



Venus®
Guida Step by Step

Capitolo 1
La stratificazione

Indice

Introduzione	2
Ricostruzioni estetiche in composito	
Informazioni generali	4
Ricostruzioni estetiche in composito	
Elementi anteriori	5
Caso studio - elementi anteriori	
Caso A	6
Caso B	12
Caso C	16
Ricostruzioni estetiche in composito	
Denti diatorici	21
Caso studio - Elementi posteriori	
Caso D	22
Caso E	27
Bibliografia	37
Indicazioni cliniche	38
I colori della gamma Venus	38
Venus - Gamma prodotti	39

Introduzione

Heraeus Kulzer da molti anni investe in ricerca e sviluppo di materiali ad uso dentale. Venus è il risultato di tutta l'esperienza maturata nello sviluppo di compositi fotopolimerizzabili.

Con Venus ottenere una eccellente estetica non è più una probabilità o una serie di perdite di tempo e di errori. Le eccellenti proprietà di manipolazione, il concetto "Color Adaptive Matrix", il sistema a due strati di Venus permettono un'estetica eccellente con facilità, rapidità e affidabilità.

Tutti i prodotti offerti da Heraeus Kulzer vengono sviluppati in collaborazione con Università distribuite in tutto il mondo. Soltanto questa costante discussione scientifica permette la percezione delle necessità degli odontoiatri e dei pazienti e il conseguente studio delle soluzioni più adatte a tutte le crescenti richieste.

Da questi intendimenti nasce la proposta formativa tra Heraeus Kulzer e l'Università di Brescia. Il Professor Antonio Cerutti, responsabile del Dipartimento di Odontoiatria Conservatrice, ed il suo gruppo ci hanno permesso di costruire un documento di informazione che vi consentirà di entrare nei dettagli dell'odontoiatria restaurativi passo dopo passo.

L'estetica rappresenta oggi una necessità primaria del paziente in tutte le specializzazioni odontoiatriche. Unire un risultato esteticamente apprezzato dal paziente con le necessità funzionali e la lunga durata delle ricostruzioni, richiede una profonda conoscenza di vari ambiti: adesione, stratificazione, colore, polimerizzazione, rifinitura e lucidatura.

La guida Venus Step by Step vuole esprimere in modo estremamente semplice, rapido ed intuitivo tutti i diversi concetti che possono portare un'apprezzabile miglioramento alla pratica clinica quotidiana.

Grazie per l'attenzione e la fiducia

Heraeus Kulzer



-Università degli Studi di Brescia -
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea Specialistica in Odontoiatria e Profeti Dentario

Heraeus

Ricostruzioni estetiche in composito

Informazioni generali

Preparazione

La superficie del dente da trattare deve essere priva di tartaro e pulita con una pasta abrasiva per profilassi priva di fluoro. Si suggerisce di rilevare una mappa del colore con il dente ancora idratato. Nei successivi capitoli di questa guida sarà possibile trovare tutti i dettagli operativi necessari. Per il momento sarà utilizzata soltanto la scala colori Venus realizzata con materiale originale.

Prima di iniziare la ricostruzione per garantirsi di lavorare in un ambito privo di umidità (il più grande nemico dei sistemi adesivi e dei compositi), per guadagnare in concentrazione e per innalzare il livello di sicurezza del paziente, si rende necessario l'applicazione della diga di gomma.

La ricostruzione deve ricreare la porzione di elemento persa per carie, erosione o trauma. È perciò particolarmente importante rimuovere il tessuto danneggiato o non sostenuto (smalto sottominato). Allo stesso modo, in caso di otturazioni precedenti sia in amalgama sia in composito, le vecchie ricostruzioni devono essere rimosse e la struttura naturale residua deve essere controllata.

I materiali per ricostruzione tendono a contrarre durante la polimerizzazione per la loro stessa struttura. Davidson introdusse il concetto di fattore C. Lo definì come la relazione tra le superfici aderenti e le superfici libere della ricostruzione: più grande è il numero delle pareti connesse da un incremento di composito, più grande sarà lo stress accumulato dal dente; una classe I sarà sicuramente più sfavorevole rispetto ad una classe II. Per evitare questo problema, sarà introdotta nel seguente capitolo la tecnica dei micro-incrementi ed altre particolari misure.

Ricostruzioni estetiche in composito

Elementi anteriori

Per le ricostruzioni anteriori si suggerisce quando è possibile, di rilevare un'impronta e predisporre un modello studio della situazione della bocca. Su questo si predisporre una ceratura diagnostica, che permette il controllo prima e dopo il trattamento e la discussione della terapia stessa con il paziente. Sulla ceratura diagnostica si prepara la mascherina in silicone che sarà guida nella ricostruzione della faccia palatale/linguale (caso A) e nella definizione del margine incisale.

Dopo aver posizionato la diga di gomma, verrà verificato se la preparazione del bordo incisale è adatta alle necessità adesive. Successivamente, verrà applicato il sistema adesivo prescelto secondo le istruzioni del produttore. Uno dei successivi capitoli della guida Venus Step by Step tratterà nei dettagli i processi di adesione.

La mascherina in silicone verrà posizionata nel cavo orale in modo che i suoi bordi coincidano perfettamente con quelli dell'elemento e si stratificherà uno strato molto sottile di tralucente (T1, T2 o T3) che costituirà la ricostruzione della superficie palatale/linguale. Trattandosi di una massa assolutamente tralucente, lo spessore dovrà essere controllato con attenzione per evitare di rubare spazio alle masse opache.

Se l'approccio al restauro non consente l'utilizzo di una mascherina (caso B), il primo strato deve essere applicato partendo dal fondo della cavità. Quando viene richiesta l'applicazione di una massa dentina (opaca) la modellazione deve seguire il disegno anatomico della dentina che può essere rilevato dal dente adiacente.

La ricostruzione dovrebbe essere portata a termine con una sequenza di masse smalto ed incisali. Durante questa modellazione finale si dovrebbe dar forma alle linee di transizione e ad un primo abbozzo di tessitura di superficie.

