

# cosmetic

## dentistry \_ beauty & science

1 2014

### \_ case report

Il ruolo dell'ortodonzia  
nei trattamenti interdisciplinari

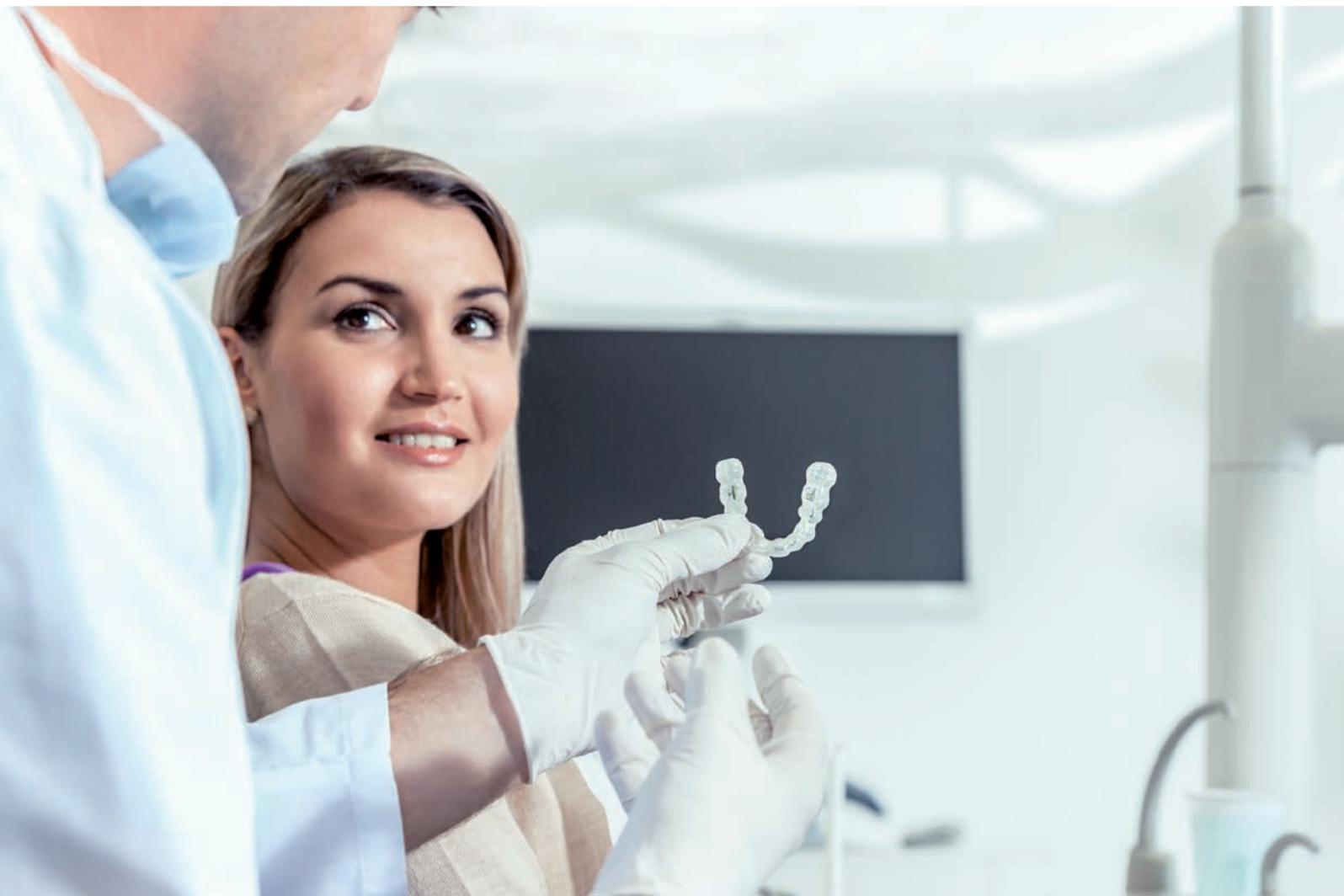
### \_ special

Forme e luce, la tessitura

### \_ C.E. article

Identification and management of passive eruption

# PROGRAMMA DI TRAINING INVISALIGN® **PERSONALIZZATO**



Questo programma, della durata di un anno, vi offre la possibilità di acquisire conoscenze pratiche completamente nuove e migliorate, grazie ad una più ampia gamma di servizi da offrire ai vostri pazienti, una formazione continua e un supporto costante.

