

## RIABILITAZIONE PROTESICA DI PAZIENTI AFFETTI DA LABIOGNATOPALATOSCHISI : vecchio e nuovo approccio

R.Branchi MD DDS

Ricercatore presso la Cattedra di Protesi Dentaria  
Dipartimento di Odontostomatologia  
Università degli Studi di Firenze Italia

Nota: L'autore non ha interessi economici nei prodotti citati in questo articolo.

---

### INTRODUZIONE

Il trattamento protesico delle labio-gnato-palatoschisi (L.P.S.) è la finalizzazione di un lungo iter terapeutico che coinvolge la chirurgia ortopedica dei mascellari, la chirurgia plastica ricostruttiva e la ortognatodonzia.

I pazienti oggetto di questi trattamenti vengono generalmente inviati al protesista intorno al 14° anno di età per colmare, con la protesi, le lacune presenti al mascellare superiore per la perdita o la mancanza di uno o più elementi dentali dal lato della schisi.

Scopo di questo articolo è la descrizione di un caso clinico trattato dall'età di 14 anni ad oggi ( 27 anni).

### CASO CLINICO

La paziente, S.L. di anni 14, affetta da L.P.S. è stata inviata al Reparto di Protesi Dentaria dopo essere stata trattata chirurgicamente all'Università di Nantes (Francia) ed ortodonticamente nel Reparto di Ortognatodonzia dell'Università di Firenze.



All'esame obiettivo si osserva la mancanza di 2.1 e 2.2 e la presenza di lacinie cicatriziali sia sul versante vestibolare che palatale, esiti dei pregressi interventi chirurgici, così come il labbro superiore e la base del naso nella metà sinistra (fig.1-2).

L'allineamento e la relazione dentale intermascellare sono di 1° classe, con risultato estetico e funzionale ottimali (fig.3).

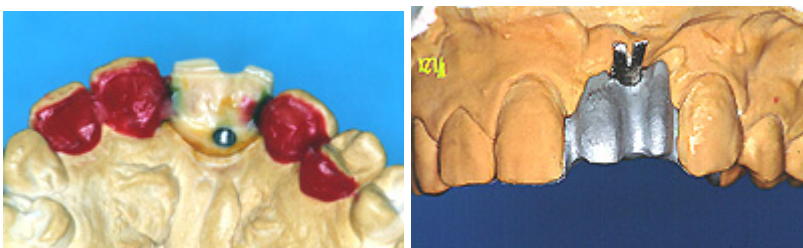
La paziente, dal punto di vista psicologico, è persona tranquilla, a conoscenza dei problemi della sua malattia di base e desiderosa di migliorare l'aspetto estetico del

settore frontale superiore.



La prima protesi realizzata per la paziente è una protesi parziale provvisoria in resina , con ganci a filo in acciaio, con la funzione di chiudere subito la lacuna presente per la mancanza di 2.1,2.2 .In considerazione dell'età della paziente (14 anni) la protesi rimovibile rappresenta a tutt'oggi una maniera valida, anche se parzialmente insufficiente sul piano estetico, di attendere una ulteriore crescita dei mascellari senza provocare interferenze e con la possibilità, dal punto di vista protesico, di correggere facilmente e con costi molto contenuti la protesi realizzata (fig.4). Questa è stata mantenuta dalla paziente per 4 anni, senza subire particolari modifiche.

Intorno ai 18 anni di età, in considerazione delle mutate esigenze estetiche e psicologiche, questa protesi è stata sostituita con una protesi fissa incollata.



La protesi incollata rappresenta in questi casi una soluzione ottimale, sia sul piano estetico che funzionale. Essendo una protesi "conservativa" permette di non coprire con corone i denti adiacenti alla lacuna, ma di utilizzarli nel loro versante linguale incollando una struttura metallica che porti i denti mancanti.

L'adesione della protesi agli elementi dentali è dovuta ai cementi adesivi previa mordenzatura dello smalto e della lega utilizzata.

La letteratura è ricca di contributi su questo tipo di protesi, da Bonocore a Rochette, poi Dunn e Resbick fino Del Castillo e Livaditis, ed i risultati sono soddisfacenti sia per quanto riguarda l'estetica che la funzione, oltretutto la durata nel tempo.



La protesi incollata progettata per questo caso clinico è tipo Maryland Bridge, che prevede di realizzare sugli elementi dentali scelti come pilastro di ponte (1.2,1.1,2.3,2.4) delle alette che realizzate in lega ad alto titolo di palladio; la struttura metallica porta, in monofusione, i due elementi dentali mancanti(2.1,2.2) (fig.5-6-7).