Ogni singolo strato di composito deve essere polimerizzato mediante una lampada (es. Translux Power Blue). Nel capitolo dedicato alla polimerizzazione saranno descritte le lampade in commercio e verranno forniti suggerimenti per una polimerizzazione ottimale.

Alla fine dopo aver rimosso la diga in gomma controllare la masticazione, rifinire e lucidare.

Caso studio - elementi anteriori

Caso A

1

Questa giovane ragazza presenta due restauri incongrui sugli incisivi centrali superiori. Il nostro proposito è di restaurare gli elementi utilizzando compositi che permettano una stratificazione anatomica.

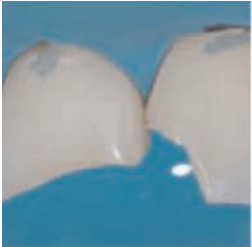


Alterazioni cromatiche di vecchie otturazioni su incisivi centrali superiori.

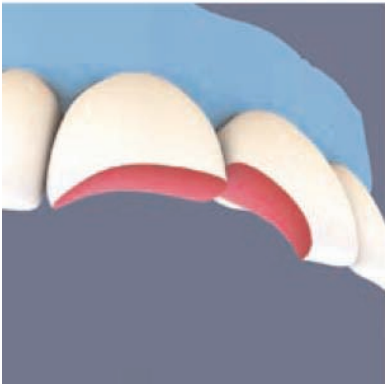
- Si procede alla scelta del colore.
- Viene realizzata una mascherina guida in silicone, modellata su una ceratura diagnostica, per poter ottenere ottimali rapporti masticatori.
- Dopo aver annotato una mappa colorimetrica, si isolano gli elementi con diga di gomma.



2

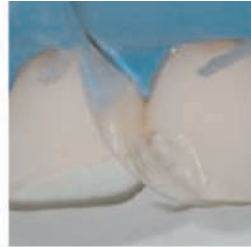


- I vecchi restauri vengono rimossi.
- I margini vengono preparati con una fresa diamantata a palla per poter ottenere dei microchampher.

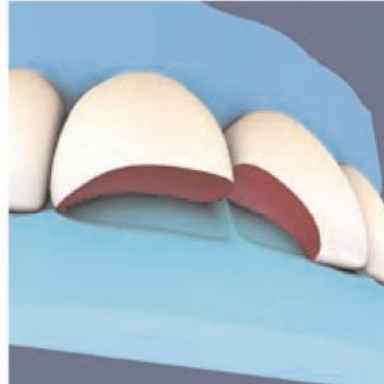


- Lo smalto e la dentina vengono trattati con acido ortofosforico e viene applicato il sistema adesivo secondo le indicazioni fornite dal produttore.

3



- Si posiziona la mascherina guida in silicone e si controlla la sua precisione in relazione ai denti attigui.
- Si applica una matrice trasparente tra gli elementi per ottimizzare la ricostruzione delle zone interprossimali.



4

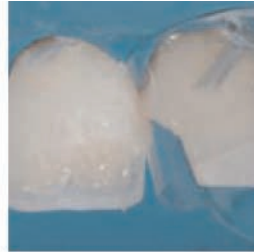


■ Lo strato palatale viene modellato direttamente contro la mascherina guida in silicone utilizzando una massa traslucida (es. T1) per mimare lo smalto palatale.

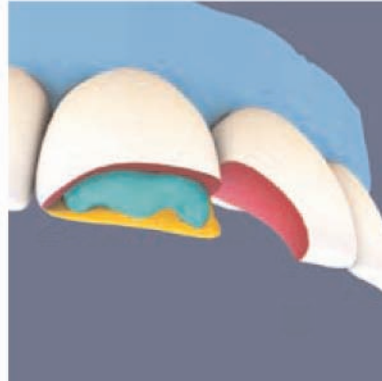


■ Si polimerizza per 20 secondi.

5

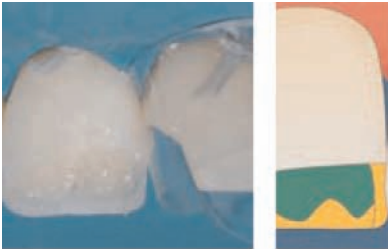


■ Si applica della dentina opaca (es. OA2) al di sopra dell'incremento palatale. Questo incremento andrà a mimare la mammellonatura tipica degli incisivi superiori. Nel caso la lacuna sia di grandi dimensioni sarà necessario effettuare più incrementi.



■ Ogni incremento va polimerizzato per 40 secondi.

6



■ La parete interprossimale viene ricostruita in composito traslucente (in uno o più incrementi) utilizzando la matrice trasparente per poter ricreare le caratteristiche del dente naturale.



■ Ogni incremento va polimerizzato per 20 secondi.

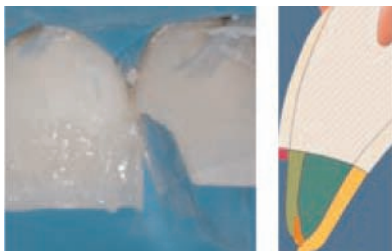
7



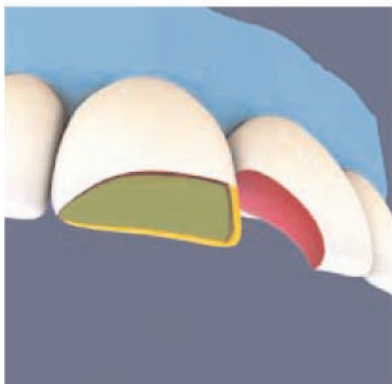
■ Vengono applicate le caratterizzazioni incisali e, se necessario, si utilizzano i supercolori per ricreare la zona ambata o azzurrognola.



