

Protocollo operativo in protesi totale

Considerazioni sull'importanza delle conoscenze basilari



Alberto Olivieri, quarantatrenne, titolare di laboratorio dal 1974.

Dal 1978 è contitolare del laboratorio Isodent di Ancona. Ha particolarmente approfondito le tematiche della protesi totale, perfezionando le sue conoscenze teorico pratiche con corsi negli USA e in vari paesi europei.

Da sempre impegnato nell'attività associativa, è stato socio fondatore dell'Aitlo e dell'Antlo, in cui ha ricoperto l'incarico di vice presidente ed attualmente quello di responsabile della Commissione culturale nazionale. Alberto Olivieri è particolarmente conosciuto per la sua attività con conferenze e corsi sulle varie metodiche inerenti la protesi totale. Membro e responsabile della Consulta dei relatori Antlo.

BIBLIOGRAFIA

- A. CANTON, G. MARINO - "L'impronta anatomofunzionale delle arcate edentule", Torino, Cides Odonto editrice, 1982.
- G. GAROTTI - "In tema di protesi totale", II ed. (estratti da "Dental Cadmos" 1982, 4 - 12) Naturno - Bolzano Ivoclar (Sezione italiana), 1986.
- L. BARBETTI, G. GAROTTI, V. MILANO, A. PAVESI - "Odontotecnica privata", vol. II, (pagg. 407 - 442) Usus edizioni scientifiche, Firenze 1990.
- G. PASSAMONTI - "Immediate Denture Prosthesis", "Dental Clin. North America", 1964, 718.
- E. POUND - "La protesi totale con la tecnica Hidrocast", Fossano (CN), società italiana idra, 1988.
- L. SCHEREINEMAKERS - "Le basi razionali della protesi totale", Padova, Piccin, 1982.
- A. VERGANO, G. PASSAMONTI - Atlante di protesi dentale, Torino, Cides Odonto Editrice, 1978.
- R. SAMOIAN - "La dimensione verticale dell'étage Intérieur de la face", III ed. Parigi. Hisicher - Oral anatomy, Saint Louis The C.V., Mosby Co., 1960.
- A. OLIVIERI - "Sistemi di un caso di protesi totale", cap. 4, 5, 6 Odontotecnica pratica, II vol., L. Barbetti, G. Garotti, V. Milano, A. Pavesi.
- A. OLIVIERI, G. GAROTTI, R. TIMIANI - "Impiego delle resine acriliche". "Confronto dei metodi", Attualità dentale, n° 28/29 luglio 1991.
- A. OLIVIERI, M. GROSSI - "La registrazione del bordo periferico con l'ausilio delle resine fotopolimerizzanti", Rivista italiana degli odontotecnici, Dental Press, n° 4 maggio 1992.
- A. OLIVIERI - "Le resine fotopolimerizzanti. Ampliamento del loro raggio di azione", il Nuovo Laboratorio Odontotecnico, n° 5 maggio 1992.
- A. OLIVIERI, P. SCHIAVONI - "Costruzione di una protesi totale", Rivista Italiana degli odontotecnici, Dental Press, n° 9 dicembre 1992.
- A. OLIVIERI - "Costruzione di una protesi totale preestrattiva in un caso di paziente giovane", il Nuovo Laboratorio Odontotecnico n° 2 febbraio 1993.
- A. OLIVIERI - "Costruzione di una protesi con otturatore palatale cavo (metodologie di esecuzione)", il Nuovo Laboratorio Odontotecnico, n° 5 maggio 1994.
- A. OLIVIERI, DR. R. MAZZANTI - "Protesi preestrattiva", Quaderni di progresso Odontostomatologico cap. 7, Amici di Brugg n° 12, G. Garotti 1994.
- A. OLIVIERI - "Costruzione di protesi totale in caso di bambino affetto da sindrome di Cristian Siemens Weech", il Nuovo Laboratorio Odontotecnico, n° 7 agosto - settembre 1995.

Parlare, scrivere, teorizzare, costruire la protesi totale mi porta sempre al ricordo di una frase che non dimenticherò mai: *La protesi totale la deve fare chi la sa fare*. Ripeteva questo detto uno dei miei più cari maestri, il prof. Gino Passamonti.

Secondo Sheldon Winkler (da Clinica odontoiatrica del Nord - America - Protesi totale vol. 9 n° 3) se un dentista non è in grado di compiere tutte le fasi necessarie a fornire ai suoi pazienti una protesi, egli non può capire, prescrivere e dirigere la fabbricazione di una protesi di cui è responsabile. L'odontotecnico competente, è parte integrante della squadra che collabora ai fini della salute dentale.

