

CASO CLINICO

Restauro indiretto di elemento
trattato endodonticamente
con esposizione chirurgica e
rilocalizzazione coronale dei margini



Dott. Marco
Veneziani



Figura 1: Elemento 46 in giovane paziente di 25 aa con restauro in composito preesistente incongruo da un punto di vista morfologico e di adattamento marginale.

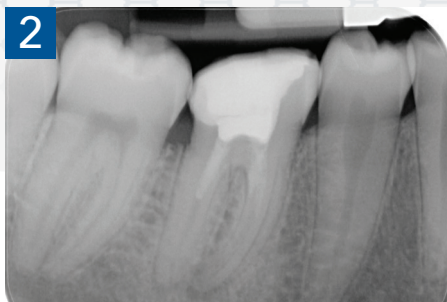


Figura 2: rx apicale evidenzia trattamento endodontico canalare inadeguato con mancata strumentazione, detersione, sagomatura e otturazione del sistema dei canali radicolari con conseguenti lesioni endodontiche.

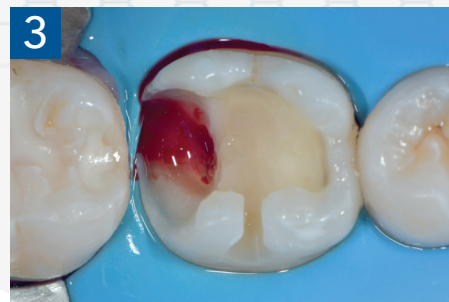


Figura 3: Posizionamento della diga di gomma e rimozione del precedente restauro. E' immediatamente evidente la difficoltà all'adeguato isolamento del campo operatorio.



Figura 4: Si completa la rimozione del precedente materiale da restauro e si isola la camera pulpare con gutta-perca calda.



Figura 5: Si rimuove la diga di gomma e si procede con esposizione chirurgica dei margini dopo aver accuratamente deterso il gradino cervicale si esegue una minima ostectomia, al fine di garantire una distanza di 2 mm dalla cresta ossea. Si esegue quindi un'attenta osteoplastica.



Figura 6: Si procede quindi al riposizionamento dei lembi e sutura in EPTFE 5-0.

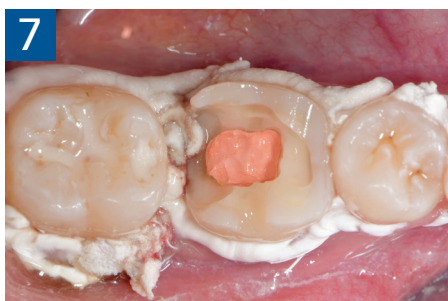


Figura 7: isolamento del campo immediatamente post-operatorio con ausilio di paste a base di cellulosa (cellulose based caulking) atte all'isolamento secondo la tecnica personalmente messa a punto e pubblicata sul testo Solutions pubblicato da EDRA 2021.



Figura 8: Si evidenzia il perfetto isolamento del campo postoperatorio.



Figura 9: Si esegue quindi una rilocalizzazione coronale del margine (deep margin elevation o proximal box elevation) con ausilio di apposita matrice dedicata (Slik Band Margin Elevation di Garrison SMT 500 H 10). La matrice in oggetto appositamente di altezza ridotta (3 mm) consente, grazie alla sagomatura anatomica, l'esecuzione di un ideale profilo di emergenza anatomico-convesso. L'utilizzo della matrice con apposito porta-matrice tipo Tofflemire consente una perfetta chiusura cervicale, presupposto fondamentale per la corretta procedura.



Figura 10: Applicazione di un sistema adesivo tipo self-etching a due passaggi con pre-mordenzatura dello smalto, ottenendo al principio fondamentale della IESD (Immediate Endodontic Dentin Sealing) e quindi rilocazione coronale del margine cervicale distale con composito flowable altamente caricato in spessore controllato di 1 mm.

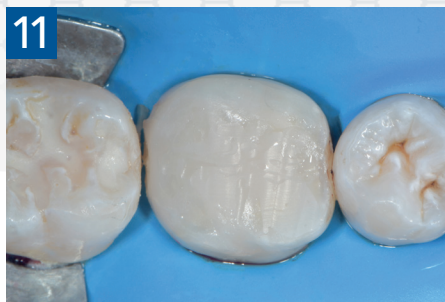


Figura 11: Si completa il build-up adesivo in composito packable da restauro.



Figura 12: immagine al termine della prima seduta a fine procedura chirurgico-restaurativa integrata

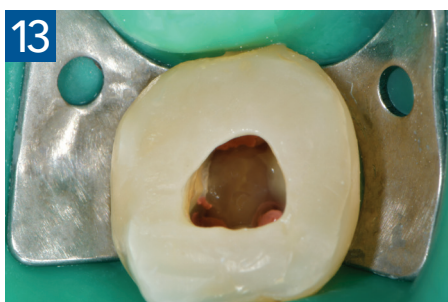


Figura 13: In seconda seduta si esegue la riapertura della cavità di accesso endodontico in campo perfettamente isolato con diga di gomma.