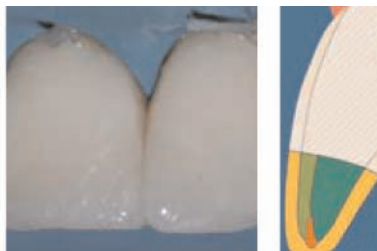
8



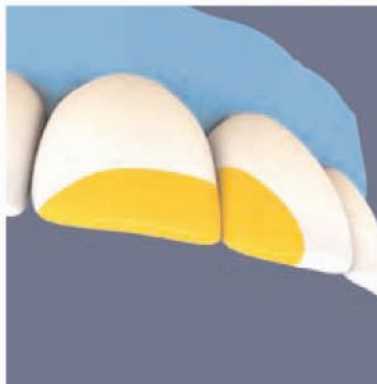
- Si inizia la desaturazione applicando strati di smalto partendo da cromi più carichi nel terzo medio (es. A3) fino ad arrivare a cromi più chiari nel terzo incisale (es. A1). È molto importante modellare una corretta morfologia durante questa fase.
- Ogni incremento va polimerizzato.



9



- L'ultimo strato di materiale traslucente viene applicato per simulare lo smalto vestibolare.
- Si polimerizza per 20 secondi.
- Una volta terminato il restauro dell'elemento 1,1 si procede al restauro del 2,1 utilizzando le stesse metodiche.



10



- Si ricrea la micro-geografia superficiale utilizzando delle frese diamantate.
- Si lucidano i restauri con frese diamantate a granulometria decrescente, con gommini in silicone e con pasta diamantata veicolata da spazzolini montati su micromotori a bassa velocità.
- Si procede ai controlli funzionali ed estetici dei restauri effettuati dopo la rimozione della diga.

Caso studio - elementi anteriori

Caso B

I restauri di lesioni passanti di III classe negli incisivi inferiori sono una sfida, poiché occorre stratificare diverse masse in uno spazio esiguo.

1



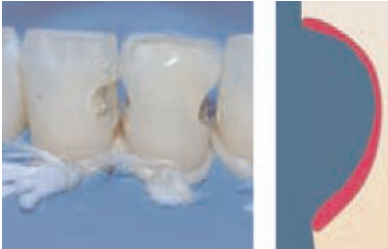
- Lesione cariosa di III classe a carico di 3.1 e grave discromia di un precedente restauro a carico di 4.1.

- Si procede alla scelta del colore.



- Si isola il campo operatorio posizionando la diga di gomma.

2

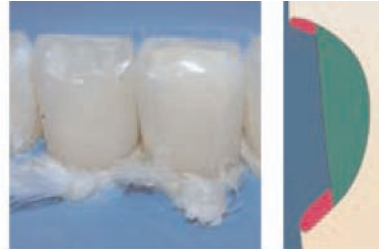


- Vengono completamente rimossi i vecchi restauri discromici con strumenti rotanti e strumenti manuali fino alla esposizione dei tessuti dentali sani e si posizionano i margini di finitura marginale (microchamfer).



- Si detergono le cavità.
- Si condizionano i tessuti con il sistema adesivo secondo le indicazioni del produttore.

3



- Il primo incremento di materiale composito sarà di massa opaca (es. OA2) al fine di mimare il colore base dentinale. Questo incremento dovrà avere la forma e le dimensioni del tessuto dentinale originale: se il difetto è molto ampio potrebbero essere richiesti più incrementi.



- Ogni singolo incremento deve essere polimerizzato per 40 secondi.

4

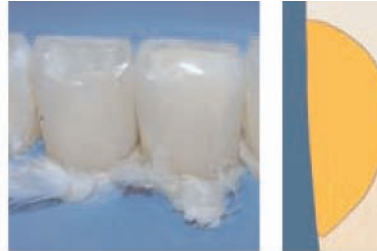


- Si posizionano le caratterizzazioni marginali e le fissurazioni dello smalto. Nel caso servissero si posizionano i supercolori.



- Ogni incremento va polimerizzato.

5



- Con masse smaltee si procede alla desaturazione del colore: partendo da croma più saturi (es. A3) si arriva a masse con croma più basso (es. A1).

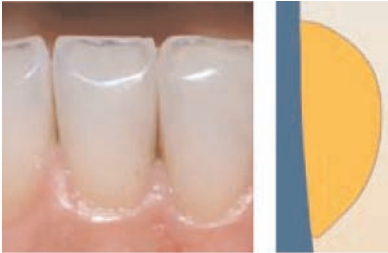


- Ogni incremento va polimerizzato.

- L'ultimo incremento sarà effettuato in composito traslucido che servirà per raccordare il terzo medio con le zone interprossimali: occorre tenere presente la cornice traslucida tipica degli incisivi inferiori.

- Si polimerizza per 20 secondi.

6



- Si procede con le manovre di rifinitura e lucidatura.
- Smontata la diga di gomma, utilizzando carte da occlusione colorate, si verificano i corretti rapporti tra ricostruzione e funzione.

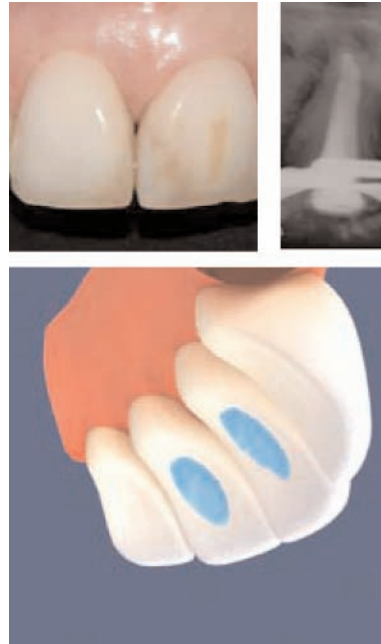


Caso studio - elementi anteriori

Caso C

1

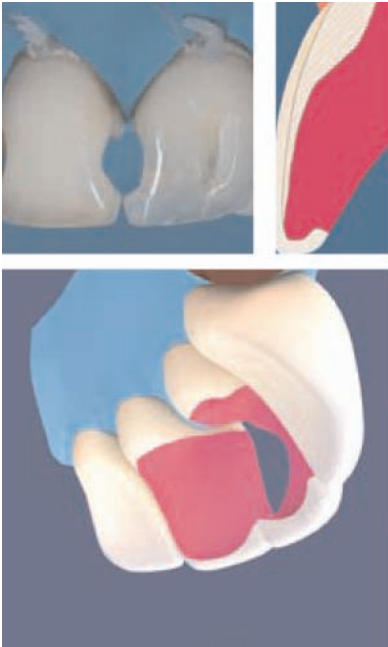
I due incisivi centrali, precedentemente restaurati in resina composita dopo un trauma, appaiono discromici. Il nostro intento è quello di ristabilire una corretta integrazione estetico funzionale dei due elementi attraverso dei restauri diretti in resina composita.