La formazione prevede la partecipazione a 3 giornate di **“Invisalign® Training”** (Training Course Day 1, Training Course Day 2 e Masterclass) al costo di: Euro 1500,00\*.

**Si iscriva oggi stesso:**

- **Roma**, 21 marzo
- **Bari**, 4 aprile
- **Torino**, 4 aprile
- **Padova**, 16 maggio

Per ulteriori informazioni e l'iscrizione, consultare il sito: [www.aligneu.com](http://www.aligneu.com)  
o contattare l'ufficio marketing locale al numero 02 00 62 31 24

\* La quota di partecipazione all'Invisalign Training Course include le 3 giornate di formazione.



# Digitale: opportunità o attentato alla qualità?

Eccoci di nuovo al nostro periodico appuntamento dell'editoriale di *Cosmetic Dentistry*.

La cosa che più mi colpisce nel nostro mondo, oggi, è la diffidenza che ancora si nutre nei confronti del digitale. Odontoiatri e odontotecnici vedono questa rivoluzione come un attentato alla loro professionalità e come un livellamento, verso il basso, della qualità.

La realtà è che il digitale dovrebbe essere visto come un'opportunità e non con diffidenza. La possibilità di avere dei file da poter condividere, conservare e utilizzare con diversi sistemi, e la possibilità di interfacciare questi file con programmi, che quotidianamente vengono sviluppati, potrebbero rendere il nostro lavoro meno stressante e meno legato a individualità difficilmente ripetibili in tutte le situazioni.

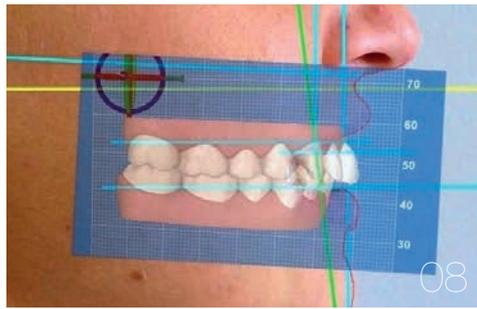
Questo naturalmente non vuol dire sminuire: il professionista o il tecnico più curiosi sapranno comunque differenziare il loro lavoro e, anzi, allargare gli orizzonti. Oggi sono già disponibili apparecchi in grado di rilevare colore e forma, caratterizzazioni senza possibilità di errore, servendosi della più diffusa delle tecnologie digitali, quella degli smartphone. È un mondo veramente affascinante, che peraltro non richiede sforzi incredibili, ma solo un po' di attenzione. Basti pensare a quanta gente non utilizzava un computer e attraverso l'uso dei telefonini ha imparato un linguaggio che immediatamente ha reso possibile poter capire anche il mondo dei PC...

Tutti noi non dobbiamo cadere – mi rivolgo soprattutto agli opinion leader del settore – nell'errore di valutare come "non indispensabile" questa tecnologia applicata all'odontoiatria, ma anzi cercare di supportare l'industria nello sviluppo di apparecchi semplici e immediati, che possano aiutare e guidare tutti gli operatori nel migliorare e ottimizzare il lavoro del professionista, venendo a soddisfare anche le esigenze dei nostri pazienti.

