

CAPITOLO 1

ESTETICA DEL SORRISO E MACRO-ESTETICA DEL VISO

Osserviamo questi pazienti e immaginiamo che si siano presentati nel nostro studio: cosa avremmo fatto?



Fig. 1 - Pazienti in prima visita.

Le possibili scelte:

- **Non fare nulla:** Non riconosciamo il problema e quindi non interveniamo.
- **Ignorare il problema:** Siamo consapevoli che il problema esiste, ma non conosciamo la soluzione e preferiamo non affrontarlo. Fingiamo di non vederlo e lo lasciamo da parte.
- **Delegare al laboratorio:** Sappiamo che esiste un problema, ma non possediamo le competenze per risolverlo, quindi demandiamo tutto al laboratorio.
- **Rinunciare per complessità:** Conosciamo sia il problema che il protocollo per affrontarlo, ma lo ritieniamo troppo complesso.

Analizziamo queste quattro possibilità, premettendo che io stesso, nel corso della mia carriera, sono passato attraverso tutte queste fasi.

Nel primo scenario, tipico delle prime esperienze professionali, l'odontoiatra riabilita il paziente inserendo impianti o realizzando protesi senza rendersi conto che avrebbe potuto (e dovuto) fare di più.

Nel secondo scenario, il dentista si accorge che ciò che ha fatto nella prima fase non è stato sufficiente. Inizia a riconoscere il problema, ma non sapendo come risolverlo, lo ignora o fa finta di non vederlo.

Il terzo scenario è, a mio avviso, il più frequente. Il dentista sa che c'è un problema, ma non ha gli strumenti per risolverlo, quindi lo passa al laboratorio. Quante volte abbiamo assistito alla scena in cui un'impronta viene inviata al laboratorio con la richiesta: "Aumentare la DVO (dimensione verticale di occlusione)"? La risposta tipica del laboratorio è: "Di quanto?", e la replica spesso è: "Di un paio di millimetri."

Sembra una barzelletta, ma in molti studi odontoiatrici succede davvero. Affronteremo più volte questo tema quando parleremo della ceratura diagnostica da parte del laboratorio, una richiesta che spesso viene fatta senza indicazioni precise.

Chiedere una ceratura diagnostica senza fornire dettagli equivale a dire: "Aumenta la DVO di un paio di millimetri."

Ed eccoci al quarto scenario, in cui molti colleghi si riconosceranno.

Tutti noi, dopo la laurea, abbiamo frequentato corsi e congressi, aspettandoci di acquisire nuove competenze applicabili immediatamente nella nostra pratica clinica. Tuttavia, spesso l'effetto ottenuto è stato ben diverso. Pensiamo ai grandi relatori che per anni ci hanno proposto protocolli complessi, quasi irrealizzabili nei nostri studi, presentando casi che sembravano funzionare solo nelle loro mani.

Il risultato? Molti di noi si sono sentiti incapaci e frustrati. Il lunedì successivo al corso abbiamo provato a mettere in pratica ciò che avevamo appreso, ma con risultati spesso mediocri, poco predibili e difficilmente ripetibili.

La nascita della Vertical Box

La tecnica Vertical Box nasce proprio da questa frustrazione: il desiderio di trovare un metodo efficace per riabilitare i pazienti, superando le difficoltà che spesso rendono complessa la gestione clinica.



Fig. 2 - Ceratura o wax up eseguita dall'odontotecnico.

LA TECNICA VERTICAL BOX



Fig. 3 - Pazienti prima e dopo una riabilitazione protesica.

Ora osserviamo dei casi clinici prima e dopo la riabilitazione protesica.

Il miglioramento estetico è evidente.

Ma esiste un metodo migliore di altri per la riabilitazione protesica? Esiste una scuola, un protocollo o una filosofia che ci dia certezze nei nostri trattamenti?

Le evidenze scientifiche dimostrano che non esiste una metodica ricostruttiva protesica dell'occlusione supe-

riore alle altre (Cochrane, RTC - Randomized Clinical Trial). Se una singola scuola o filosofia gnatologica garantisse risultati certi, tutti la seguiremmo. Invece, la letteratura riporta posizioni contrastanti e dibattiti accesi tra le diverse scuole protesiche.

È proprio in questo contesto di incertezza che è nata la Vertical Box.



Fig. 4 - Sorridere costituisce un linguaggio universale: è una delle poche espressioni facciali che viene compresa in tutte le culture e in tutte le lingue.

Il sorriso: un linguaggio universale

Sorridere è un linguaggio universale, comprensibile in ogni cultura e lingua. Non serve parlare la stessa lingua: un sorriso comunica emozioni e intenzioni.

Ma quanto è importante il sorriso nell'estetica e nelle relazioni sociali?