Discromia a carico dei due incisivi centrali superiori con pregresso trauma e restauri in composito.

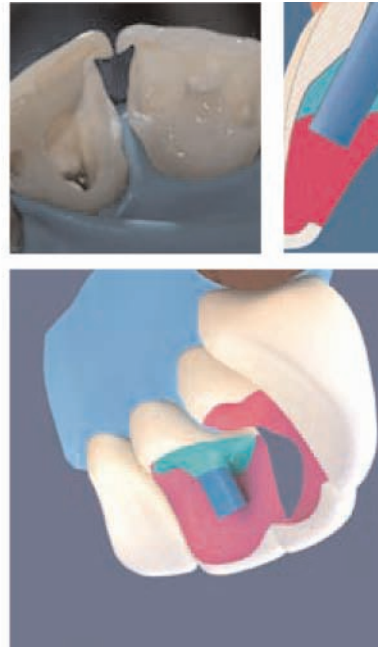
- Si procede alla scelta del colore.
- Si isola il campo operatorio posizionando la diga di gomma.

2



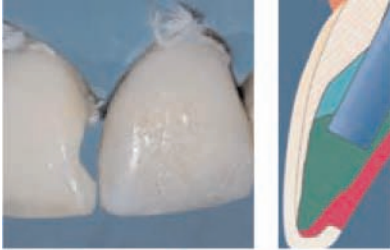
- I due elementi sono stati preventivamente trattati endodonticamente in due sedute distinte.
- Vengono completamente rimossi i vecchi restauri discromici con strumenti rotanti fino alla esposizione dei tessuti dentali sani e si posizionano i margini di finitura marginale (microciampher).
- Sull'elemento più compromesso (1.1) si prepara la cavità canalare per la successiva cementazione di un perno in fibra di vetro atto ad aumentare la superficie di adesione visto il grado di perdita del tessuto dentale a livello coronale.

3

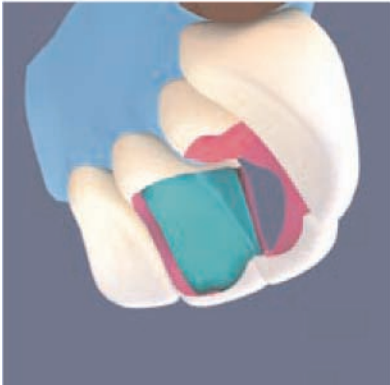


- Si detergono le cavità e si applica il sistema adesivo secondo le indicazioni fornite dal produttore.
- Il perno endo-canalare viene cementato con un cemento duale auto-foto polimerizzabile secondo i dettami dell'odontoiatria adesiva.

4

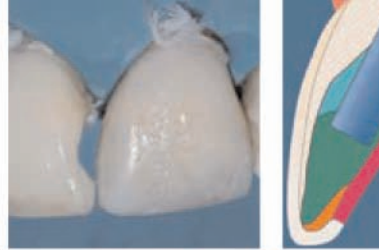


■ Si procede con il primo incremento di composito opaco (es. OA2) atto a mimare il colore base dentinale: nel caso il difetto sia molto esteso occorre effettuare più incrementi.

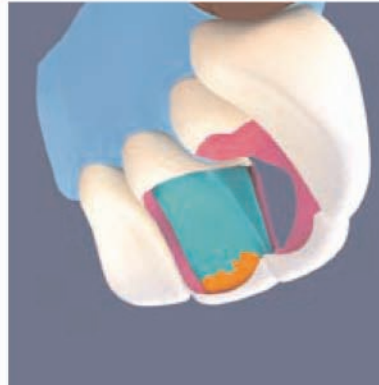


■ Ogni incremento va polimerizzato per 40 secondi.

5

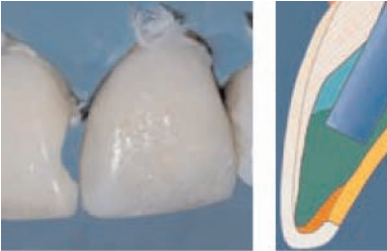


■ Si procede con l'applicazione a livello incisale delle caratterizzazioni superficiali o fessurazioni dello smalto dell'elemento dentario, se presenti, mediante l'utilizzo dei supercolori.



■ Si polimerizza.

6



- Con masse smaltee si procede alla desaturazione del colore: partendo da croma più saturi (es. A3) si arriva a masse con croma più basso (es. A1).

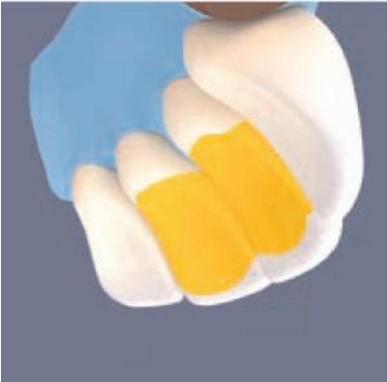
- Si polimerizza per 20 secondi.

- Si rifinisce la zona interprossimale con strumenti a mano.

- Si procede alla stratificazione palatale dell'elemento 2.1 seguendo gli stessi passaggi utilizzati per la ricostruzione di 1.1.

- Ogni incremento va polimerizzato.

- L'ultimo incremento sarà effettuato in composito traslucido (es. T1) che servirà per raccordare il terzo medio con le zone interprossimali.



7



- Si procede con le manovre di rifinitura e lucidatura.
- Smontata la diga di gomma, utilizzando carte da occlusione colorate, si verificano i corretti rapporti tra ricostruzione e funzione.



