

Capitolo 1

Psicologia, edentulia e protesi totale: la valutazione del paziente edentulo

Una protesi totale finita deve garantire al paziente:

1. un aspetto estetico soddisfacente;
2. il ripristino dell'altezza del 3° inferiore del volto;
3. una corretta fonetica;
4. una almeno accettabile efficienza masticatoria;

che per il paziente significa:

- soddisfazione;
- autostima;
- migliore immagine del proprio corpo;
- migliore qualità di vita.

L'edentulia rappresenta la sconfitta dell'odontoiatria? Questa domanda apparentemente retorica non deve essere posta, a mio avviso, esclusivamente nell'ottica della perdita degli elementi dentali per insufficienti o non appropriate terapie, ma anche per la impossibilità, da parte di alcuni soggetti, di accedere per vari motivi, non ultimo quello economico, a terapie odontoiatriche. La protesi, non solo dentaria, ha l'obiettivo di sostituire al meglio organi ed apparati andati perduti o deteriorati in maniera tale da non essere più in grado di garantire la funzione per la quale la natura li ha realizzati.

In ambito odontoiatrico è opportuno osservare che fra i vari tipi di protesi complesse – la protesi totale è una protesi complessa perché non solo tecnicamente difficile ma anche riabilitativa nel senso più completo del termine; coinvolge infatti, estetica, funzione e ripristino della posizione dei tessuti molli utilizzando supporti quali la resina ed i denti artificiali e permette al 3° inferiore del viso di ritornare ad essere quello di un tempo, quando erano presenti tutti i denti naturali –, la protesi totale è quella

meno costosa come materiali e quindi può diventare un modo economico ma efficace di fornire denti a tutti, abbienti e non.

Da uno studio di qualche anno fa si può osservare l'andamento demografico dell'edentulia.

Tabella 1. Tabella riassuntiva che mostra la percentuale di pazienti edentuli anziani suddivisi per età e per stato di appartenenza

Region/country	Prevalence of edentulousness (%) of elderly		Region/ country	Prevalence of edentulousness (%) of elderly	
	% Edentulous	Age group		% Edentulous	Age group
USA	26	65-69	Bosnia Herzegovina	78	65+
Canada	58	65+	Austria	15	65-74
Gambia	6	65+	Bulgaria	53	65+
Madagascar	25	65-74	Denmark	27	65-74
Egypt	7	65+	Finland	41	65+
Lebanon	20	64-75	Hungary	27	65-74
Saudi Arabia	31-46	65+	Iceland	15	65-74
Cambodia	13	65-74	<i>Italy</i>	19	65-74
China	11	65-74	Lithuania	14	65-74
Malaysia	57	65+	Poland	25	65-74
Singapore	21	65+	Romania	26	65-74
India	19	65-74	Slovakia	44	65-74
Indonesia	24	65+	Slovenia	16	65+
Sri Lanka	37	65-74	United Kingdom	46	65+
Albania	69	65+			

(per gentile concessione del prof. A. Borracchini)

Ovunque si legge che, alle nostre latitudini soprattutto, la popolazione tende sempre di più ad invecchiare. Come? Per quanto concerne la mia esperienza, si fanno sempre meno protesi totali nuove e si lavora sempre più spesso sul 'vecchio', intendendo con questo termine il riadattamento di vecchie protesi totali ormai usurate (ribasatura e/o sostituzione dei denti artificiali); la realizzazione di nuove protesi, per contro, è rivolta a pazienti già portatori di protesi totale da lungo tempo ([link A.1](#)). Infatti si vedono ormai abbastanza di frequente anziani che ancora conservano alcuni, se non tutti, i propri denti, magari usurati e con molte terapie conservative e protesiche, frutto di particolare attenzione al proprio cavo orale e all'accuratezza del dentista di riferimento.

Quando invece ci troviamo di fronte un paziente totalmente edentulo, cosa è opportuno valutare?

Il paziente edentulo può appartenere a due categorie:

- A. paziente che arriva alla dentiera dopo anni di cure da parte del dentista, generalmente con problemi parodontali non trattati o parzialmente trattati, con protesi rimovibili di tipo scheletrato cui vengono aggiunti denti progressivamente fino a quando anche gli ultimi elementi dentali naturali danno forfait per cui si provvede a realizzare una protesi totale provvisoria (*infra*, cap. 18) e successivamente una protesi totale convenzionale o ancorata ad impianti endosseï;
- B. paziente che si presenta al dentista avendo fatto già alcune protesi totali nessuna delle quali, a suo parere, gli pare realizzata correttamente.

