di chiusura limitrofi ad aree di contatto ed essere promotori di recidiva cariosa precoce, e per facilitare l'inserimento delle matrici senza deformarle (**Fig. 1.4 a-c**).



Figura 1.2 Mancata chiusura cervicale. Rappresenta l'errore più grande che si può commettere poiché creerebbe un eccesso non controllato di materiale nella posizione di più complessa rifinitura: quella inter-prossimale sotto il gradino cervicale. Le procedure di rifinitura andrebbero altresì ridotte al minimo indispensabile e ricondotte quasi esclusivamente alla lucidatura delle zone di chiusura restauro-dente. Più il composito viene "rigato" da rotanti a grossa granulometria e più sarà complessa e lunga la lucidatura.

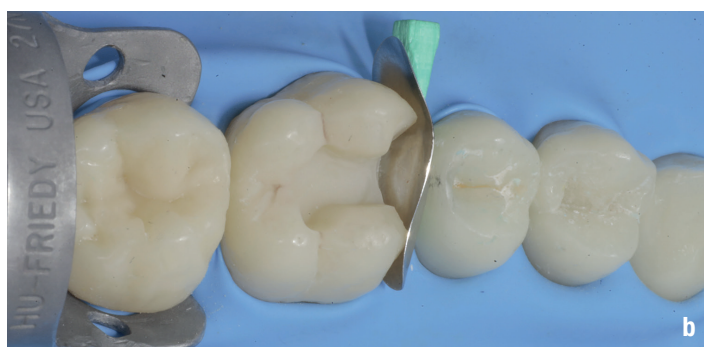


Figura 1.3 (a-c) Deformazione da cuneo. Si verifica quando ci si trova di fronte a cavità particolarmente profonde in direzione apicale e l'inserimento del cuneo non va a chiudere sotto il gradino cervicale, ma bensì sopra. Ne consegue una vera e propria deformazione nella porzione apicale o perdita del punto di contatto poiché il cuneo sposta la matrice. Anche in questo caso bisogna porre attenzione alla visione in ogni angolazione per escludere queste due possibilità di errore.

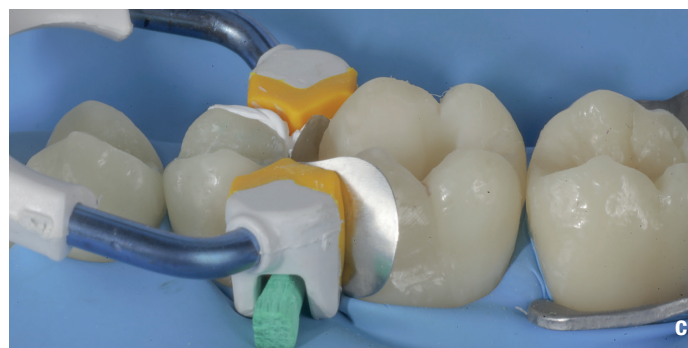


Figura 1.4 (a-c) L'anello non chiude perfettamente la matrice sulle pareti assiali e questo crea un eccesso in composito che dovrà essere eliminato in fase di rifinitura. Anche se ciò può essere un finto problema perché le eventuali procedure di rifinitura e lucidatura sono in punti semplici, può essere minimizzato con l'inserimento di teflon tra l'anello e la matrice, al fine di ridurre lo spazio, e tra la matrice e l'elemento dentario.

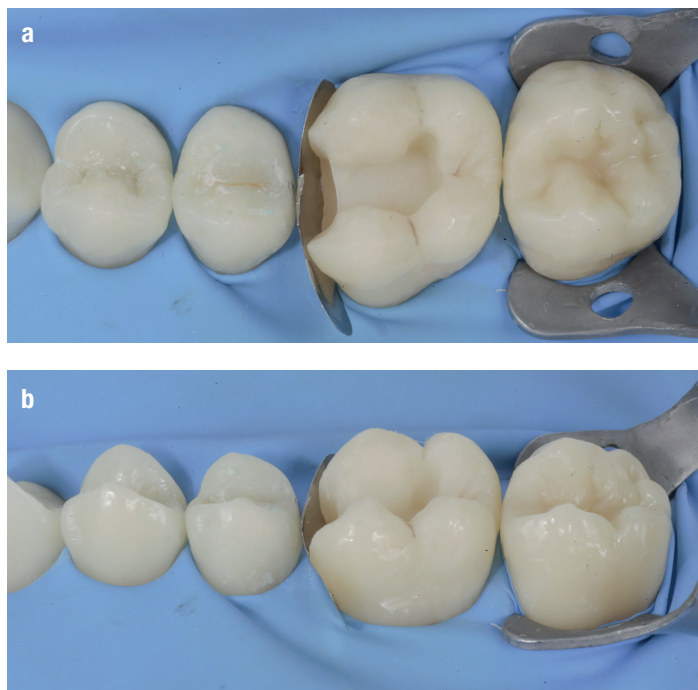


Figura 1.5 (a,b) Matrice troppo bassa in senso apico-coronale che non consente una corretta creazione della parete inter-prossimale e predispone allo splintaggio e alla difficoltà di modellazione della cresta marginale nella sue corrette altezza e forma.