*\_Angelo Putignano*



**Prof. Angelo Putignano, direttore scientifico *Cosmetic Dentistry*.**



| editoriale

- 03 **Digitale:** opportunità o attentato alla **qualità?**  
\_A. Putignano

| l'intervista

- \_Gaetano Calesini  
06 La **cosmetica dentale** nell'esperienza  
di **Gaetano Calesini**  
\_P. Gatto

| expert article

- \_digital smile design  
08 **Aesthetic Digital Smile Design:**  
odontoatria estetica software assistita  
\_V. Bini

| case report

- \_ortodonzia interdisciplinare  
16 Il **ruolo dell'ortodonzia**  
nei trattamenti **interdisciplinari**  
\_P. Picchioni, U. Garagiola,  
F. Picchioni, R. Soldo, G. Bassi

| special

- \_fotografia  
24 **Forme e luce, la tessitura:**  
come trasmetterla in **maniera predicibile**  
\_G. Picciocchi, D. Rondoni

| C.E. article

- \_passive eruption  
31 **Identification and management**  
of **passive eruption**  
\_G.M. Kurtzman

| aziende

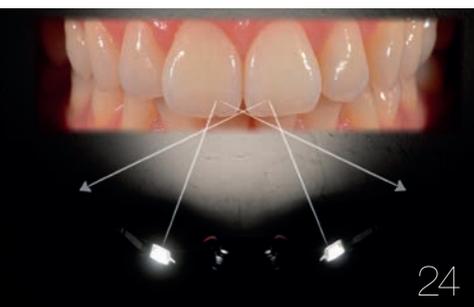
- 42 \_news

| eventi

- 44 \_AIOP e AIC  
46 \_Poiesis  
48 \_formazione

| l'editore

- 50 \_gerenza





Rimuove la placca  
fino a 5 volte in più rispetto  
a uno spazzolino manuale<sup>1</sup>



## Nuovo Philips Sonicare DiamondClean con tecnologia sonica brevettata

Prova Sonicare e senti la differenza. Con 31.000 movimenti al minuto crea un'azione fluido dinamica che, in modo delicato ed efficace, spinge i fluidi tra gli spazi interdentali e sul bordo gengivale lasciando in bocca una sensazione di pulito mai provata prima. La sua azione pulente migliora la salute delle gengive già in due settimane<sup>1</sup>. Inoltre, rende i denti più bianchi in tre settimane<sup>2</sup>.

Per maggiori informazioni: [www.philips.it/Sonicare](http://www.philips.it/Sonicare)

1. Milleman J, Putt M, DeLaurenti M, Souza S, Jenkins W. Comparison of gingivitis reduction and plaque removal by Sonicare DiamondClean and a manual toothbrush. Data on file, 2011.
2. Colgan P, DeLaurenti M, Johnson M, Jenkins W, Strate J. Evaluation of stain removal by Philips Sonicare DiamondClean power toothbrush and manual toothbrushes. Data on file, 2010.

**PHILIPS**  
sonicare

# La cosmetica dentale nell'esperienza di Gaetano Calesini

In occasione del Congresso annuale ANDI Piemonte, svoltosi a Torino, dal titolo "Coniugare estetica e funzione nella pratica clinica", abbiamo incontrato uno dei più prestigiosi relatori del congresso, il dott. Gaetano Calesini (in foto).

**Partendo proprio dal tema del congresso, ci può illustrare che cosa pensa dell'estetica e della funzione nella pratica clinica?**

Negli ultimi 15-20 anni l'estetica è stata proprio il topic più dibattuto nell'ambito dei congressi internazionali, anche sopravvalutato per certi aspetti; da sempre nella restaurazione estetica il protesista, quando interviene sul paziente, cerca di fare un lavoro naturale, che deve passare inosservato. L'idea di estetica, così come la intendiamo in odontoiatria, nasce negli Stati Uniti per risolvere un problema economico, in un periodo in cui vi erano molte "poltrone vuote", e nasce per semplificare la vita dei dentisti: la realizzazione di un'estetica stereotipata fatta di faccette dritte, bianche e tutte uguali. Il problema è che con il tempo sono stati realizzati dei modelli a cui tutti si rifanno, le star del cinema hanno delle bocche che rispecchiano questo modello, e anche le persone normali pretendono di avere lo stesso risultato, ma dal punto di vista del buon gusto è un fallimento clamoroso, a parer mio.

In Italia si fa al momento la migliore estetica del mondo, perché coniughiamo un buon risultato estetico con un risultato naturale, nel rispetto dell'aspetto naturale dei denti.