Fra dentista e odontotecnico devono esserci comunicazione, cooperazione e rispetto reciproco. Istruzioni di lavoro dettagliate devono accompagnare tutti i materiali mandati ad un laboratorio odontotecnico, che ovviamente deve essere della miglior qualità.

Convincimento è di Victor O. Lucia (da il Trattamento del paziente edentulo Cap. 1) che la gente è stata abituata ad accettare un servizio protesico scadente, nella convinzione che rappresentasse, comunque, un risultato ottimale. Per questo si è accettato anche che le protesi siano scadenti sostituiti dei denti naturali, tollerando il disagio, l'inefficienza masticatoria e l'inevitabile riassorbimento della cresta alveolare.

Il diffondersi di queste convinzioni ha permesso ai dentisti di mettere a punto diverse tecniche e materiali che permettono di lavorare in maniera semplice e veloce ma esitano in risultati scadenti. Il risultato si concretizza in protesi inferiori e superiori con contorni troppo differenziati, superfici occlusali con cuspidi molto ripide o piatte e molte soluzioni intermedie assolutamente insoddisfacenti.

Il Prof. Sandro Palla in "La logica del concetto di occlusione posteriore" (da Principali fondamenti della protesi totale - Drucke - Klemm) riassume così i principi fondamentali per la tenuta delle protesi totali.

La tenuta di una protesi totale è un fenomeno molto complesso, per il quale entrano in gioco diverse forze.

I cosiddetti fattori di tenuta possono essere suddivisi in: fattori fisici - biologici - protesici. Al primo gruppo appartengono le forze che derivano dall'azione reciproca fra base protesica, saliva e mucosa, vale a dire adesione, coesione, tensione superficiale e scorrimento della saliva in fessure strette. Ai fattori di tenuta biologici appartengono qualità e quantità della saliva, forma del mascellare, che può essere più o meno ritentivo, e le forze muscolari esercitate sulla protesi dalla muscolatura delle guance, delle labbra e della lingua. L'occlusione e la conformazione occlusale costituiscono i fattori di tenuta protesici. Le problematiche psicologiche dei pazienti appartengono ad un segmento che non riguarda l'odontotecnico mentre in tutte le altre fasi egli è "coautore" alla pari del dentista.

A registrazioni corrette di impronte primarie (Figg. 1 - 2) e secondarie (Figg. 3 - 4) devono corrispondere modelli in gesso adeguati con portaimpronte e placche di occlusione molto precisi.



Fig. 1 Particolare della zona anteriore di impronta inferiore primaria in alginato.

Fig. 2 Particolare di un quadrante inferiore di impronta primaria in alginato.

Fig. 3 Bordaggio del portaimpronte inferiore in resina fotopolimerizzabile.

Fig. 4 Registrazione dell'impronta master con permlastic regular.

Fig. 5 Arco di trasferimento orientato sul piano di Francoforte.

Fig. 6 Arco di trasferimento orientato sul piano di Camper.

Fig. 7 Modello maestro di arcata inferiore.

Fig. 8 Modello maestro di arcata superiore.

Figg. 9 - 10 Visione dei quadranti laterali con denti montati in cera.

Fig. 11 Possibilità di caratterizzazione con SR Spectrasit Creative del dente posteriore utilizzato (SR Postaris).

Fig. 12 Visione vestibolare del montaggio in cera.

La giusta registrazione clinica della dimensione verticale di occlusione, l'arco di trasferimento (figg. 5 - 6) e informazioni corrette per il montaggio (figg. 7 - 8) permetteranno all'odontotecnico l'individuale montaggio dei denti anteriori e posteriori (figg. 9 - 10 - 11 - 12 - 13) nel loro giusto rapporto di classe con la corretta modellazione in cera degli scudi protesici (figg. 14 - 15).

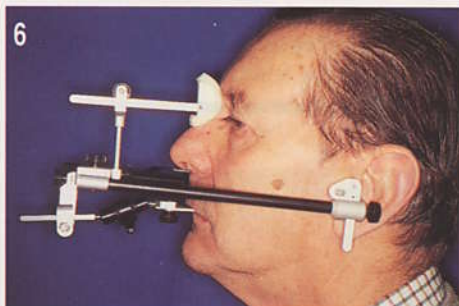
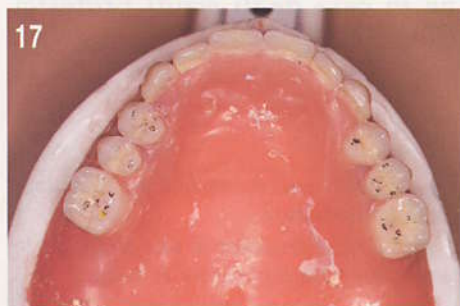


Fig. 13 Split - cast dei modelli per rimontaggio dopo resinatura.