Ricostruzioni estetiche in composito

Denti diatorici

Nel caso di restauri di elementi diatonici, la prima cosa da decidere è se procedere con un restauro diretto o con un restauro indiretto. Una regola semplice recita che la ricostruzione diretta può essere fatta quando la perdita di tessuto intercuspidale è inferiore al 30% del dente. Quando la perdita di tessuto è tra un terzo ed un mezzo c'è ancora la possibilità di scegliere tra una ricostruzione diretta ed una indiretta. Mentre quando la perdita di tessuto è superiore alla metà si rende necessaria una ricostruzione indiretta.

Le moderne tecniche adesive ed i compositi permettono una applicazione che supera queste regole (es. bild-up cuspidale) come è stato possibile osservare in molti casi clinici.

Per la realizzazione di una ricostruzione diretta è necessaria l'applicazione della diga di gomma, la rimozione del tessuto compromesso e un adeguata preparazione cavitaria. Una volta applicato l'adesivo, può procedere la vera e propria ricostruzione.

L'assenza di una superficie mesiale o distale richiede in primo luogo la sua ricostruzione (caso E). La stratificazione deve cominciare dal margine per un miglior controllo delle superfici di contatto. Si dovrà posizionare una matrice metallica preformata ed un cuneo in legno per garantire un'ottimale continuità con le pareti dell'elemento naturale residue e per creare una superficie di contatto appropriata con il dente adiacente. Con una massa incisale creiamo un sottile strato di materiale alto fino alla zona oclusale. Lasciando il cuneo per evitare sanguinamento si toglie la matrice e con un filo interdentale cerato si controlla la faccia aprossimale e l'area di contatto. Il controllo deve essere eseguito ora in quanto in caso di discrepanze possiamo limitare il nostro intervento alla distruzione di questa piccola parete ed alla sua ricostruzione.

Una volta che la parete è stata completata, la ricostruzione della cavità può essere realizzata come se fosse una otturazione oclusale (caso D). Prima si applica un leggero strato di composito flow (es. Venus Flow) sul fondo di cavità e lo si distribuisce con uno specillo che permette di eliminare eventuali vuoti. Lo scopo di questo passaggio è di creare uno strato uniforme privo di bolle che garantisca il miglior contatto possibile con l'adesivo e svolga un'azione ammortizzante. Lo strato di composito fluido dovrà essere particolarmente sottile per non compromettere le proprietà meccaniche della ricostruzione.

Ora la stratificazione della dentina e dello smalto può avere inizio. Per ridurre gli effetti della contrazione da polimerizzazione, il composito deve essere posizionato per "angoli", in altre parole, iniziando a mettere piccoli incrementi di forma triangolare; due pareti saranno in contatto con il composito polimerizzato ed il dente naturale, mentre la terza sarà libera contrastando lo sfavorevole C factor. In questo modo la tensione sul dente può essere ridotta in quanto la contrazione si manifesta nel centro della massa.

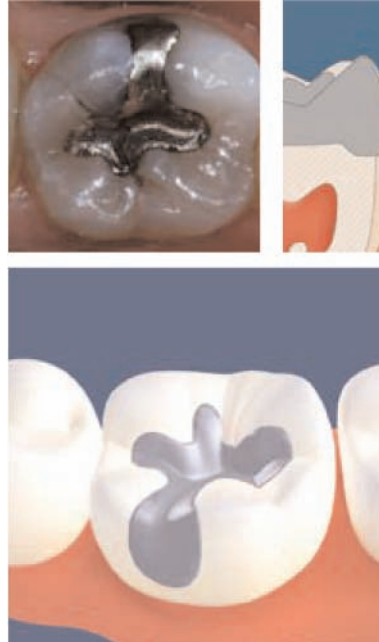
Per completare l'otturazione potranno essere utilizzate delle caratterizzazioni e delle masse incisali. Per finire, si controlla l'occlusione, si rifinisce e lucida.

Caso studio - Elementi posteriori

Caso D

1

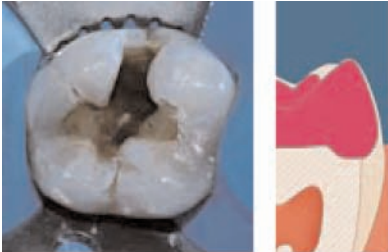
Vecchio restauro occluso-vestibolare in amalgama che presenta infiltrazione marginale e carie secondaria. I materiali compositi di ultima generazione possono sostituire l'amalgama anche nei settori posteriori migliorando le doti estetiche mantenendo caratteristiche bio-meccaniche ottimali.



Infiltrazione di un restauro in amalgama a carico di 3.6.

- Si procede alla scelta del colore.
- Valutiamo la morfologia e l'occlusione prima di isolare il campo operatorio.
- Si isola l'elemento interessato con la diga di gomma (il restauro non interesserà le zone interprossimali, possiamo quindi isolare il singolo dente e non l'intero sestante).

2



- L'otturazione in amalgama viene rimossa con frese multilama montate su turbina, e punte ad ultrasuoni montate su ablatore e strumenti a mano, al fine di ridurre al minimo il sacrificio di tessuto dentale sano.

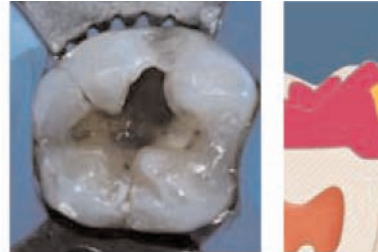


- Viene rimosso tutto il tessuto compromesso dal processo carioso avvalendosi anche dell'aiuto del liquido rilevatore di carie.

- Si posizionano i margini di finitura (microchamfer) con una fresa a pallina 012 montata su turbina.