**A proposito di quest'ultimo punto e della conservazione dell'aspetto naturale del dente, l'argomento affrontato da lei al congresso, e cioè l'implantoprotesi secondo un approccio biomimetico, è assolutamente coerente.**

Nei primi 15-20 anni dall'avvento dell'osteointegrazione, l'obiettivo dei dentisti era quello di ripetere il fenomeno dell'osteointegrazione per ottenere il successo a livello biologico al fine di garantire al protesista la possibilità di ancorare una protesi fissa o rimovibile per la posizione degli impianti. I più anziani ricordano

i risultati estetici della scuola di Branemark o di Toronto con delle restaurazioni completamente in plastica e in resina con un'integrazione modesta, ma comunque erano restaurazioni che cambiavano la vita ai pazienti. Con il tempo sia i pazienti che i dentisti hanno spostato i loro obiettivi, riavere dei denti che sembrassero dei denti, si è lavorato molto sui materiali e le progettazioni protesiche per ottenere un risultato che passi inosservato a chi ci sta di fronte. Tutto il mondo sta andando in quella direzione e ancora una volta in Italia siamo partiti un po' prima degli altri.

**In questo momento lei e altri autori in Italia state parlando dell'opportunità che le componenti protesiche e implantari possano ripristinare o migliorare l'anatomia naturale.**

Questo è uno degli argomenti che sta emergendo ultimamente e che in realtà è alla base del lavoro che svolgo con il mio gruppo.

Il condizionamento tissutale, la parte di tessuti molli perimplantari, inizia alla fine della parte chirurgica; quando il chirurgo ha finito, inizia il protesista a condizionare i tessuti. Questo tipo di approccio secondo noi non è del tutto razionale. Noi iniziamo il condizionamento tissutale fin dalla prima fase chirurgica, la gran parte dei cambiamenti anatomici per correggere il sito avviene nella prima fase chirurgica durante l'inserimento dell'impianto e si utilizza l'impianto come strumento per cambiare anatomia. Il processo poi continua con l'uso di un abutment appropriatamente modellato e con l'uso di una modellazione delle componenti protesiche (corone di ancoraggio ed elementi intermedi). Quindi gli elementi protesici possono e devono servire per cambiare l'anatomia zonale del paziente.

**A proposito di materiali, un po' di tempo fa in una sua relazione dichiarò che**



**il materiale non è determinante per l'estetica e la funzione. Ci spiega perché?**

Questa è un'altra bella domanda. Per quanto riguarda gli impianti, se parliamo di impianti seri e di marca, le performance sono quasi equivalenti, per quanto riguarda la parte protesica vera e propria negli ultimi anni si è sviluppato molto il discorso delle ceramiche integrali e delle ceramiche su zirconia e devo dire che ben utilizzate, le metallo ceramiche, sono ancora il gold standard dell'odontoiatria protesica, almeno per quanto mi riguarda. Io non amo costruire abutment in zirconia e quindi uso abutment in titanio; mettere delle corone in ceramica integrale su questi abutment non ha gran senso, quindi continuo a usare per la gran parte dei miei restauri il metallo ceramica con strutture in lega aurea.

**Per determinare il successo o l'insuccesso di un piano di trattamento quali sono le componenti principali?**

Il successo di un piano di trattamento credo si debba valutare in modo retrospettivo, la longevità del restauro che abbiamo costruito

è una valutazione che si può fare nell'arco di anni, e anche qui c'è una lancia da spezzare in favore della prudenza da utilizzare.

Nel passato i materiali venivano testati per anni dalle industrie e dalle università prima di essere immessi sul mercato; negli ultimi anni abbiamo assistito invece a un'accelerazione del processo dall'ideazione di un materiale al suo ingresso in commercio, c'è una forte competizione tra le case produttrici e questo implica che purtroppo la sperimentazione del materiale venga fatta clinicamente dai dentisti, e non credo che questo sia molto etico, è un po' pericoloso e fa pagare ai pazienti e ai dentisti gli insuccessi dovuti ai materiali troppo frettolosamente immessi sul mercato. L'altra cosa importante è che le industrie e i mass media mettono troppa enfasi sui materiali, collegano quindi il successo della terapia a un certo tipo di materiale, mentre il successo della terapia è il frutto dell'esperienza della competenza della sensibilità dell'operatore e soltanto marginalmente del materiale utilizzato, anche perché la scelta del materiale rientra tra le responsabilità dell'operatore ed è da lui che dipende il risultato del trattamento.

