

OLIVIERI, A.

Titular de laboratorio.

Protocolo operativo de prótesis total. Consideraciones sobre la importancia de los conocimientos basilares*

Operative protocol for total prosthesis. Considerations about the importance of basilar knowledges

Resumen

Hablar, escribir, teorizar y construir la prótesis total siempre me trae el recuerdo de una frase que nunca olvidaré: «La prótesis total debe ser hecha por quien la sabe hacer.» Esto lo decía uno de mis maestros más queridos, el profesor Gino Passamonti.

Palabras clave: Prótesis completa. Factores de adhesión. Impresiones. Montaje.

Summary

To speak, write, theorize or elaborate a total prosthesis always reminds me a phrase which I will never forget: «The total prosthesis has to be done by the person who knows how to do it.» One of my beloved teachers used to say it.

Key words: Complete prosthesis. Sticking factors. Impressions. Assembly.

SEGÚN Sheldon Winkler (Clínica Odontológica de Norteamérica. «Prótesis total», vol. 9, n.º 3) si un dentista no es capaz de realizar todas las etapas necesarias para proporcionar a sus pacientes una prótesis no puede comprender, prescribir y dirigir la construcción de una prótesis de la cual es responsable. El técnico dental competente es parte integrante del equipo que colabora en los objetivos de la salud dental.

Entre el dentista y el técnico dental debe existir comunicación, cooperación y respeto recíproco. Instrucciones de trabajo detalladas deben acompañar a todos los materiales enviados a un laboratorio de prótesis dental que, obviamente, debe ser de la mejor calidad.



Fig. 1.—Detalle de la zona anterior de impresión inferior primaria en alginato.



Fig. 2.—Detalle de un cuadrante inferior de impresión primaria en alginato.

Víctor O. Lucía («Tratamiento del paciente odontológico», cap. 1) está convencido de que la gente ha estado acostumbrada a aceptar un servicio protésico decadente en la creencia de que de cualquier

forma el resultado era óptimo. Por ello también se ha aceptado que las prótesis fueran sustitutos decadentes de los dientes naturales, tolerando la incomodidad, la deficiencia masticatoria y la inevi-

*Tomado de la revista técnica *Otto*.

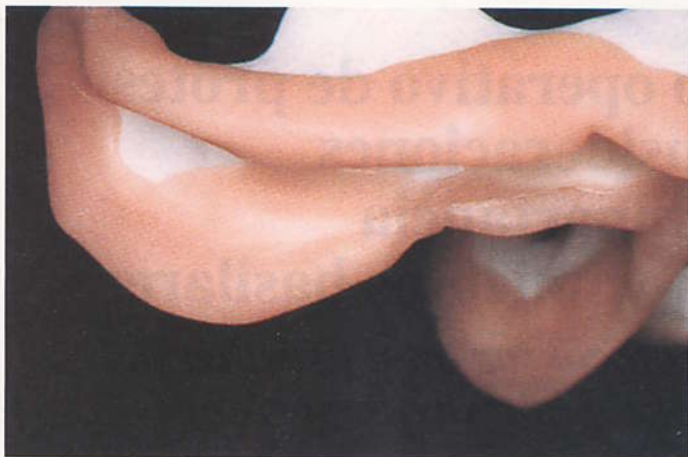


Fig. 3.—Reborde de la cubeta de impresión inferior en resina fotopolimerizable.



Fig. 4.—Registro de la impresión principal con permlastic regular.



Fig. 5.—Arco de transferencia orientado sobre el plano de Frankfort.

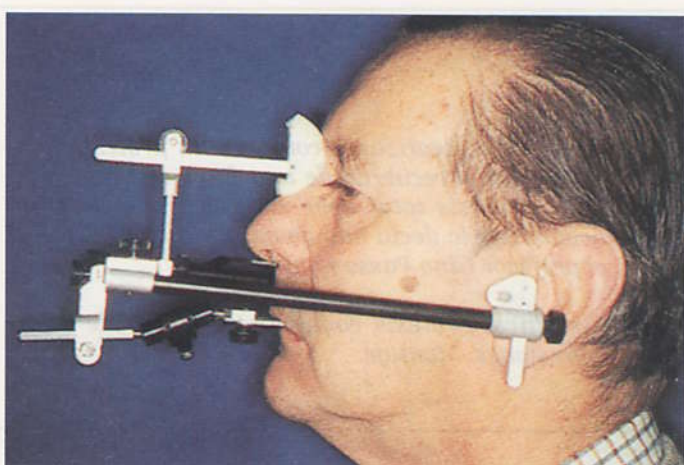


Fig. 6.—Arco de transferencia orientado sobre el plano de Camper.

table reabsorción de la cresta alveolar.