Il paziente A in genere non dà particolari problemi. L'approccio clinico prevede di valutare l'aspetto della cresta ossea superiore ed inferiore se l'edentulia è completa, l'eventuale presenza in bocca di radici residue inutilizzabili a fini protesici e di eseguire una radiografia panoramica per appurare se nella compagine ossea fossero presenti residui radicolari generalmente associati a lesioni apicali o cistiche e/o denti inclusi in inclusione ossea totale o osteomucoso ([link A.2](#)).

Con un esame obbiettivo accurato si riesce generalmente a valutare:

1. se ci sono le condizioni per realizzare una protesi di qualità;
2. se, nell'ipotesi che il dentista non riesca a realizzare una protesi così efficace da soddisfare le esigenze del paziente, sia possibile migliorare la ritenzione della stessa mediante l'inserimento di due o quattro impianti endosseï e trasformare così una protesi totale convenzionale in una ancorata – generalmente la protesi inferiore ([link A.3](#)).

Il paziente B richiede, per essere trattato, una notevole esperienza clinica oltre che una certa capacità psicologica da parte dell'operatore. Non è opportuno pensare che le numerose protesi in possesso al paziente siano mal realizzate; ma forse qualcuna di queste realmente lo è; oppure è il paziente che non tollera alcun tipo di protesi totale. Per non incorrere in un ulteriore fallimento realizzando una nuova protesi totale, magari anche di buona qualità ma alla quale, comunque, il paziente non si adatterà mai, è opportuno visitare il paziente per capire se:

1. ci sono le condizioni per realizzare una protesi totale di qualità – ampiezza delle creste ossee, buon supporto fornito da gengiva aderente in quantità e qualità, lingua di dimensioni normali e non sovradimensionata, relazione intermascellare favorevole, corretta percezione da parte del paziente dei limiti della protesi totale genericamente intesa;
2. valutazione delle protesi totali in possesso al paziente, dopo aver chiesto al paziente stesso un giudizio su ciascuna di queste protesi;

se il paziente confonde per esempio il superiore di una protesi con l'inferiore di un'altra e le indossa contemporaneamente è fortemente probabile che non sia il soggetto adatto alla realizzazione di una nuova protesi.

D'altra parte il dentista deve accertarsi che:

- la protesi sia stabile e ritentiva, a riposo ed in funzione;
- che il piano oclusale superiore sia corretto (si veda piani di riferimento, *infra*) e che il piano oclusale inferiore si trovi circa all'altezza dell'equatore della lingua;
- che la dimensione verticale di occlusione mostri il volto del paziente con un profilo armonico il che significa, tradotto più semplicemente, che le labbra siano ben pronunciate e non troppo 'distese', che la fonetica sia adeguata con la pronuncia delle consonanti fricative (V, F) della lettera S (Silvermann) e della lettera M ([link A.4](#)).

Una volta stabilito che il paziente non è idoneo alla realizzazione di una nuova protesi totale, è importante riuscire a convincerlo che questo tipo di protesi non fa per lui poiché non si adatterà mai; questo concetto va chiarito facendo ben attenzione a non colpevolizzarlo, spiegando che non tutte le protesi vanno bene per tutti e che ci sono altre strade che possono essere percorse per arrivare ad un risultato positivo. Queste nuove vie sono rappresentate dall'ancoraggio a due o quattro impianti endoossei se la lamentela più importante del paziente è legata all'arcata inferiore – la protesi totale superiore, se ben realizzata, non pone praticamente mai problemi né di ritenzione né di stabilità –, oppure una protesi tipo Toronto bridge, o infine una protesi fissa in metallo ceramica su almeno sei impianti endoossei.

È fondamentale, prima di proporre una di queste possibilità, capire che cosa si aspetta il paziente da questa protesi, quali sono le sue esigenze estetiche e tutto ciò che possa aiutare a formulare un piano di trattamento che esiti in successo.

1.1. Un cenno sulla stereognosia orale

Quello della stereognosia orale è un concetto di ricerca ma, di fatto, nella clinica di tutti i giorni, non viene quasi mai utilizzato.