**In questo senso, con queste osservazioni che ha fatto, possiamo parlare di terapie protesiche predicibili?**

L'efficacia e la longevità della terapia dipendono in maniera esclusiva dalla capacità dell'operatore, non esiste un'evidenza di un certo tipo di terapia che sia superiore a un'altra. Si parla molto di evidenza scientifica, ma di evidenza in odontoiatria e soprattutto in odontoiatria protesica esiste veramente ben poco, purtroppo questa è la verità.

**Parliamo del rapporto con il team. So che lei sottolinea sempre quanto il dialogo con l'igienista (prima e dopo il trattamento) e con il tecnico sia fondamentale per la buona riuscita della terapia implantare e protesica.**

Io penso che la differenza nel successo professionale di un individuo sia legata allo staff con cui lavora, da soli non si va da nessuna parte. Costruire una squadra efficace che duri nel tempo non è cosa facile. Il successo delle terapie sviluppate da un professionista dipende totalmente dall'affiatamento, dalla competenza e dalle scelte organizzative che il professionista adotta nel proprio studio, nel grado di coinvolgimento che riesce a dare e nel rapporto con il team. Inoltre è importante selezionare persone con talenti diversi. Io ho la fortuna in studio di avere delle persone che

sono con me da 33 e 34 anni, altre da 25 anni, quindi uno staff consolidato. I pazienti avvertono questa continuità nel tempo e riconoscono le persone che lavorano nello studio; in alcune famiglie stiamo trattando la terza e la quarta generazione. Questo tipo di continuità rassicura le persone e crea un rapporto personale con i pazienti, non soltanto un rapporto professionale, ci interessiamo alle loro vite e alle loro famiglie. È un rapporto molto più gratificante che non quello meramente terapeutico, ma del resto questo è quello che il medico ha sempre fatto, poi per un periodo se ne è "dimenticato"; si dà molta importanza alla comunicazione "codificata", ma la reale comunicazione è quella basata sulla trasparenza, sulla lealtà e sul reale interesse per le persone che ci circondano.

**Quindi una comunicazione "umanistica" secondo il suo punto di vista è molto importante. Lei come vede la comunicazione tra il tecnico e l'odontoiatra, che va sempre più nella direzione del digitale?**

Distinguiamo i due livelli di comunicazione: tra il tecnico e il clinico c'è un livello di comunicazione operativa, e il digitale è utile come tutte le altre possibilità che abbiamo per trasferire le informazioni dalla clinica al laboratorio; ma deve esistere anche un rapporto interpersonale profondo, perché il successo è legato alla quantità di informazioni cliniche che il tecnico conosce e alla quantità delle informazioni tecniche che il clinico conosce, quindi se non c'è un feedback continuo, dal momento che la velocità nell'evoluzione dei materiali e delle tecniche ha raggiunto livelli critici, diventa pericoloso lavorare, si rischia di non capirsi. Tecnico e clinico sono praticamente inscindibili, non è possibile fare tecnica di qualità senza un buon clinico e viceversa.

**Nella sua formazione pre universitaria lei ha preso un diploma in odontotecnica.**

**ca, pensa che questo abbia influenzato le cose che ci ha appena detto, come anche i suoi concetti di estetica o la sensibilità nella costruzione di questo saldo rapporto tra le due figure?**

Da un punto di vista operativo è servito moltissimo perché ho iniziato a 13 anni a vedere denti, a parlare di denti, a modellare i denti, dal momento che la nostra professione è una professione artigianale. È stato estremamente utile anche se mi ha lasciato dei rimpianti: io amo la letteratura classica e gli istituti professionali sono poveri dal questo punto di vista, quindi ho arrancato in seguito e da autodidatta ho cercato di recuperare sull'argomento, anche se è impossibile recuperare in tarda età.