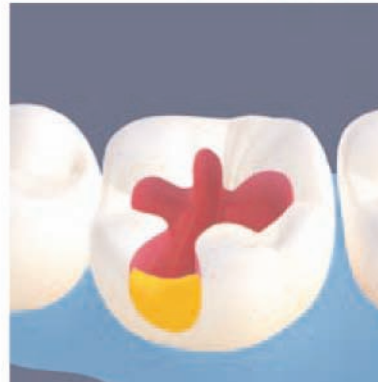
- Si procede all'ibridizzazione dei tessuti seguendo le indicazioni del produttore del sistema adesivo.

3



- Si applica il primo incremento di massa traslucente (es. T1) al fine di ottenere il sigillo vestibolare del perimetro cavitario.

- Si polimerizza per 20 secondi.

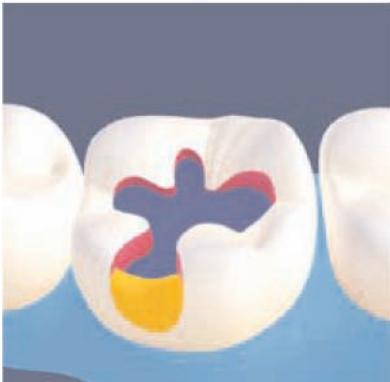


4

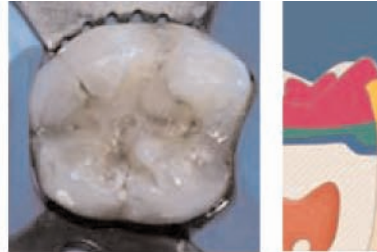


■ Si procede al posizionamento di uno strato di circa 0.5 mm di composito fluido (flow) e lo si stende con una sonda per eliminare le eventuali bolle d'aria.

■ Si polimerizza per 40 secondi.



5

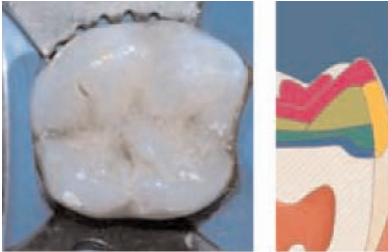


■ La stratificazione parte con un incremento orizzontale di massa opaca (es. OA2) che aiuta a mimare il colore dell'elemento dentale da ricostruire: nel caso la cavità sia molto ampia occorre fare più incrementi per ultimare questo passaggio.

■ Si polimerizza per 40 secondi ogni singolo incremento.



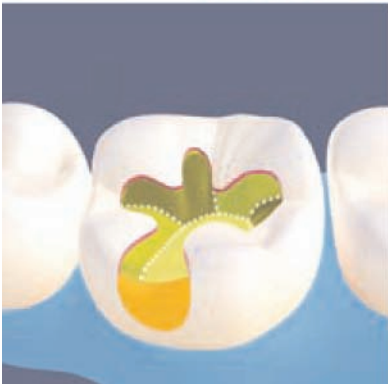
6



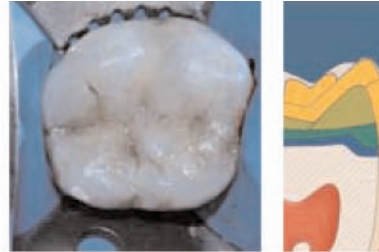
- Al fine di desaturare il colore si partirà con masse a basso valore (es. A3.5) per arrivare a masse con valore più alto (es A1).

- La serie di incrementi sarà triangolare per poter ridurre le tensioni sulle pareti cavitare dovute alla contrazione da polimerizzazione e per agevolare una migliore modellazione anatomica.

- Ogni singolo incremento va polimerizzato.



7

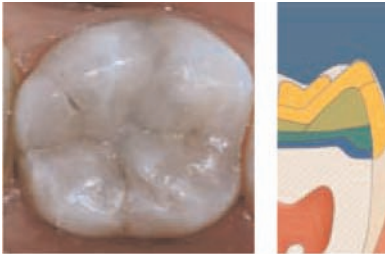


- La stratificazione si conclude con il posizionamento di un sottile incremento di massa traslucente (es. T1) lungo il perimetro cavitario e lungo la parte iniziale dei versanti cuspidali.

- Si polimerizza per 20 secondi.



8



- Si procede con la fase di rifinitura e lucidatura.
- Smontata la diga di gomma si effettua il controllo occlusale tramite carte da articolazione al fine di valutare i corretti rapporti tra ricostruzione e funzione.



Caso studio - Elementi posteriori

Caso E

1

Questo molare superiore precedentemente otturato con dell'amalgama presenta una recidiva cariosa: il piano di trattamento prevede la rimozione del vecchio restauro e la sostituzione con un'otturazione in materiale composito.

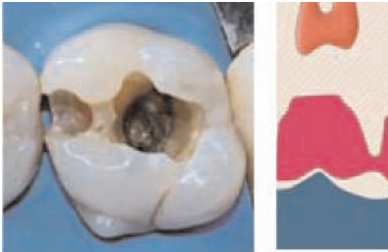


Recidiva cariosa di un precedente restauro in amalgama a carico di 2.6.

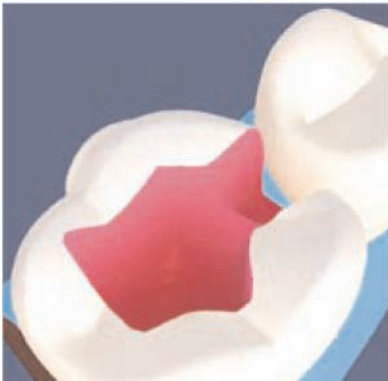
- Si procede alla scelta del colore.
- Valutiamo la morfologia e l'occlusione prima di isolare il campo operatorio.
- Si isola l'elemento interessato con la diga di gomma (dovendo restaurare le pareti interprossimali servirà isolare, oltre all'elemento, anche i denti attigui).



2



- L'otturazione in amalgama viene rimossa con frese multilama montate su turbina, e punte ad ultrasuoni montate su ablatore e strumenti a mano, al fine di ridurre al minimo il sacrificio di tessuto dentale sano.



- Viene rimosso tutto il tessuto compromesso dal processo carioso avvalendosi anche dell'aiuto del liquido rivelatore di carie.
- Si posizionano i margini di finitura (microcampher) con una fresa a palla 012 montata su turbina.