Figg. 14 - 15 Particolare di una ceratura e la susseguente trasformazione in resina.



Seguirà la fase clinica con il controllo della centrica, dell'estetica e delle prove fonetiche.

La conoscenza e l'utilizzo di materiali e metodi permetteranno all'odontotecnico di resinare, rimontare (figg. 16 - 17) e lucidare la protesi.

Le immagini a seguire dalla 24 alla 34 illustrano, in un caso di routine, il protocollo dal montaggio in cera all'inserimento della protesi in cavo orale

NOTI PRINCIPI DI MONTAGGIO

- ◆ Il concetto dell'occlusione bilanciata (Gysi - Hanau)
- ◆ Il concetto del controllo canino/incisivo (Gausch)
- ◆ Il concetto della guida canina e incisiva (Gnatologia)

I SEGUENTI PRINCIPI DI MONTAGGIO

SONO RIPRODUCIBILI

- ◆ Il concetto della funzione di gruppo in latero-trusione (lato lavorante) e in mediotrusione (lato bilanciante) (Strack, Ivoclar)
- ◆ Il concetto della guida sequenziale dal lato di laterotrusione (Slavicek / Kulmer)
- ◆ Il concetto dell'occlusione a forbice linguazzata (Principio morto - pestello, Gerber)



La protesi verrà inviata allo studio e consegnata al paziente (figg. 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23).

Figg. 18 - 19 - 20 - 21
Controllo clinico dei contatti centrici in cavo orale.



Figg. 22 - 23
Visione frontale della protesi in cavo orale.

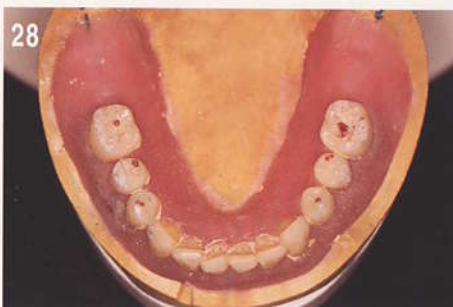


Il controllo intelligente delle forze occlusali è responsabilità del dentista (Harold R. Ortman).

Fig. 24 Montaggio in cera di denti in resina leggermente modificati nella forma.

Fig. 25 Visione dell'overjet.

Figg. 26 - 27 Contatti centrici a montaggio in cera ultimato.



Figg. 28 - 29 Rimontaggio dopo resinatura e ripristino contatti centrici.
Fig. 30 Protesi lucidata in visione frontale.



CONTATTI DEI DENTI SUPERIORI

SONO DA RICERCARSI I CONTATTI CUSPIDALI PALATALI NELLA FOSSA DEGLI INFERIORI.

◆ Le cuspidi palatali si posizionano nella fossa del diretto antagonista

◆ Vestibolarmente risulta una relazione "dente a due denti"

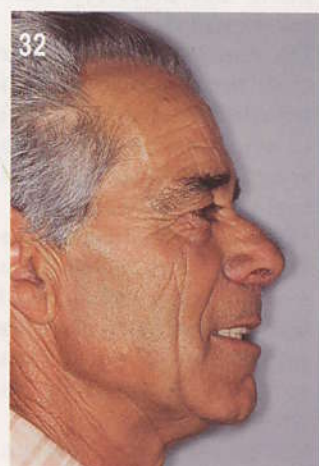
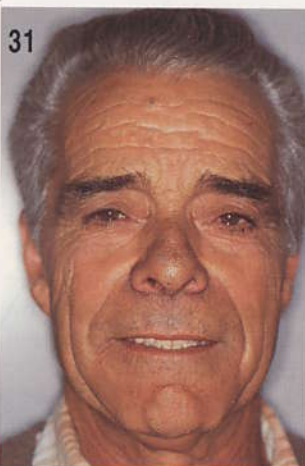


Fig. 31 Il paziente con la protesi in visione frontale.
Fig. 32 Il paziente con la protesi in visione sagittale.
Figg. 33 - 34 Controllo clinico dei contatti centrici.