**Non possiamo, dopo tutte le cose che ci ha detto, non domandarle che cos'è per Gaetano Calesini l'estetica o, meglio, come preferisce definirla lei, la cosmetica dentale.**

Inizio con una risposta forse banale, lavoro da 48 anni nel mondo del dentale, ho conosciuto numerosi tecnici e dentisti, alcuni attivi già nel dopoguerra e che hanno fatto la storia e che sono stati poi grandi maestri nel tempo; questi tecnici facevano tutti gli sforzi possibili con le conoscenze di allora e i materiali di allora per creare dei dispositivi protesici che passassero inosservati. Nella relazione preparata per questo congresso mostro una protesi egizia del 600 a.C.; anche in quella protesi l'operatore ha messo tutto quello che poteva per consegnare al paziente un manufatto funzionale in grado di nascondere la mutilazione. Non credo che sia cambiato di una virgola dal 600 a.C. al 2014 l'obiettivo del protesista: quello che dobbiamo fare è cercare di fare il meno possibile, di salvaguardare la salute del paziente e di far passare inosservato quello che facciamo. Non credo ci sia richiesto molto di più.

*\_Patrizia Gatto*

Scopri la sezione VIDEO  
del sito

[www.dental-tribune.com](http://www.dental-tribune.com)

Intervista a  
Gaetano Calesini

Specialista in Odontoiatria  
e protesi dentaria.



# Aesthetic Digital Smile Design: odontoiatria estetica software assistita

Autore\_V. Bini, Italia

## \_Virtual planning & digital wax-up

Dopo aver brevemente accennato ai fondamentali di questa metodica veniamo alla descrizione step by step di ADSD.

- Importazione e adattamento immagini: acquisiti i video frame, che immortalano staticamente le fasi dinamiche del sorriso, e una volta importate tutte le foto intra ed extraorali secondo i dettami precedentemente esposti, lo smile designer, come fosse un architetto, inizia

una vera e propria mappatura del viso e del sorriso osservandone le peculiarità secondo la lunghezza focale. L'analisi estetica (macro, mini, micro) a essa riferita si concretizza relativamente a valori e parametri che autori come Powell, GoldSmith, Rufenacht, Lombardi, Arnett e Bergmann, Chiche, Pinault, Ricketts, Fradeani ed altri ci hanno regalato, e che l'odontoiatra estetico potrà usare come righelli, squadre, goniometri. Le immagini dell'intero viso del paziente prevedono al-