3. *Profilo di emergenza:* la matrice utilizzata deve essere calcolata anche sotto questo aspetto. È proprio l'inclinazione di questo profilo apicale in associazione allo spazio di lavoro inter-prossimale e al raggio di curvatura della matrice stessa, ovvero la bombatura, a determinarlo. La qualità del corretto profilo di emergenza influirà sulla determinazione spaziale dell'area di contatto più o meno coronale e, di conseguenza, un'adeguata detergibilità dell'interfaccia dente-restauro influenzerà positivamente la prognosi a lungo termine.
4. *Area di contatto:* è molto più corretto parlare di area anziché di punto di contatto. Quando si re-

alizza una ricostruzione in una cavità di II classe, difatti, i rapporti di contatto che si instaurano tra le due superfici inter-prossimali devono essere intimi, mai puntiformi e determinati in un'area precisa, calcolata e stabilita della corona dentale. Difatti, proprio il rapporto dell'altezza della matrice in relazione al suo raggio di curvatura è uno degli aspetti più significativi (Fig. 1.5 a,b). Non è quindi solo la mera creazione del punto di contatto l'unico fattore da considerare, ma anche dove crearlo.

Infatti, come descritto dalla letteratura, per ottenere una corretta chiusura inter-papillare da parte dei tessuti molli della zona sottostante all'area di contatto, la distanza tra picco osseo e zona apicale dell'area di contatto deve essere intorno ai 5 mm. Più si va oltre a questo valore e meno si dà la possibilità alla papilla di occupare questo spazio, con conseguente apertura del triangolo nero, ristagno di cibo e minor prognosi favorevole a lungo termine. L'area di contatto e il profilo di emergenza, come verrà spiegato successivamente, devono essere ben studiati e coordinati per poter scegliere la matrice più corretta.^[3-11]

Dunque, si può dire che, a grandi linee, lo scopo della matrice è quello di garantire un giusto appoggio del materiale da restauro fungendo da contenitore, senza che il materiale fuoriesca dai suoi contorni, e di contribuire alla lucidatura. Infatti, la lucidatura data da una matrice è senza dubbio superiore a quella manuale in un punto complicato e critico come quello inter-prossimale; più si è precisi in questa fase e minori saranno le procedure successive di rifinitura eseguite con strumenti diamantati che inevitabilmente tenderanno a "rigare" il restauro.

CASO CLINICO 1.1



Figura 1 Fotografia iniziale che evidenzia la presenza di un vecchio restauro in composito infiltrato a carico dell'elemento 1.6.



Figura 3 Apertura della cavità e accesso al tessuto carioso.



Figura 5 Cavità ultimate e rifinite in visione occlusale.

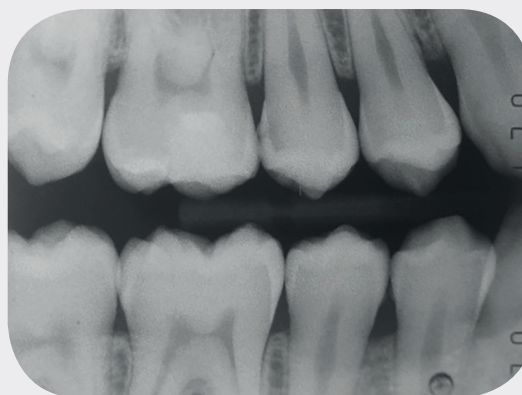


Figura 2 Radiografia endorale iniziale che evidenzia la presenza di carie inter-prossimali tra gli elementi 1.6 e 1.5.

