

## Faccette in composito per stratificazione diretta

Procedura/Studio del  
Dr. Jordi Manauta  
Sestri Levante - Italia

**Unica**  
anterior



Jordi Manauta è nato a Città del Messico, dove si è laureato con lode in odontoiatria presso la UNITEC (Universidad Tecnológica de México) ed ha svolto l'apprendistato presso il Dott. Miguel Angel Tamés (Messico) e il Dott. Walter Devoto (Italia). Ha proseguito gli studi di specializzazione con un master in odontoiatria operatoria ed estetica alla UIC (Universitat Internacional de Catalunya) di Barcellona. È stato "visiting professor" presso le università di Siena e Siviglia, autore del libro "Layers" (Quintessence 2012), e consulente scientifico di due riviste europee. Autore e co-autore di molte pubblicazioni su riviste internazionali, è invitato spesso come conferenziere su questi argomenti. Inoltre, ha sviluppato vari materiali e strumenti per l'odontoiatria estetica e la fotografia in collaborazione con società internazionali. Il dottore esercita nel suo studio odontoiatrico privato.

## Introduzione

In passato, l'odontoiatria si occupava prevalentemente di denti sani e sorrisi decorosi. Nell'ultimo decennio la domanda di odontoiatria estetica e conservativa è aumentata enormemente, riflettendo i desideri dei pazienti. Oggi l'estetica è importante e il sorriso perfetto un must: è dimostrato che essi influenzano l'autostima del paziente e il suo benessere psicosociale [1].

Sulla base di statistiche scientifiche e dati clinici, le faccette in composito per stratificazione diretta offrono una soluzione valida alla riabilitazione estetica nella regione anteriore.

Meno costose delle tradizionali soluzioni in ceramica, le faccette in composito per stratificazione diretta possono essere eseguite in una singola seduta e modificate nel corso del processo di stratificazione a seconda delle esigenze del paziente.

Inoltre, grazie all'evoluzione dei compositi standard e nano-riempiti, sono migliorate le qualità meccaniche e la resistenza all'usura [2][3].

Una recente meta-analisi di studi prospettici sui restauri anteriori in composito ha evidenziato una sopravvivenza globale mediana stimata dell'84,6% dopo 5 anni di servizio clinico [3].

Le complicanze più comuni riguardanti le faccette in composito per stratificazione diretta sono: frattura, carie, macchie, alterazioni cromatiche e della ruvidezza superficiale [4][5][6][3][7]. La facilità di riparazione dei materiali compositi le rende comunque risolvibili. Per di più, il restauro diretto non necessita di irruvidimento dello smalto, poiché la mordenzatura con acido fosforico è sufficiente a potenziare la forza adesiva.

## Tecnica

Le faccette in composito per stratificazione diretta consistono nell'applicazione di uno o più strati di resina composita direttamente sulla struttura dentale. Successivamente il composito viene scolpito per correggere le imperfezioni cromatiche e morfologiche. In genere il restauro estetico è ultimato in un solo appuntamento [8].

Diversi strumenti possono essere utilizzati per ripristinare la forma corretta e i profili di emergenza dei denti anteriori. Fino ad oggi la procedura più comune per le faccette in composito per stratificazione diretta consisteva nel restauro dei margini interprossimali e cervicali in due fasi diverse; utilizzando rispettivamente due matrici posteriori (margini interprossimali) e una matrice a nastro appositamente sagomata per il restauro della regione cervicale.

Nel presente caso clinico abbiamo deciso di utilizzare la nuova matrice anteriore Unica anterior di Polydentia, in quanto semplifica la procedura e consente di restaurare direttamente l'intero profilo di emergenza (margini cervicali e interprossimali) in un'unica fase.

La procedura prevede innanzitutto la preparazione e pulizia delle superfici dentali che ospiteranno il restauro in composito.