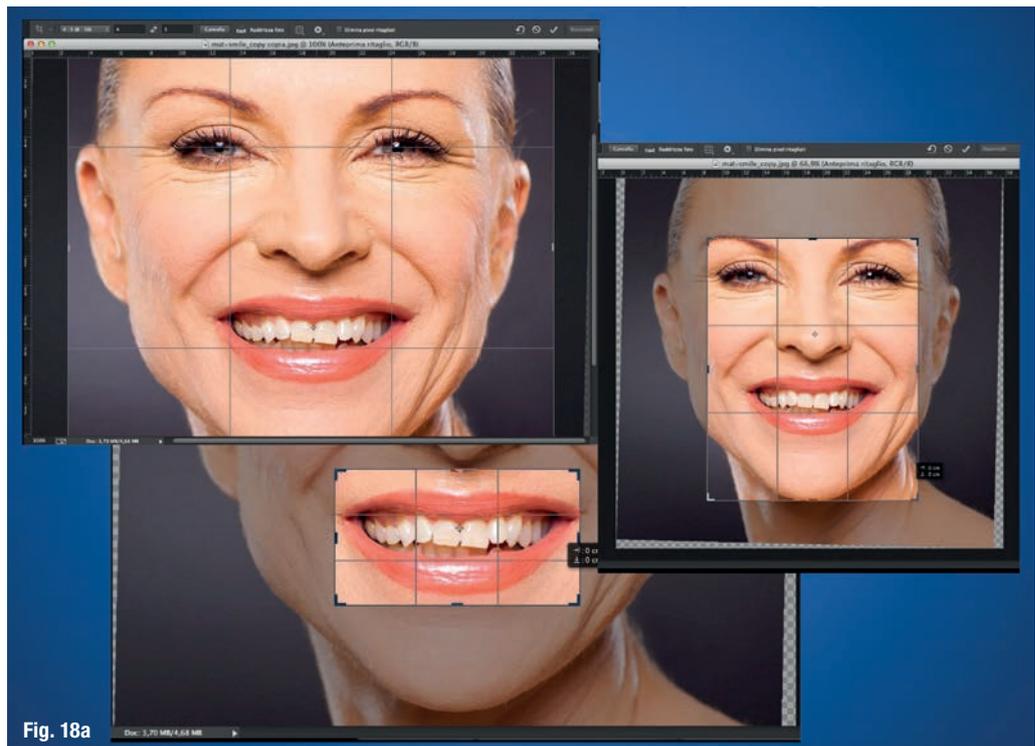


Fig. 18a \_Importazione immagini, orientamento e lunghezze focali analitiche.

Fig. 18a

tresi l'osservazione analitica del "ritratto", pertanto risultano importanti il colore dei capelli, della pelle, il make-up, il modo di porsi ecc. Dopo l'importazione, le stesse diventeranno oggetto dell'elaborazione.

- Verifiche di orientamento, esposizione del soggetto fotografato (Fig. 18a). Le immagini importate devono essere verificate in base alla qualità dello scatto, esposizione, nitidezza ecc., fattori tecnici questi che la maggior parte dei software, alcuni dei quali già contenuti nel firmware della stessa reflex, possono essere corretti e migliorati. Esercitarsi per acquisire una maggior dimestichezza risulterà utile allo smile designer.

La parte fondamentale, al di là delle peculiarità qualitative dell'immagine, è assolutamente importante orientare il viso del paziente. Alcuni software sulla piattaforma Mac lasciano utilizzare il semplice uso delle dita per provocare una rotazione dell'immagine; in generale si può comunque tracciare la linea bipupillar, che lo stesso software riconosce come il piano orizzontale a cui fare riferimento per adattare l'immagine.

Altro efficace metodo con duplice funzione è fare uso della griglia di ritaglio: questa infatti offre la possibilità di ritagliare la fotografia centrando l'immagine da utilizzare in ADSD, e ci permette di allineare orizzontalmente il piano bipupillare verificandone immediatamente le simmetrie corrispondenti al piano sagittale.

Esiste un altro metodo semplice ma efficace: incrementando lo zoom sulla foto, le pupille risulteranno maggiormente dettagliate e pertanto ruotando la fotografia, sarà possibile prendere come riferimento il lato superiore della finestra del software, sul quale verificare l'allineamento pupillare.

Successivamente sarà possibile, scorrendo l'immagine verso l'alto, confrontarsi con la bocca e gli elementi dentali, verificandone immediatamente il parallelo piano oclusale.

- Mappatura macro estetica (viso). Conferita la giusta posizione del viso utile all'analisi estetica dettagliata e seguente elaborazione digitale, diventa indispensabile mappare il viso e il sorriso con linee ed aree di riferimento, verificandone simmetrie ed asimmetrie (Fig. 18b). La prima cosa da fare è segnare i punti reperi e determinanti morfologiche (face makers); questi dovranno essere memorizzati nel progetto dalla fotografia poiché punti fissi anatomo-topografici sia dei tessuti molli extraorali che dei tessuti intraorali, ovviamente confinati a denti e gengive.