La difusión de este convencimiento ha permitido a los dentistas poner a punto diversas técnicas

y materiales que hacen posible trabajar de manera simple y veloz, pero con resultados decadentes. Esto se concreta en prótesis inferiores y superiores con contornos

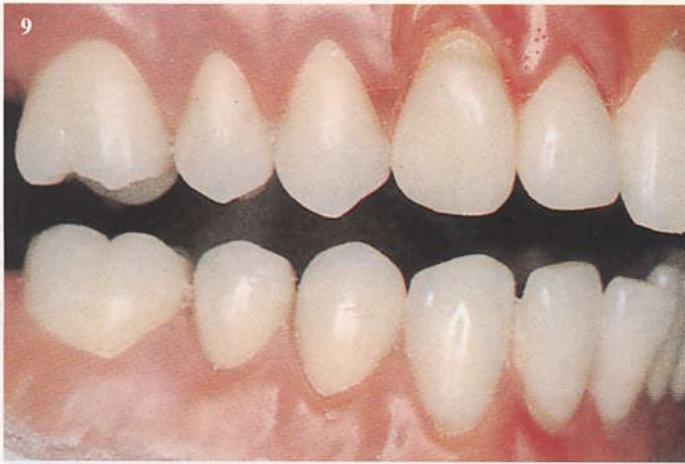
demasiado *diferenciados*, superficies oclusales con cúspides muy ásperas o aplanadas y muchas soluciones intermedias absolutamente insatisfactorias.



Fig. 7.—Modelo maestro de arcada inferior.



Fig. 8.—Modelo maestro de arcada superior.



Figs. 9 y 10.—Visión de los cuadrantes laterales con dientes montados en cera.



Fig. 11.—Posibilidad de caracterización con SR Spectrasit Creative del diente posterior utilizado (SR Postaris).

hesión, tensión superficial y deslizamiento de la saliva en fisuras estrechas. Pertenecen a los factores biológicos de adhesión la calidad y cantidad de saliva; la forma de la mandíbula, que puede ser más o menos retentiva, y las fuerzas



Fig. 13.—Split-cast de los modelos para remontaje postresinado.



Fig. 12.—Visión vestibular del montaje en cera.

El profesor Sandro Palla, en «La lógica del concepto de oclusión posterior» (de: «Principales fundamentos de la prótesis total». Druc-ke. Klemt), resume los principios fundamentales para la adherencia de las prótesis totales.

La adherencia de una prótesis total es un fenómeno muy comple-

jo en el cual entran en juego diversas fuerzas.

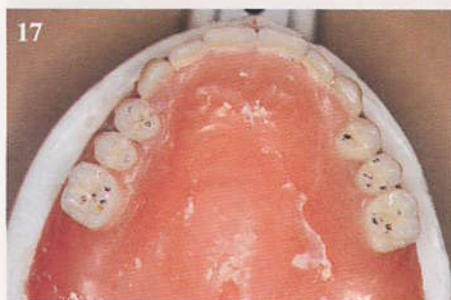
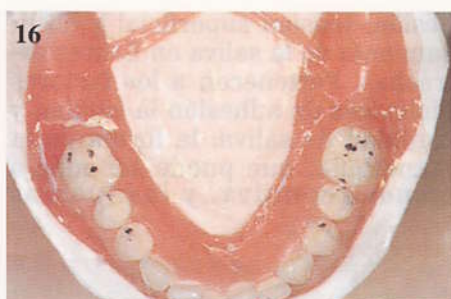
Los llamados factores de adhesión se pueden subdividir en factores físicos, biológicos y protésicos. Al primer grupo pertenecen las fuerzas que derivan de la acción recíproca entre base protésica, saliva y mucosa, o sea, adhesión, co-

musculares ejercidas sobre la prótesis por la musculatura de las mejillas, de los labios y de la lengua. La oclusión y la conformación oclusal constituyen los factores protésicos de adhesión. La problemática psicológica de los pacientes pertenece a un segmento que no tiene relación con el técnico dental, mientras que en todas las otras fases él es coautor junto con el dentista.