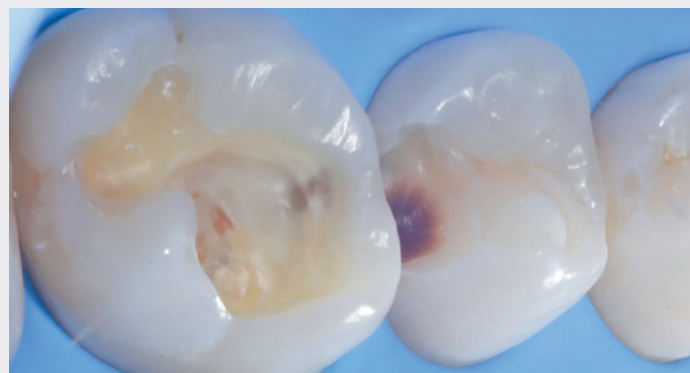


Figura 4 Si evidenzia ancora la presenza di carie; ciò predispone alla rimozione della cresta marginale e alla creazione di due classi contigue. Un approccio a slot avrebbe completamente eliminato la dentina sotto lo smalto della cresta marginale.



Figura 6 Cavità ultimate in visione vestibolare.



Figura 7 Applicazione del mordenzante e del sistema adesivo in modalità self-etch.



Figura 8 Inserimento della matrice, del cuneo e dell'anello. Si devono controllare la presenza di condizioni necessarie per poter iniziare a creare la parete inter-prossimale.



Figura 9 Eliminazione della matrice della parete appena creata e mantenimento di quella mesiale a 1.6.



Figura 10 Visione oclusale delle pareti inter-prossimali.



Figura 11 Modellazione occlusale completata e fotografia con inclinazione palatina che evidenzia la correttezza del punto di contatto sotto ogni aspetto.

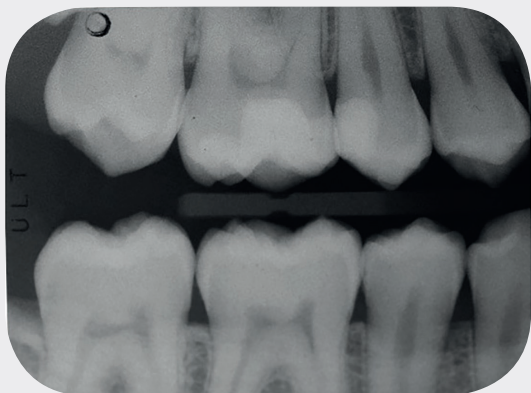


Figura 13 Controllo radiografico con radiografia bitewing.



Figura 12 Controllo occlusale con cartina d'occlusione.

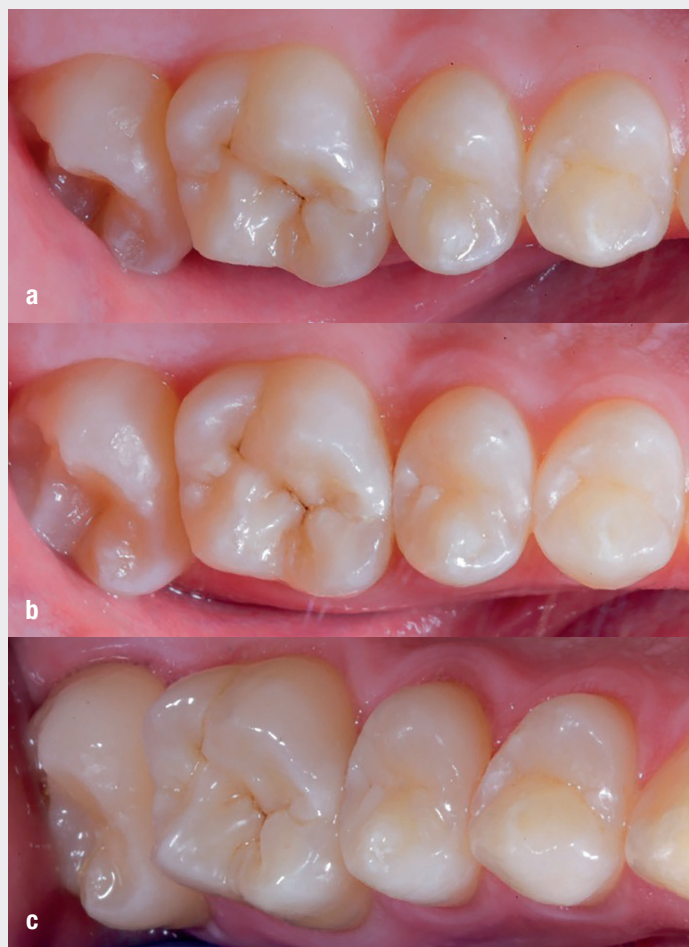


Figura 14 Fotografie a un anno con inclinazione occlusale (a), palatina (b) e mesiale (c).