

WIN + GIO REPARATO VEN LEZIONE

: PROTESI TOTALE

PAZIENTE EDENTULO cosa va preso in considerazione? E.O.E.

- FONAZIONE ceterata nella pronuncia delle DENTALI in particolare modo in caso di perdita di elementi nel settore frontale estetico.

- ESTETICA legata a una riduzione del VOLUME del 3^o INFERIORE che va imputato a un assorbimento quindi si osserverà una RIDUZIONE VERTICALE con PROTRUSIONE MANDIBOLARE e ATROFIA OSSEA in casi gravi (fino a 4cm!) in PSEUDO 3^a CLASSE. Si osserva un profilo labiale ridotto che si osserva verso il palato diventando OTTUSO l'angolo NASO LABIALE sarebbe auspicabile avere delle fotografie precedenti all'edentulia.

① In caso di atrofia marcata della PREMAXILLA giordolla l'uscita si rimpiccioliscono come soluzioni riabilitative.

- FUNZIONE si perde il paziente appare sumpato, smagrito a causa di una atropia CENTRIPETA dei volumi in direzione della sutura mediaua,

QUANTITÀ e QUANTITÀ:

- MUCOSE (attenzione sulla gengiva del mostro settore di azione)
- DENTI
- SEUVE EDENTULE

E.O.I

Il BIOTIPO è spesso o sottile?

- SPESSE da preferire a causa di una maggiore ritenzione, minori rischi di DECUBITI, ULCERE, ESCORIAZIONI in una mucosa doppia con zettitatio od internum in modo veloce in caso si molli festassez senza sintomatologia algica.

② - SOTTILE maggiore mobilità, minore ritenzione, maggiori traumatismi e paziente spesso turbato a riguardo. Identificare inizialmente il SUBSTRATO permette di mettere in chiaro col paziente il successo del lavoro futuro.

ALTEZZA DELLA CRESTA DEL PROCESSO ALVEOLARE maggiori sono le BASIOSSE, maggiore è il FORNICE quindi anche la ritenzione protesico.

TEMPO DELL'EDENTULIA

coerato a un assorbimento a permettere di valutare una più o meno veloce PROGRESSIONE mettendo più in conto le seolite successive in corso di RIBASATURA edentulia recente + assorbimento importante? si codifica il lavoro più o subito mettendo in conto la possibilità, a breve, di un intervento (ANALISI DEI RISCHI + ANALISI DEI COSTI)

ANALISI COMPLESSIVA DELL'ARCATA
TESSUTI MOLLI → OSTACOLI? sia nella funzione che per quanto riguarda i frenuli (insezione) sono da tenere in considerazione

Si va a vedere la MUCOSA ADERENTE e quella LIBERA di investimento mobile attraverso la PRIMA IMPRONTA da cui dipende il 90% del lavoro protesico. → SAFE ZONE della mastica protesi si decide in questo momento
L'ARCATA È UNIFORME?

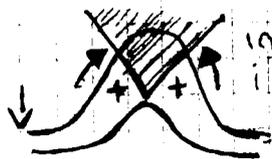
- FRENULI (principalmente accessori) che si inseriscono sulla MUCOSA ADERENTE necessitano di CHIRURGIA PREPROTESICA
- Se la mucosa aumenta di spessore diventando FLUTTUANTE

- FIBROMA METAPROTESICO (protesi in gomma oppure non manutentata correttamente).

Una chirurgia preprotetica mal progettata può causare RITARDI nella protesizzazione

TECNICA DEL CONEO (o a CARENIA)

per non rischiare di perdere mm. fondamentali del fornice, si asportano i volumi eccedenti



incisione a carena. ①
i tessuti molli eccedenti si accollano non creando poi tensioni al fornice. ②

TESSUTI DURI

- ESOSTOSI sul TORUS al mascellare, sul mandibolare spesso simmetriche, bilaterali, linguali e asimmetriche costituite da TESSUTO OSSEO CORTICALE che va rimosso con strumenti taglienti (preferibilmente manuale) come SCAPELLI e PINZA OSSIVORA e poi smussare gli SPIGOLI (che creerebbero fastidi nel paziente di tipo pungente)

- SETTI OSSEI INTERDENTALI devono essere smussati per non lasciare degli spigoli vivi.