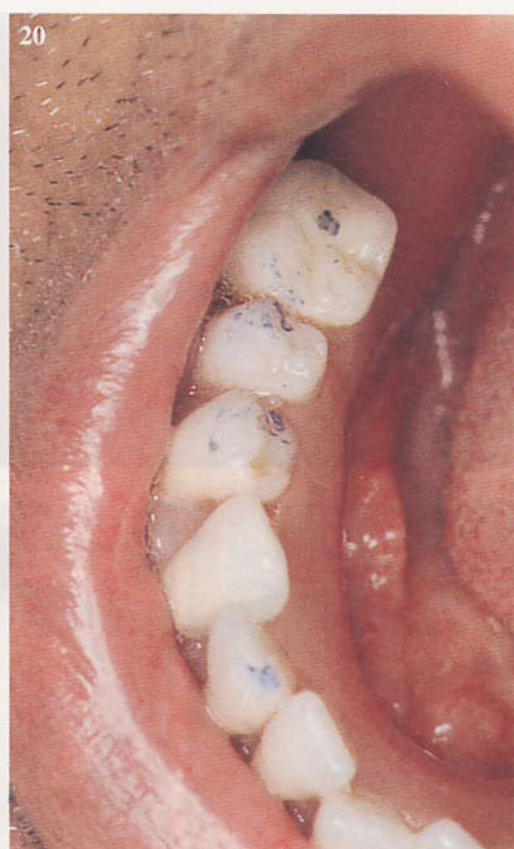
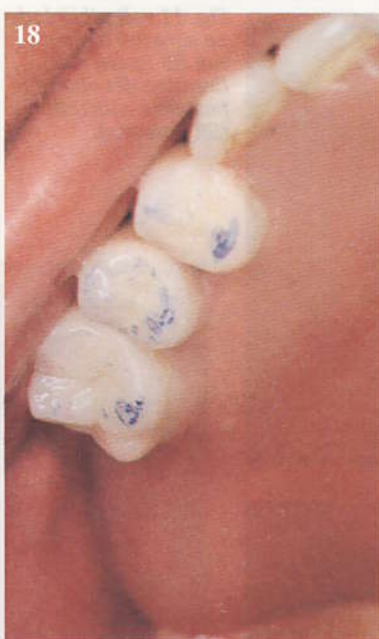
A correctos registros de impresiones primarias (Figs. 1 y 2) y secundarias (Figs. 3 y 4) le deben corresponder modelos de escayola



Figs. 14 y 15.—Detalle de un encerado y su posterior transformación en resina.



Figs. 16 y 17.—Remontaje y búsqueda de los contactos céntricos después de la transformación en resina.



Figs. 18, 19, 20 y 21.—Control clínico de los contactos céntricos en la cavidad oral.



Figs. 22 y 23.—Visión frontal de la prótesis en la cavidad oral.

adecuados, con cubetas de impresión y placas de oclusión muy precisas.

El registro clínico exacto de la dimensión vertical de oclusión, el

arco de transferencia (Figs. 5 y 6) y las correctas informaciones para el montaje (Figs. 7 y 8) permitirán que el técnico dental realice el montaje individual de los dientes an-

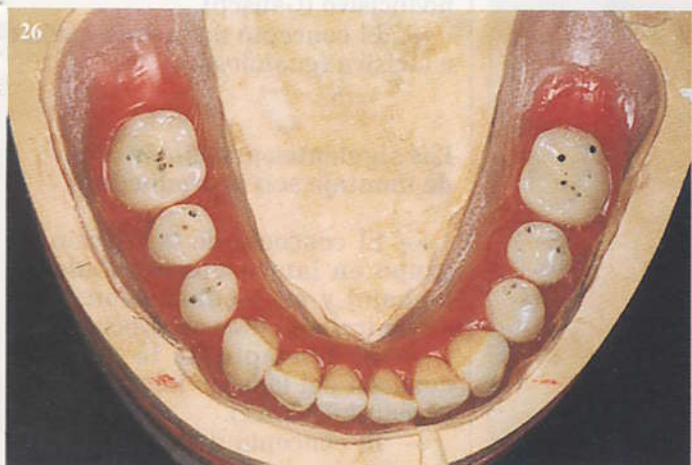
teriores y posteriores (Figs. 9, 10, 11, 12 y 13) en su justa relación de clase con la correcta modelación en cera de los escudos protésicos (Figs. 14 y 15).