I tessuti molli della paziente, vestibolarmente all'area della schisi, mostrano lacinie cicatriziali esito dei pregressi interventi chirurgici; il labbro superiore, nella metà sinistra, ha una limitata mobilità, ma per mascherare questa situazione anatomica antiestetica è stata comunque realizzata una flangia di resina, ancorata alla struttura metallica mediante un attacco ad inserzione vestibolo-linguale, (fig.8-9) che maschera le lacinie cicatriziale ed allo stesso tempo corregge il profilo di emergenza del 2.1 con risultato estetico apprezzabile.



Tale flangia è rimovibile dal paziente per motivi igienici e per permettere ai tessuti di riposare durante le ore notturne. A distanza di circa 5 anni, due delle alette della protesi incollata si sono distaccate dalla superficie dello smalto ( sui pilastri 2.3 e 2.4) con minore stabilità del manufatto protesico e difficoltà di ordine igienico . E' stato quindi deciso, essendo impossibile rimuovere la struttura senza tagliarla ( e quindi poter nuovamente "incollarla") , di riabilitare protesicamente la paziente con una tecnica diversa, meno provvisoria della protesi incollata , più attuale e che probabilmente rappresenta il futuro trattamento di molti casi di L.P.S..

Eseguita una T.A.C. del mascellare superiore, è stato eseguito un innesto osseo in regione vestibolare nell'area della schisi, fissato con una vite (fig.10); a distanza di 2 mesi, è stata rimossa la vite e sono stati inseriti due impianti, in regione 2.1,2.2.



A distanza di 6 mesi, ad integrazione avvenuta, è stato iniziato il nuovo trattamento protesico. Durante questo periodo di tempi, la paziente ha di nuovo portato una protesi rimovibile, ribasata

periodicamente con resina molle, per risolvere il problema estetico e guidare la guarigione dei tessuti molli, senza alcun contatto precoce con gli impianti.

Uno di questi, quello in regione 2.1, è molto vestibolarizzato (fig.11) rispetto all'asse di inserzione dell' 1.1, e ciò ha richiesto un artificio protesico per ottenere un risultato almeno soddisfacente.



E' stata realizzata infatti una mesostruttura avvitata sugli impianti rappresentata da due doppie corone parzialmente aperte vestibolarmente ( fig.12), struttura che porta a sua volta, dalla parte palatale verso l'incisivo centrale controlaterale , una filettatura atta ad ospitare una vite di fissaggio della sovrastruttura poi ceramizzata (fig.13-14).



Questa tecnica permette di realizzare una protesi fissa ma completamente rimovibile dal dentista per il controllo dei tessuti molli (particolarmente importante in questi pazienti).

## CONCLUSIONI

La paziente porta con soddisfazione la protesi da due anni (fig.14).

I controlli vengono effettuati ogni tre mesi e, ad oggi, non si osservano alterazioni dei tessuti molli o perdite ossee intorno agli impianti.

L'unico problema degno di nota è la relativa difficoltà della paziente a praticare l'igiene orale domiciliare ,problema tuttavia ben risolto sia per la buona motivazione che per la possibilità di rimuovere completamente la struttura per eseguire l'igiene orale professionale

*Ringraziamenti:*

*Si ringrazia il Sig. Marco Ciagli del laboratorio Pro Mart di Firenze per la realizzazione del manufatto protesico.*

## Bibliografia:

1. Musgrave R.H.: Surgery of nasal deformities with cleft-lip. *Plastic & Reconst. Surg.* 28:261, 1961
2. Diolaiti C., Giuliani R.: Il trattamento ortopedico neonatale in pazienti affetti da labiopalatoschisi congenita, parte I e II. *Mondo Ortodontico*, vol. XV, 2/90
3. Bonocore M.G.: Simple method of increasing the adesion of acrylic filling materials to enamel surfaces. *The Journal of Dental Research* 34; 849, 1995
4. Thompson V.P., Livaditis G.J., De Castro E.: Resin bond to electronically etched non precious alloys for resin-bonded retainers. *The Journal of Dental Research* 60; 377, 1981
5. Craig M., Mish R.: Comparison of intraoral donor sites for onlay grafting prior to implant placement. *Int. J. Oral Maxillofac. Implant.* 12:767, 1997
6. Cudia G.: Comunicazione personale, 1998