In pratica si tratta di questo: la capacità che un soggetto ha di riconoscere ad occhi chiusi oggetti o figure geometriche semplici (triangolo, quadrato, rettangolo, ecc.) quando vengono inserite nel cavo orale. Il riconoscimento dell'oggetto deve avvenire in un certo determinato tempo ed un risultato positivo del test dovrebbe significare che il paziente è idoneo a riconoscere la protesi totale quando questa, a fine lavoro, gli verrà consegnata.

Che significa protesi totale o protesi completa?

È un tipo di protesi che viene realizzata per un paziente totalmente edentulo ed è costituita da due parti: la base ed i denti artificiali.

Quando si parla di totale in genere ci si riferisce ad una sola arcata, quando invece si parla di completa ci si riferisce ad ambedue le arcate. In questo testo verranno utilizzate indifferentemente le due dizioni precisando se si tratta di una o due arcate.

La base è in resina, anche se sono descritte in letteratura basi realizzate con materiali diversi dalle resine acriliche ([link A.5](#)).

La base protesica è solo ‘appoggiata’ sul supporto osteomucoso edentulo, a meno che non siano presenti meccanismi di ritenzione accessoria naturali o artificiali – denti e/o impianti endoossei –; nel caso specifico non si parla di protesi totale ma di *overdenture* o *overlay* o *prothèse à recouvrement*.

La base protesica è costituita a sua volta da due parti: una parte interna, che non deve essere lucidata, a contatto con il supporto osteomucoso, ed una parte esterna o *superficie lucida* che ospita:

1. i denti artificiali che vi sono ancorati ([link A.6](#));
2. i muscoli orali e periorali che vi sono appoggiati sopra ([link A.7](#)).

I denti artificiali possono essere in resina o in ceramica e sono posizionati sulla base protesica in maniera da garantire un aspetto estetico soddisfacente, il ripristino dell’altezza del 3° inferiore del volto, una corretta fonetica ed efficienza masticatoria.

I muscoli orali e periorali correttamente sfruttati aiutano a mantenere in sede le basi protesiche.

Già da questa prima descrizione risulta abbastanza chiaro come una protesi totale convenzionale sia realizzata per un paziente totalmente edentulo – quindi gravemente menomato in alcune sue caratteristiche quali l’estetica, la fonetica, la masticazione, in ordine non di importanza ma rigorosamente alfabetico – ed inoltre che è anche possibile realizzarla con materiali relativamente poco costosi.

Per quanto riguarda i materiali utilizzabili è possibile affermare che esiste la possibilità di realizzare una protesi totale con materiali ‘poveri’ ed una protesi totale con materiali ‘ricchi’. Ciò che è fondamentale è realizzare una protesi totale ‘di qualità tecnica quanto più ottimale possibile.

Le impronte rappresentano la modalità tecnica atta a realizzare una base protesica di qualità. Sono infatti di capitale importanza per ottenerne la stabilità e la ritenzione oltre che coprire interamente il supporto osseo disponibile.

Ritenzione stabilità e supporto sono elementi essenziali da studiare prima di accedere alla parte teorico-pratica delle impronte.

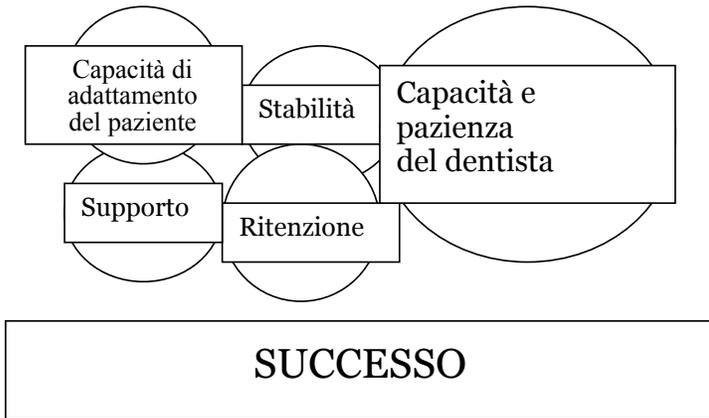


Tabella 2. Ritenzione stabilità e supporto rappresentano delle conoscenze indispensabili per realizzare una base protesica di qualità; ma anche la pazienza del dentista e la capacità di adattamento del paziente sono fattori essenziali al raggiungimento del medesimo obbiettivo