Uno studio pubblicato su una rivista americana ha analizzato le prime impressioni tra due persone, mostrando che l'attenzione si focalizza su:

- 4% capelli
- 7% vestiti
- 11% odore e profumo
- 31% occhi
- 47% sorriso

Il sorriso è quindi il primo elemento notato negli incontri sociali. Tuttavia, per i pazienti, un bel sorriso spesso equivale a "denti dritti e bianchi". Quante volte ci siamo sentiti dire: "Dottore, voglio denti dritti e bianchi!"?

Oltre il sorriso: la macro-estetica del viso

Ma un bel sorriso si riduce solo a questo e cioè a denti dritti e bianchi? È davvero così semplice?

La risposta è no.

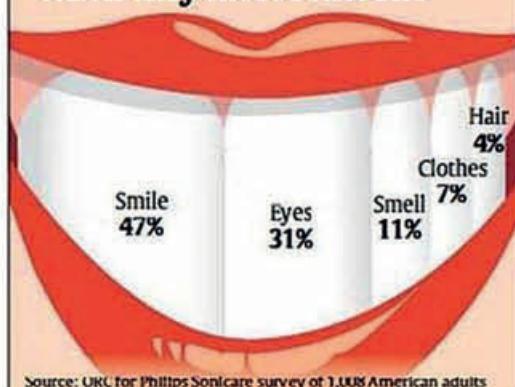
La bellezza di un sorriso è legata a precise regole geo-

metriche e proporzioni che possiamo ritrovare nei testi di protesi fissa e mobile, da quelli classici fino a quelli di Autori più recenti.

Ma c'è di più. L'armonia del sorriso non dipende solo dai denti, ma dall'equilibrio complessivo del viso.

USA TODAY Snapshots®

What people notice first when they meet someone



By Anne R. Carey and Veronica Salazar, USA TODAY
Fig. 5 - Da una rivista americana.

Macro-estetica del viso: un concetto antico

L'importanza della macro-estetica del viso è nota da sempre. Leonardo da Vinci, nei suoi studi, confrontava il volto di un giovane con quello di un anziano, evidenziando come il terzo inferiore del viso si modifichi nel tempo.



Fig. 6 - Leonardo Da Vinci

Osserviamo il busto in marmo di Alessandro Volta all'Hermitage di San Pietroburgo: la senilità è chiaramente riconoscibile dalla struttura del terzo inferiore del viso.



Fig. 7 - Busto di Alessandro Volta all'hermitage di san pietroburgo.

Questo concetto è così radicato che persino un bambino, se gli si chiede di imitare il viso di una persona

anziana, protruderà il mento, inconsapevolmente riproducendo i segni dell'invecchiamento.

Quanto è importante il terzo medio-inferiore del viso nella percezione dell'età?

Se confrontiamo due volti concentrandoci solo sulla parte superiore, le differenze sembrano minime. Tuttavia, appena spostiamo l'attenzione sul terzo inferiore e sulla mandibola, l'impatto sulla macro-estetica del viso diventa evidente.



Fig. 8A



Fig. 8B

Fig. 8A/B - Differenze nella macro-estetica del viso tra giovane e anziano.

Il processo di invecchiamento ed il ruolo dell'odontoiatria nell'anti-aging

Il processo di invecchiamento, che porta alla progressiva perdita di posizione della mandibola rispetto al mascellare superiore, può durare anni.



Fig. 9 - Perdita di denti e processo di invecchiamento con ripercussioni sulla macro-estetica del viso.

Pensiamo a eventi molto comuni come la perdita di denti nei settori posteriori o restauri inadeguati o la stessa usura dentale che portano alla perdita della stabilità nei settori posteriori, con un conseguente sbilanciamento delle forze verso i settori frontali.

Tuttavia, ciò che un tempo era considerato accettabile oggi non lo è più: la società moderna non ammette l'invecchiamento. Di conseguenza, i pazienti fanno di tutto per mascherare la loro età e apparire più giovani; i pazienti cercano di contrastarlo in ogni modo.

Dal loro punto di vista, il segreto di un aspetto giovanile in ambito odontoiatrico si riduce spesso ad avere denti dritti e bianchi. Questo è ciò che chiedono. Il dentista, però, non è abituato a considerare il potenziale di un trattamento odontoiatrico come trattamento anche anti-age. Tende a limitare il proprio campo d'azione ai soli denti, senza includere tra gli obiettivi della riabilitazione il miglioramento della macro-estetica del viso. Inoltre, spesso trascura un altro aspetto fondamentale: gli effetti del trattamento sull'intero corpo.

Un nuovo approccio

Pensiamo ora a tutte le offerte presenti sul mercato per contrastare l'invecchiamento: creme, soluzioni miracolose, integratori, trattamenti estetici fino ad arrivare ai filler, alle tossine botuliniche e persino agli interventi chirurgici. A tutto questo si aggiunge il vasto mondo del wellness, che punta a migliorare l'equilibrio posturale del corpo.