- Si procede all'ibridizzazione dei tessuti seguendo le indicazioni del produttore del sistema adesivo.

3



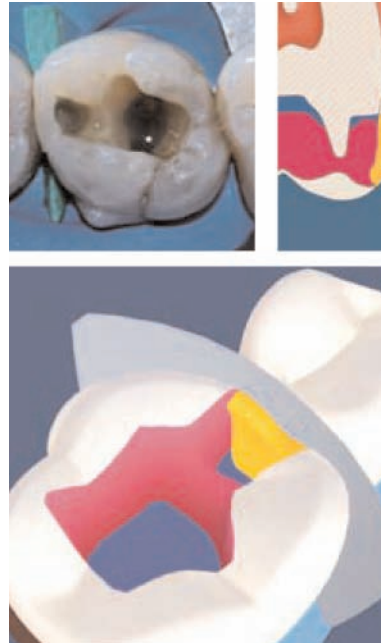
- Si posiziona la matrice (sezionale o circolare) e la si fissa con un cuneo di balsa fino ad ottenere un perfetto adattamento al gradino cervicale e all'area di contatto.



- Si posiziona il primo incremento verticale di massa traslucente (es. T1) per andare a ricostruire la parete interprossimale: occorre porre molta attenzione per evitare dei minus nel sigillo del gradino cervicale.

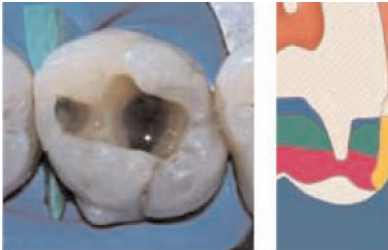
4

- Si polimerizza per 20 secondi.
- L'incremento successivo di massa traslucente servirà per completare la ricostruzione della parete interprossimale estendendosi fino all'altezza della cresta marginale.
- Si polimerizza per 20 secondi.



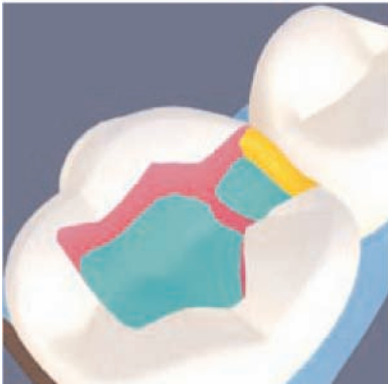
- Si rimuove la matrice (non il cuneo per evitare sanguinamenti) e con del filo interdentale si controlla la presenza di un'area di contatto sufficiente: nel caso questa non fosse presente bisogna rimuovere gli incrementi apposti, rimontare la matrice e rifare la parete interprossimale.
- Si procede al posizionamento di uno strato di circa 0.5 mm di composito fluido (flow) e lo si stende con una sonda per eliminare le eventuali bolle d'aria.
- Si polimerizza.

5



- La stratificazione parte con un incremento orizzontale di massa opaca (es. OA2) che aiuta a mimare il colore dell'elemento dentale da ricostruire: nel caso la cavità sia molto ampia occorre fare più incrementi per ultimare questo passaggio.

- Si polimerizza per 40 secondi ogni singolo incremento.



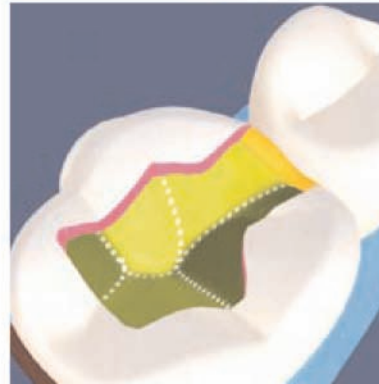
6



- Al fine di desaturare il colore si partirà con masse a basso valore (es. A3.5) per arrivare a masse con valore più alto (es A1).

- La serie di incrementi sarà triangolare per poter ridurre le tensioni sulle pareti cavarie dovute alla contrazione da polimerizzazione e per agevolare una migliore modellazione anatomica.

- Ogni singolo incremento va polimerizzato.



7



- Si procede con l'apposizione di un sottile strato di massa traslucente lungo i margini dell'otturazione e sulla parte iniziale dei versanti cuspidali per ottimizzare l'anatomia finale del restauri.



- Si polimerizza per 20 secondi.

8



- Si procede con la fase di rifinitura e lucidatura.
- Smontata la diga di gomma si effettua il controllo occlusale tramite carte da articolazione al fine di valutare i corretti rapporti tra ricostruzione e funzione.



Bibliografia

Davidson CL, de Gee AJ. Relaxion of polymerization contraction stresses by flow in dental composites. J. Dent Res 1984;63: 146-148

Ernst C-P. Komposit als Höckerersatz. DZW 6/06:10-11

Feilzer AJ, De Gee AJ, Davidson CL. Setting stress in composite resin in relation to configuration of the restoration. J Dent Res 1987;66: 1636-1639

Grandini R, Rengo S, Strohmer L. Odontoiatria Restaurativa. Ed. UTET (To) 1999

Roberson T, Heymann HO, Swift EJ. Sturdevant's Art and Science of Operative Dentistry. Ed. Elsevier 2006

Vanini L, Mangani F. Il restauro conservativo dei Denti Anteriori. Ed. Promodent 2003

Indicazioni cliniche

Indicazioni	Venus	Venus flow
Cavità di classe I	•	• (non sottoposte a carico oclusale)
Cavità di classe II	•	• (non sottoposte a carico oclusale)
Cavità di classe III	•	• (sottoposte a leggera sollecitazione)
Cavità di classe IV	•	•
Cavità di classe V	•	•
Inlay (diretti ed indiretti)	•	
Onlay (diretti ed indiretti)	•	
Veneer (diretti ed indiretti)	•	
Corone e giacca	•	•
Ponti rinforzati con fibre	•	•
Cementazione adesiva		• (solo veneer, fotopolimerizzanti)
Ricostruzioni provvisorie	•	•
Sigillatura di solchi e fessure		•
Sottofondi		•

I colori della gamma Venus

Masse smalto (elevata trasparenza)	A1	B1	C2	D2	SB1
	A2	B2	C3	D3	SB2
	A3	B3	C4		
	A3.5				
	A4				
	HKA2.5				
Masse dentina (bassa trasparenza)	HKA5				
	T1				
	T2				
Masse incisali (elevatissima trasparenza)	T3				
	OA2	OB2	OC3	OD2	SBO
	OA3				
	OA3.5				

I colori Venus® riprendono la gamma colori Vita®.