La matrice viene posizionata sui denti e fissata in sede. In genere si possono utilizzare cunei di plastica o legno per assicurare il posizionamento corretto della matrice. In alternativa, ad es. in caso di restauri estesi di Classe III in cui il posizionamento del cuneo comprometterebbe il margine interprossimale facendo crollare la matrice nella cavità, si può utilizzare una diga liquida (ad es. Polydentia myCustom Resin) per tenere la matrice in sede.

Si esegue quindi la stratificazione del composito, iniziando dal restauro del profilo di emergenza, seguito dalla modellazione delle pareti palatali. Successivamente si ricostruisce una morfologia grezza del dente applicando e scolpendo uno o più strati di composito.

Si esegue quindi la modellazione della forma definitiva del dente con frese, dischi abrasivi e apparecchi per la lucidatura.

## Caso Clinico

La paziente, una donna di 52 anni, è giunta alla nostra attenzione perché insoddisfatta del suo sorriso. I denti mascellari anteriori presentavano un'anatomia insoddisfacente e un incisivo 11 fratturato. L'esame clinico ha rivelato denti esenti da carie e un'igiene orale soddisfacente. Dopo l'anamnesi e l'esame clinico, abbiamo deciso di procedere con 4 faccette dirette in composito su tutti gli incisivi centrali e laterali, utilizzando una tecnica completamente adesiva e additiva con preparazione minima.

Il caso clinico seguente illustrano la procedura di rivestimento diretto in composito utilizzando la nuova matrice Unica anterior di Polydentia.



01

La situazione clinica iniziale rivela una regione mascellare anteriore con denti con anatomia insoddisfacente e l'incisivo 11 fratturato. Abbiamo deciso di procedere con una riabilitazione estetica globale dei denti anteriori utilizzando faccette in composito per stratificazione diretta.



02

Il campo isolato dopo la pulizia, disinfezione e lucidatura delle superfici dentali. Diversi metodi possono essere utilizzati per ricostruire i profili di emergenza dei denti anteriori. Abbiamo deciso di procedere utilizzando Unica anterior di Polydentia, in quanto semplifica la procedura e consente di ricostruire direttamente l'intero profilo di emergenza (margini cervicali e interprossimali) in un'unica fase.



03

Matrici Unica anterior posizionate sugli incisivi centrali. In questo caso, la rigidità intrinseca delle matrici in acciaio e la presenza di punti di contatto intatti hanno garantito una buona stabilità e non è stato necessario fissare le matrici con cunei e resina. Inoltre la forma convessa delle matrici ha consentito di posizionare più efficacemente la diga in gomma nell'area cervicale, offrendo un migliore isolamento dell'area di intervento.



04

Vista degli incisivi centrali dal basso, con la preparazione della superficie.



05

La situazione clinica dopo la ricostruzione delle pareti prossimali - sull'incisivo 21: inizialmente è stato utilizzato un sistema adesivo universale per aumentare la forza adesiva dello smalto prima di procedere con la stratificazione diretta delle pareti interprossimali mesiali e distali utilizzando smalto composito. La procedura è stata ripetuta sul secondo incisivo centrale.



06

Dopo la ricostruzione interprossimale delle pareti, sono state modellate le pareti palatali mettendo una piccola quantità di smalto composito su un dito, per imitare l'angolazione del dente.



07

Stratificazione delle faccette in composito: prima è stato applicato uno strato di dentina.



08

Per imitare la cromia del dente è stato applicato un secondo strato di smalto, modellandolo poi con spatola e pennelli per ottenere la forma finale. L'immagine mostra le faccette in composito sugli incisivi centrali prima della modellazione e della pre-finitura che precedono la ricostruzione dei denti successivi.



09

Dopo la modellazione degli incisivi centrali, con la stessa procedura sopra descritta passiamo alla stratificazione diretta delle faccette in composito sugli incisivi laterali



10

Ricostruzione del profilo di emergenza sull'incisivo 22. Dopo aver fotopolimerizzato il materiale, abbiamo separato ed estratto la matrice per ottenere una vista migliore.