Eppure, né il dentista né il paziente pensano al ruolo che un trattamento odontoiatrico può avere in questo contesto. Si continua a considerare l'odontoiatria come un semplice mezzo per ripristinare denti mancanti, senza coglierne il potenziale nell'ambito dell'anti-aging.

Eppure, chi meglio del dentista può intervenire sull'invecchiamento del volto sfruttando l'effetto anti-age?

Pensiamo a un paziente che si rivolge al nostro studio. Nella sua mente, i dentisti sono tutti uguali e la scelta si basa spesso solo sul prezzo, un aspetto triste ma reale. A parità di trattamento, il paziente andrà dove trova maggiore convenienza.

La domanda più comune è: **"Dottore, quanto costa un dente?"**

Ma il paziente non può sapere cosa c'è dietro una prestazione odontoiatrica. Non conosce il valore del lavoro, delle competenze, delle attrezzature, del personale di studio e dell'intera struttura.

Ora immaginiamo l'impatto che potremmo avere sui pazienti alla prima visita se, oltre a descrivere il piano di trattamento protesico o implanto-protesico, spiegassimo loro i benefici aggiuntivi: non solo un miglioramento funzionale, ma anche un impatto positivo sull'aspetto

estetico e persino sulla postura, per via delle interazioni tra la bocca e il resto del corpo.

Perché sì, la bocca – o meglio, l'apparato masticatorio – influenza sull'equilibrio posturale del corpo. E di questo parleremo diffusamente nel corso del libro.

Pensiamo inoltre che, se al paziente vengono spiegati con chiarezza tutti i benefici di un trattamento odontoiatrico che non si limita al semplice ripristino dei denti mancanti, ma che punta anche alla riammonizzazione del volto e al riequilibrio posturale, allora nella sua mente si apriranno cassetti mentali rimasti chiusi, mai esplorati né immaginati. Ed è proprio questo cambio di prospettiva che lo porterà a scegliere noi, e non il dentista che punta solo sul prezzo più basso o su slogan ormai abusati come: "denti fissi in 24 ore".

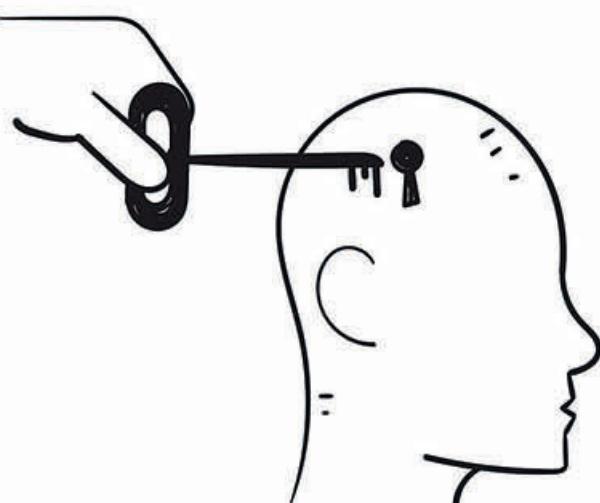


Fig. 10

A questo punto, la domanda diventa:

Possiamo realmente riportare indietro le lancette del tempo?

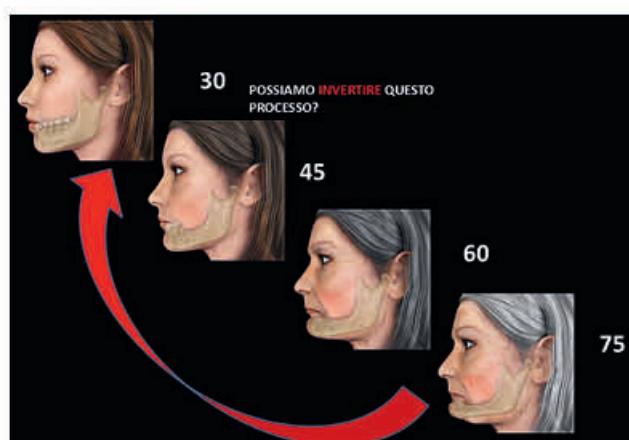


Fig. 11 - Possiamo portare indietro le lancette del tempo?

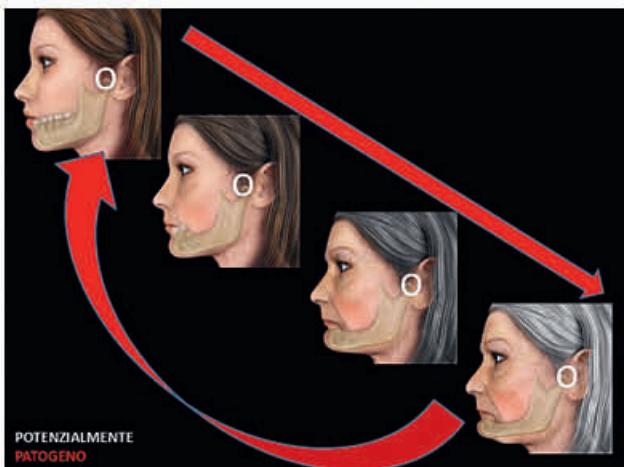


Fig. 12 - Rischio di disordini cranio mandibolari articolari o muscolari.