*Colori Heraeus Kulzer

Colori speciali per denti sottoposti a bleaching:

Colore SB1: Super Bleach (tonalità calda), colore incisale chiaro per il restauro di denti sbiancati

Colore SB2: Super Bleach (tonalità fredda), colore incisale chiaro con sfumatura bluastra, leggermente “ghiacciata”, per il restauro di denti sbiancati

Colore SB0: Super Bleach opaco, massa dentina chiara per il restauro di denti sbiancati: a trasparenza ridotta

Venus - Gamma prodotti

Venus Master Kit

Questo kit è stato sviluppato per il dentista che vuole utilizzare nella pratica clinica l'intera gamma dei colori Venus disponibili

Venus PLT 10 x 0.25 g

Colori: A1, A2, HKA2.5, A3, A3.5, B1, B

Venus PLT 5 x 0.25 g

Colori: A4, HKA5, B3, C2, C3, C4, D2, D3, OA2, OA3.5, OB2, OC3, OD2, SB1, SB2, SB0, T1, T2, T3

Venus Flow siringa da 1.8g

Colori : A2, Vaseline

Gluma Desensitizer 1m

Venus Scala Colore

Accessori

Codice Art. 66020511

Venus Basic Kit

Questo kit - ideale come Set iniziale - contiene le 6 tinte smalto e dentine più utilizzate oltre al colore incisale T1 "cool blue"

Venus Siringa da 4 g o PLT 10x0.25g

Colori: A2, A3, OA2, OA3, T1, HKA2.5

Venus Scala Colore

Accessori

Codice Art. 66013214

Venus Flow Assortimento

Le tinte Venus Flow sono perfettamente adattate ai colori Venus. La gamma colori Venus Flow comprende 14 tinte. L'Assortimento include le 4 tinte più utilizzate.

Venus Flow siringa da 1.8g

Colori: A1, A2, A3, Baseline

Accessori

Codice Art. 66014561

Scala Colori 2Layer

Scala colori realizzata a mano con il compositoi originale

Colori: A1, A2, HKA2.5, A3, A3.5, A4, HKA5, B1, B2, B3, C2, C3, C4, D2, D3, SB1, SB2, T1, T2, T3

Codice Art. 66008711

Venus - Gamma prodotti

Prodotto	Codice Art.	Prodotto	Codice Art.	Prodotto	Codice Art.
Venus		Venus		Venus Flow	
PLT – 20 x 0.25g		Siringa da 4 g		Siringa da 1.8g	
■ PLT - A1	66007979	■ SYR - A1	66007366	■ Venus flow - A1	66014562
■ PLT - A2	66007981	■ SYR - A2	66007367	■ Venus flow - A2	66014563
■ PLT - A3	66007983	■ SYR - A3	66007368	■ Venus flow - A3	66014565
■ PLT - A3.5	66007985	■ SYR - A3.5	66007369	■ Venus flow - A3.5	66014566
■ PLT - B1	66007988	■ SYR - A4	66008156	■ Venus flow - A4	66014567
■ PLT - B2	66008000	■ SYR - B1	66007370	■ Venus flow - B2	66014568
■ PLT - C2	66007989	■ SYR - B2	66007600	■ Venus flow - B3	66014569
■ PLT - OA2	66008012	■ SYR - B3	66007601	■ Venus flow - OA2	66014570
■ PLT - HKA2.5	66007996	■ SYR - C2	66007371	■ Venus flow - SB1	66014571
		■ SYR - C3	66008086	■ Venus flow - SB2	66014572
PLT – 10 x 0.25g		■ SYR - C4	66007603	■ Venus flow - SB0	66014573
■ PLT - A4	66008159	■ SYR - D2	66007372	■ Venus flow - T2	66014575
■ PLT - B3	66008001	■ SYR - D3	66008092	■ Venus flow Baseline white	66014574
■ PLT - C3	66008089	■ SYR - OA2	66007410	■ Venus flow - HKA2.5	66014564
■ PLT - C4	66008003	■ SYR - OA3	66008098		
■ PLT - D2	66007992	■ SYR - OA3.5	66007597		
■ PLT - D3	66008095	■ SYR - OB2	66007599		
■ PLT - OA3	66008016	■ SYR - OC3	66007602		
■ PLT - OA3.5	66007997	■ SYR - OC2	66007604		
■ PLT - OB2	66007999	■ SYR - SB1	66007608		
■ PLT - OC3	66008002	■ SYR - SB2	66007609		
■ PLT - OD2	66008004	■ SYR - SBO	66007411		
■ PLT - SB1	66008008	■ SYR - T1	66007373		
■ PLT - SB2	66008009	■ SYR - T2	66007605		
■ PLT - SBO	66008014	■ SYR - T3	66007606		
■ PLT - T1	66007995	■ SYR - HKA2.5	66007596		
■ PLT - T2	66008005	■ SYR - HKA5	66007598		
■ PLT - T3	66008006				
■ PLT - HKA5	66007998				

Contenuti editoriali:
Heraeus Kulzer GmbH

Si ringraziano:
Prof. Antonio Cerutti
Dr. Nicola Barbanti
Dr. Stefano Sicura
Università di Brescia - Italia
Heraeus Kulzer Srl

Heraeus Kulzer s.r.l.
Via Console Flaminio, 5/7
20134 Milano
Tel. +39 02 210 0941
Fax +39 02 210 094283
E-mail: heraeus.hki@heraeus.com
www.heraeuskulzer.it