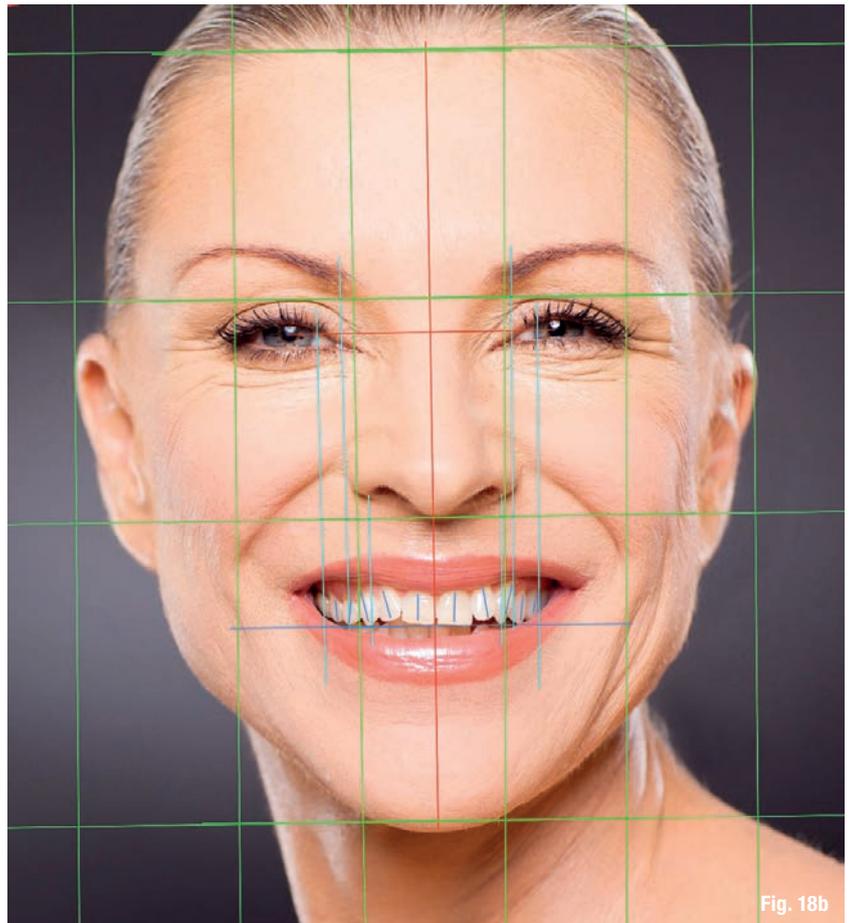


Fig. 18b

D'ora in poi, salvare e archiviare i diversi progetti di ADSD risulterà essenziale. In questo modo avremo subito a disposizione i punti cardinali della nostra anatomia topografica sulla quale andremo in un secondo tempo a proporzionare il viso con dimensione verticale, orizzontale e

**Fig. 18b\_** Mappatura del viso, macro estetica.

**Fig. 18c\_** Mappatura mini e micro estetica.

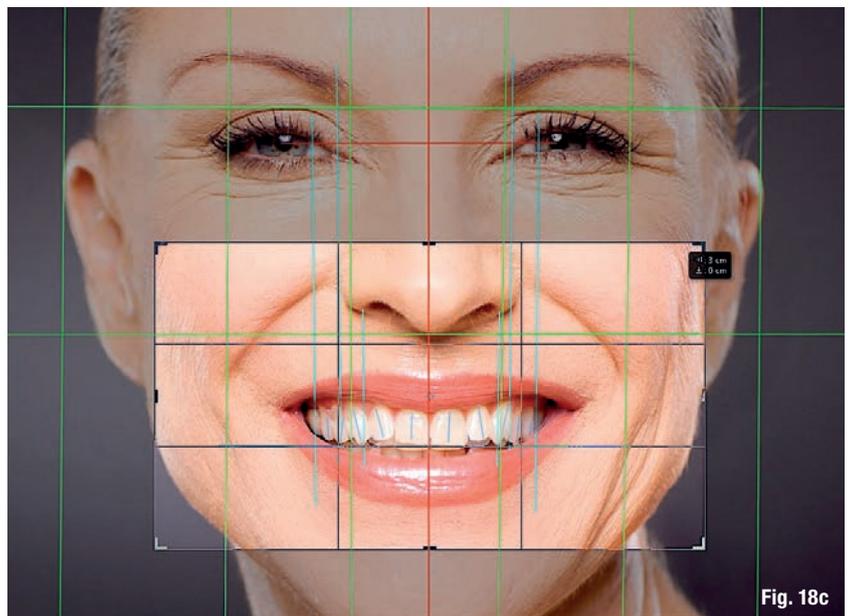


Fig. 18c