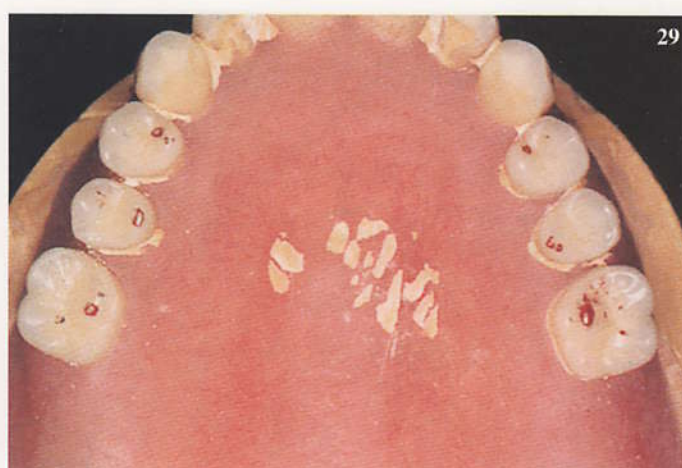
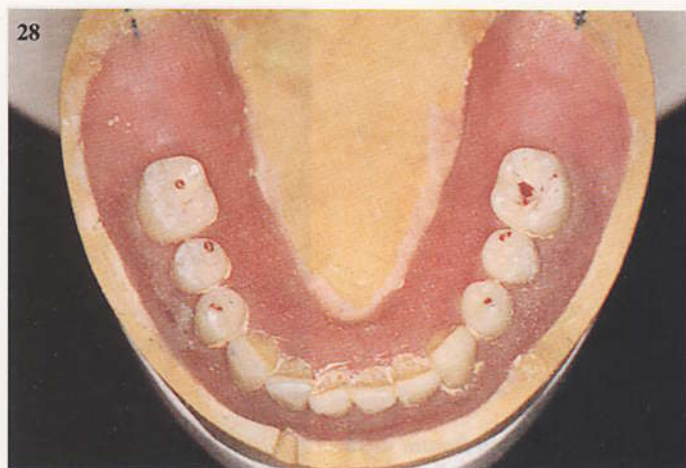
Fig. 24.—Montaje en cera de dientes de resina ligeramente modificados en su forma.



Fig. 25.—Visión del overjet.



Figs. 26 y 27.—Contactos céntricos en montaje de cera terminado.



Figs. 28 y 29.—Remontaje postresinación y restitución de contactos céntricos.



Fig. 30.—Prótesis pulida en visión frontal.

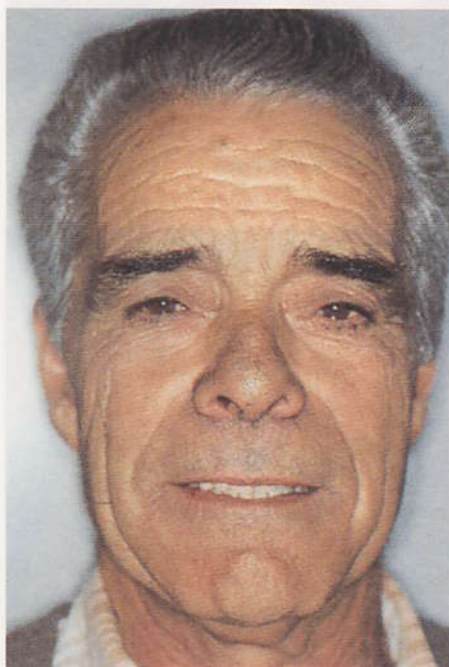


Fig. 31.—El paciente con la prótesis en visión frontal.



Fig. 32.—El paciente con la prótesis en visión sagital.

A ello seguirá la fase clínica con el control céntrico, estético y las pruebas fonéticas.