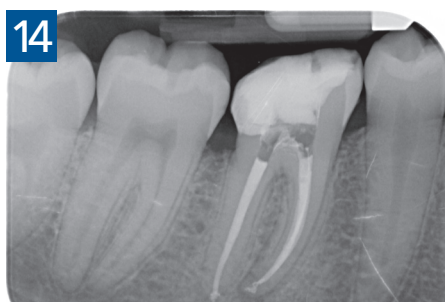


Figura 14: Si procede quindi ad una corretta detersione, sagomatura e otturazione tridimensionale del sistema dei canali radicolare con tecnica di condensazione verticale a caldo della gutta-perca (endodontista dott. Alessandro Fava).



Figura 15: A distanza di almeno 3-4 settimane (in accordo con il protocollo relativo ai casi tipo 3° grado B secondo la classificazione M Veneziani pubblicato su European Journal of Esthetic Dentistry n°1 2010) si esegue la preparazione per overlay (seguendo i principi di preparazione denominata Morphology Driven Preparation Technique pubblicata dall'autore su International Journal of Esthetic Dentistry 2017: preparazione con spalla interprossimale di 1 mm di spessore, riduzione anatomica del tavolo occlusale, rampe di raccordo in uscita dal box e piani inclinati a livello delle pareti assiali con preservazione della cresta marginale distale priva di carie. E' evidente come il margine cervicale distale rilocato sia ora facilmente gestibile in funzione delle successive fasi cliniche (impronta, isolamento e cementazione).



Figura 16: Si rileva impronta digitale con scanner intraorale di ultima generazione.



Figura 17: Quindi realizzazione in laboratorio (Odt. Mario Svanetti Flero Brescia) di Overlay frescato CAD.CAM in disilicato di litio monolitico caratterizzato con tecnica di pittura. Da notare (Figura 17b aspetto vestibolare) come la MDPT consenta (grazie all'esecuzione di piani inclinati) differenti cambiamenti di livello nel rispetto dei tutti i tessuti sani residui.





Figura 18: Si esegue il Try-in dell'intarsio con gel di glicerina valutando adattamento marginale e consistenza dei contatti interprossimali: per questo motivo si esegue prima del posizionamento della diga di gomma che influenza la consistenza dei contatti stessi.

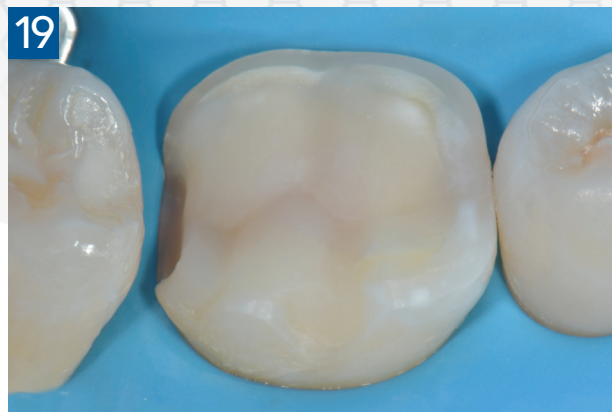


Figura 19: Si procede quindi con isolamento del campo con diga di gomma e si apprezzano i dettagli del disegno di cavità e la qualità delle superfici, adeguatamente trattate con sistemi a polvere di biossido di alluminio (AquaCare by Akura) predisponendo ad un'adeguata adesione allo smalto residuo ad al composito del build-up.



Figura 20 e 21: Si procede quindi con la fase adesiva, previa mordenzatura totale con acido ortofosforico al 5 %, proteggendo gli elementi contigui con apposite matrici sezionali. Dopo applicazione del sistema adesivo si attua la cementazione dell'overlay con composito termo-viscoso foto-polimerizzante (Viscocal by Voco).



Figura 22 e 22b: il controllo radiografico postoperatorio evidenzia un perfetto adattamento marginale dell'intarsio con adeguati punti di contatto interprossimali e adattamento cervicale, in totale assenza di eccessi di cemento. Si evidenzia inoltre l'ideale profilo di emergenza cervicale distale n composito (fig 22b) realizzato grazie all'utilizzo SlickBands™ Margin Elevation Matrix. (continua sotto)

22b

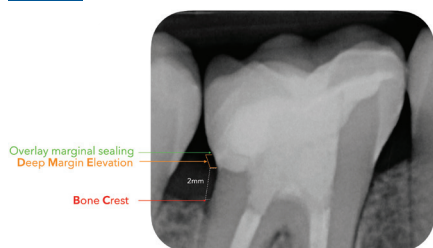


Immagine cliniche finali ad una settimana dalla cementazione evidenziano una ideale integrazione morfologica, funzionale ed estetica del restauro, con ottimale risposta dei tessuti gengivali marginali a distanza di soli 40 gg dall'esecuzione della procedura chirurgica. Il caso clinico riportato sottolinea come una corretta integrazione delle procedure chirurgiche con quelle restaurative, coadiuvate dall'utilizzo di matrici appositamente studiate, possa condurre ad un reale successo clinico.



Figura 23 e 24: Immagine cliniche finali ad una settimana dalla cementazione evidenziano una ideale integrazione morfologica, funzionale ed estetica del restauro, con ottimale risposta dei tessuti gengivali marginali a distanza di soli 40 gg dall'esecuzione della procedura chirurgica. Il caso clinico riportato sottolinea come una corretta integrazione delle procedure chirurgiche con quelle restaurative, coadiuvate dall'utilizzo di matrici appositamente studiate, possa condurre ad un reale successo clinico.