11

L'immagine mostra le faccette in composito sui due incisivi centrali 12 e 22 prima delle operazioni di modellazione, finitura e lucidatura. La modellazione e la finitura sono stati eseguiti con una fresa diamantata a bassa velocità. La bassa velocità consente di controllare meglio il movimento e migliora la levigatezza della superficie anche in caso di grana grossa. È stata quindi eseguita la pre-lucidatura con disco a spirale marrone (3M, Germania) e pasta per lucidatura (Premier, Diamond twist SCL); utilizzando un disco di pelle di daino è possibile poi ottenere una finitura extra-lucida.



12

Il risultato immediato dopo la rimozione della diga di gomma.



13

La situazione clinica dopo la lucidatura finale e la testurizzazione del restauro. L'immagine è stata scattata durante il controllo a 30 giorni dal restauro.



14

Il risultato finale del restauro



15

Situazione clinica 3 mesi dopo il restauro

## Conclusione

Grazie all'evoluzione dei materiali compositi, le faccette in composito per stratificazione diretta rappresentano oggi una soluzione valida, rapida e meno costosa per la riabilitazione estetica nella regione anteriore. Tuttavia il successo estetico e funzionale dipende in larga misura dalla conoscenza dei processi adesivi e dalla capacità di scolpire del medico.

Numerosi strumenti e procedure possono aiutare il medico a ricostruire correttamente il profilo d'emergenza; tra questi si distingue la nuova matrice Unica anterior che, per la sua semplicità e versatilità, permette di eseguire la ricostruzione rapida e agevole dei margini cervicali e interprossimali contemporaneamente, riducendo così drasticamente il tempo alla poltrona e mettendo il restauro estetico alla portata di tutti.

## Bibliografia

[1] DONG, J. K.; JIN, T. H.; CHO, H. W.; OH, S. C. The esthetics of the smile: a review of some recent studies. *Int J Prosthodont*, Chicago, v. 12, n. 1, p. 9-19, 1999.

[2] JANUS, J.; FAUXPOINT, G.; ARNTZ, Y.; PELLETIER, H.; ETIENNE, O. Surface roughness and morphology of three nanocomposites after two different polishing treatments by a multitechnique approach. *Dent Mater*, Copenhagen, v. 26, n. 5, p. 416-425, 2010. <https://doi.org/10.1016/j.dental.2009.09.014>

[3] FRESE, C.; SCHILLER, P.; STAEHLE, H. J.; WOLFF, D. Recontouring teeth and closing diastemas with direct composite buildups: a 5-year follow-up. *J Dent*, Bristol, v. 41, n. 11, p. 979-985, 2013. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2013.08.009>

[4] SILVA, M. A.; VITTI, R. P.; SINHORETI, M. A.; CONSANI, R. L.; JUNIOR, J. G.; TONHOLO, J. Evaluation of the Surface Roughness and Microleakage of Dental Composites Exposed to Different Beverages. *J Contemp Dent Pract*, New Delhi, v. 16, n. 10, p. 800-804, 2015

[5] GRESNIGT, M. M.; KALK, W.; OZCAN, M. Randomized controlled split-mouth clinical trial of direct laminate veneers with two micro-hybrid resin composites. *J Dent*, Bristol, v. 40, n. 9, p. 766-775, 2012. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2012.05.01>

[6] BALDISSERA, R. A.; CORREA, M. B.; SCHUCH, H. S.; COLLARES, K.; NASCIMENTO, G. G.; JARDIM, P. S.; MORAES, R. R.; OPDAM, N. J.; DEMARCO, F. F. Are there universal restorative composites for anterior and posterior teeth? *J Dent*, Bristol, v. 41, n. 11, p. 1027-1035, 2013. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2013.08.0>

[7] HEINTZE, S. D.; ROUSSON, V.; HICKEL, R. Clinical effectiveness of direct anterior restorations, a meta-analysis. *Dent Mater*, Copenhagen, v. 31, n. 5, p. 481-495, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.dental.2015.01.015>

[8] NEWTON FAHL, the Direct/Indirect Composite Resin Veneers: a case report. *The international aesthetic chronicle*, 1996.