El conocimiento y el uso de materiales y métodos permitirán al técnico resinar, montar (Figs. 16 y 17) y pulir la prótesis.

La prótesis es enviada al consultorio y entregada al paciente (Figs. 18, 19, 20, 21, 22 y 23).

El control inteligente de las fuerzas oclusales es responsabilidad del dentista (Harold R. Ortman).

Las figuras 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33 y 34 ilustran en un caso de rutina el protocolo desde el montaje en cera hasta la inserción de la prótesis en la cavidad oral.

PRINCIPIOS DE MONTAJE

- El concepto de oclusión balanceada (Gysi - Hanau).
- El concepto del control canino/incisivo (Gausch).
- El concepto de la guía canina e incisiva (gnatología).

Los siguientes principios de montaje son reproducibles

- El concepto de la función de grupo en laterooclusión (lado de trabajo) y en medioclusión (lado de no trabajo) (Strack, Ivociar).
- El concepto de la guía secuencial del lado de laterooclusión (Slavicek/Kulmer).
- El concepto de la oclusión tipo «forbice lingualizzata» (Principio monaio-pestella, Gerber).



Figs. 33 y 34.—Control clínico de los contactos céntricos.

Contactos de los dientes superiores

Se deben buscar contactos de cúspides palatinales en la fosa de los inferiores.

— Las cúspides palatinales se ubican en la fosa del directo antagonista.

— Vestibularmente resulta una relación «diente a dos dientes».

BIBLIOGRAFÍA

- Canton A, Marino G. L'impronta anatomofunzionale delle arcate edentule. Torino: Cides Odonto Editrice; 1982.
- Garotti G. In tema di protesi totale, 2.^a ed. (estratti da Dental Cadmos, 1982; 4-12). Naturno-Bolzano Ivoclar (sezione italiana); 1986.
- Barbetti L, Garotti G, Milano V, Pavesi A. Odontotecnica privata. Firenze: Uses Edizioni Scientifiche; 1990; 2:407-42.
- Passamonti G. Immediate denture prosthesis. Dental Clin North Am 1964;718.
- Pound E. La protesi totale con la tecnica hidrocast. Fossano (CN): Società Italiana Idra; 1988.
- Schereinmakers L. Le basi razionali della protesi totale. Padova, Piccin; 1982.
- Vergano A, Passamonti G. Atlante di protesi dentale. Torino: Cides Odonto Editrice; 1978.
- Samoian R. La dimensione verticale dell'étage inférieur de la face, 3.^a ed. Parigi. Hisicher. Oral anatomy. Saint Louise The CV Mosby Co; 1960.
- Olivieri A. Sistemi di un casi di protesi totale, caps. 4, 5 y 6. Odontotecnica pratica, vol. II. En: Barbetti L, Garotti G, Milano V, Pavesi A, eds.
- Olivieri A, Garotti G, Timiani R. Impiego delle resine acriliche. Confronto dei metodi. Attualità Dentale 1991;28-29.
- Olivieri A, Grossi M. La registrazione del bordo periferico con l'ausilio delle resine fotopolimerizzanti. Rivista Italiana Degli Odontotecnici Dental Press 1992;4.
- Olivieri A. Le resine fotopolimerizzanti. Ampliamento del loro raggio di azione. Il Nuovo Laboratorio Odontotecnico 1992;5.
- Olivieri A, Schiavoni P. Costruzione di una protesi totale. Rivista Italiana Degli Odontotecnici Dental Press 1992;9.
- Olivieri A. Costruzione di una protesi totale preestrattiva in un caso di paziente giovane. Il Nuovo Laboratorio Odontotecnico 1993;2.
- Olivieri A. Costruzione di una protesi con otturatore palatale cavo (metodologie di esecuzione). Il Nuovo Laboratorio Odontotecnico 1994;5.
- Olivieri A, Mazzanti R. Protesi preestrattiva. Quaderni di progresso odontostomatologico, cap. 7. Amici di Brugg n.º 12. G. Garotti; 1994.
- Olivieri A. Costruzione di protesi totale in caso di bambino affetto da sindrome di Cristian Siemens Weech. Il Nuovo Laboratorio Odontotecnico 1995;7.