Fig. 13 - Senza regole quanto rischiamo nel fare questi riposizionamenti?

Per anni ho cercato delle regole, una scuola protesica o una filosofia gnatologica che mi desse certezze. E alla domanda "Esistono regole?" la risposta è duplice: sì, ne esistono molte, ma nessuna è stata scientificamente validata come la migliore. Quindi, la risposta è no. L'assenza di regole precise rende ogni riposizionamento mandibolare un potenziale rischio, sia a livello muscolare che articolare.

Abbiamo bisogno di regole. La loro mancanza è destabilizzante.

In conclusione, è sufficiente dare al paziente i famosi denti dritti e bianchi per restituirci il bel sorriso che desidera?

La risposta è ovviamente no.

Alla luce di quanto scritto, invitiamo ora ad osservare nuovamente le fotografie dei volti dei pazienti prima e dopo il trattamento indicate col numero 3.

Tutti questi pazienti sono stati riabilitati protesicamente, ma è stato sufficiente limitarsi a denti dritti e bianchi o c'è stato un intervento più ampio?

In molti pazienti non vediamo neppure il sorriso, epure, istintivamente, ci appaiono migliori dopo il trattamento. C'è qualcosa che percepiamo, un'armonia

nuova che li rende diversi, più equilibrati, anche senza vedere i denti.

La verità è che ho guardato oltre il sorriso. Ho ampliato il mio campo d'azione, passando dall'estetica del sorriso al ripristino della macro-estetica del viso.

Bibliografia

Aldeeri AA, Alhababi KA, Alqahtani FA, Tounsi AA, Albadr KI. Perception of Altered Smile Esthetics by Orthodontists, Dentists, and Laypeople in Riyadh, Saudi Arabia. *Clin Cosmet Investig Dent.* 2020;12:563-570. Published 2020 Nov 19. doi:10.2147/CCIDE.S272226

Almotairy N, Alsuliman AF, Alfawaz NA. Objective assessment of the influence of malocclusion and orthodontic devices on facial and smile esthetics in laypeople via eye-tracking technology: A systematic review of clinical studies. *Technol Health Care.* Published online July 11, 2025. doi:10.1177/09287329251356163

Arroyo-Cruz G, Orozco-Varo A, Vilches-Ahumada M, Jiménez-Castellanos E. Comparative analysis of smile esthetics between top celebrity smile and a Southern European population. *J Prosthet Dent.* 2022;128(6):1336-1341. doi:10.1016/j.prosdent.2021.03.019

Bagheri Z, Mollabashi V, Maleki MM, Alafchi B. Evaluation of Facial Proportions, Landmarks Relationships With Facial and Dental Midlines, and Smile Framework. *Clin Exp Dent Res.* 2025;11(4):e70164. doi:10.1002/cre2.70164

Carlsson GE. Responses of jawbone to pressure. Occlusion in implant dentistry. A review of the literature. *Clin Oral Implants Res.* 2009;20 Suppl 4:165-70. doi:10.1111/j.1600-0501.2009.01775.x

Ntovas P, Grybauskas S, Beiglboeck FM, Kalash Z, Aida S, Att W. What comes first: teeth or face? Recommendations for an interdisciplinary collaboration between facial esthetic surgery and dentistry. *J Esthet Restor Dent.* 2024;36(11):1489-1501. doi:10.1111/jerd.13267

Romeo G. Smile makeover and the oral facial harmony concept in a new era: relationship between tooth shape and face configuration. *Int J Esthet Dent.* 2021;16(2):202-215.

Sabbah A. Smile Analysis: Diagnosis and Treatment Planning. *Dent Clin North Am.* 2022;66(3):307-341. doi:10.1016/j.cden.2022.03.001

Thomas PA, Krishnamoorthi D, Mohan J, Raju R, Rajayam S, Venkatesan S. Digital Smile Design. *J Pharm Bioallied Sci.* 2022;14(Suppl 1):S43-S49. doi:10.4103/jpbs.jpbs_164_22

Ye H, Wang KP, Liu Y, Liu Y, Zhou Y. Four-dimensional digital prediction of the esthetic outcome and digital implementation for rehabilitation in the esthetic zone. *J Prosthet Dent.* 2020;123(4):557-563. doi:10.1016/j.prosdent.2019.04.007