PAZIENTE EDENTULO

Possiamo ascoltare un'edentulia propria del mascelle o mandibolare o entrambi, di tipo totale in soggetti con età molto variabile da tenerne in alta considerazione poiché ne influenziamo le tecniche da utilizzare;

il paziente può presentare un quadro clinico variabile:

- PARODONTITE? MOBILITÀ?

un quadro di parodontite grave in paziente non ancora edentulo ma che lo diventerà a breve o dopo il nostro intervento. Non esiste una classificazione specifica in cui si definisce il paziente edentulo in base all'età ma è principalmente

CLINICA:

A) < 30-35 anni

B) 40-60 anni

C) > 65-70 anni

Con l'età aumenta la discrepanza tra mascella-mandibola che diviene sempre più evidente tanto da più tempo è presente l'edentulia. Da ciò aumenta la difficoltà nel:

- costruire il manufatto
- garantire STABILITÀ e RITENZIONE
- garantire il comfort al paziente
- garantire il rispetto a lungo termine (PERFORMANCE)

• CRESTE BEN RAPPRESENTATE → 2 tipologie principali

• Fascia  ATROFICHE

in caso di CRESTA BEN RAPPRESENTATA Bisogna valutare a 6 e 12 mesi l'andamento della protesi totale per comprendere se il paziente accetta o meno il manufatto: "come si trova?" in modo da inserire il paziente in un protocollo di FOLLOW UP, visite periodiche e rivasature annue.

in caso contrario, se ad esempio a livello mandibolare la protesi non è stabile, possiamo aumentare la stabilità applicando nuove fimeste terapeutiche.

- valutare 3D la regione infraorbitaria per la QUANTITÀ di osso e QUANTITÀ di osso in modo da preventivare il posizionamento di IMPIANTI (poiché in questa zona le strutture anatomiche sono deboli e poche) ed il numero da scegliere per una protesi totale mobile e fissa. La scelta è data dalle forze anche in RELAZIONE ALL'ANTAGONISTA.

PROTESI OVERDENTURE RIMOVIBILI
RITENUTA DA 2 IMPIANTI (o 3, a discrezione)

Oppure, se prima dei 6 mesi, il paziente dichiara una difficoltà nel mantenere ambo la superiore e inferiore. Che fare?

- RIBA SARE

effettuata in modo DIRETTO (in studio) o INDIRETTO (odontotecnico)

e se non fosse sufficiente? si prevedono in considerazione gli IMPIANTI che, idealmente sono QUATTRO (si avrebbe un OVER TREATMENT poi)

il numero di impianti è differente tra masc. e mand. perché?

- TOPOGRAFIA della DENSITÀ tra mascellare / mandibolare
 - D1 corticale ottimale simfisi, parasinfisi
 - D2 corticale > midollare corpo, trigoni
 - D3 corticale = midollare
 - D4 principale e midollare / spugnoso

- ASSENZA di SUPPORTO POSTERIORE MASCELLARE

quali sono le sedi ideali? a livello CANINO per qualità di osso e a livello dei QUINTI (a livello del seno c'è maggior rischio di coinvolgere il seno) e anche per garantire una distanza interimplantare.

- autogonismo protesico con articolazione
- autogonismo protesico totale rimovibile
- NO su dentatura motrice autogonista
- NO su dentatura FISSA autogonista

su OVERDENTURE

SPUNTAGGIO sì o no? (con 2 attacchi di precisione) in termini di ritenzione, stabilità e durata si ottengono dei benefici a livello mandibolare splintando? Alla luce della letteratura, NO anche perché la bocca necessita una cura ed igiene minuziosa, cosa che un paziente edentolo difficilmente farà.

All'interno della protesi ci dovrà essere anche una SCANALATURA riducendo così i volumi necessari per la stabilità, in caso di traumi, FRATTURE più frequenti.

UNITE per il posizionamento implantare mascellare

- SENO
- CAVITÀ NASALE
- FORAME INUSIVO

Gli impianti non è preferibile che siano inseriti in modo lineare (ROTAZIONE) ma, per garantire una riduzione delle forze rotazionali è preferibile che siano deoccolizzati su emiarcata tali che, unilaterali, non siano sulla stessa linea.

La forma teoricamente a V dove l'apice è la regione frontale mascellare è tale da progettare il posizionamento implantare posteriormente. Quanto influenza quindi la forma del mascellare? HATO

quanto più è contratta tanto minore lo SPUNTAGGIO è favorevole; se l'arcata è a U invece è consigliato a meno che si voglia splintare il doppio impianto con uno solo a livello della stessa emiarcata, per quello a V.