

Costruzione di una protesi totale preestrattiva in un caso di paziente giovane



Alberto Olivieri, 39 anni, 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 (Boston) 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 responsabile

della Commissione culturale nazionale e di vice presidente.

Alberto Olivieri è particolarmente conosciuto per la sua attività con conferenze e corsi sulle varie metodiche inerenti la protesi totale. Membro della Consulta dei relatori Antlo, è consulente scientifico del Tecnic-team Ivoclar. Famiglia, sci, calcio e buona cucina lo impegnano nel tempo libero.



L'importanza della collaborazione fra tecnico e medico è ormai generalmente riconosciuta; ci sono però casi particolari in cui essa si presenta come elemento assolutamente indispensabile non solo per la generica buona riuscita della riabilitazione ma per la precedente valutazione dei tempi e dei modi di intervento.

Il caso che verrà descritto riguarda un paziente di anni 33, affetto da diabete e da incuria totale per i suoi denti (figg. 1 e 2).

Dopo la visita dal professionista e la determinazione con l'odontotecnico del programma preliminare, al laboratorio giungono due impronte primarie (figg. 3 e 4) che ben riproducono la condizione panoramica delle arcate dentarie e forniscono i presupposti per la costruzione dei due portaimpronte individuali.

La lettura appropriata delle impronte permetterà la costruzione dei due portaimpronte che consentiranno al dentista la registrazione del bordo periferico individuale.

Sottolineiamo che, per il disegno del portaimpronte, in questo caso è stata data particolare attenzione non ai denti residui ma alla delimitazione che diventerà prioritaria nella costruzione della protesi.

Dallo studio sono tornate le due impronte master (figg. 5 e 6) che vengono boxate e colate con un gesso di IV classe.

I denti residui nel cavo orale, pur in precario stato di salute, mantengono una dimensione verticale abituale accettabile.

I due valli in cera, costruiti sui modelli maestri, su placche in resina fotopolimerizzabile, permetteranno la registrazione del rapporto mandibolo-cranico di occlusione abituale, valutato da dentista non latero deviato e non modificato in dimensione verticale (fig.7).

Ricevuti dallo studio i valli registrati ed un arco di trasferimento, i modelli vengono posizionati in articolatore (fig.8).

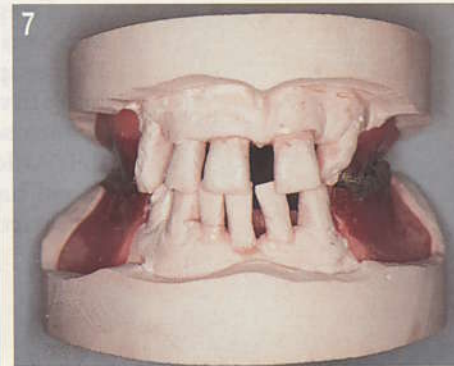
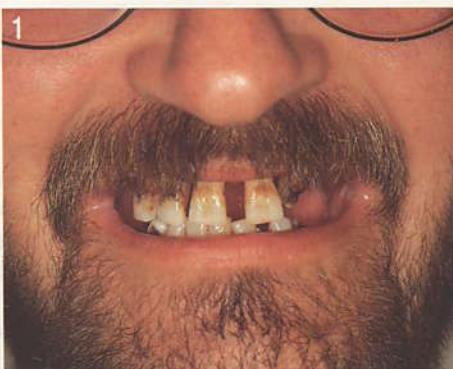


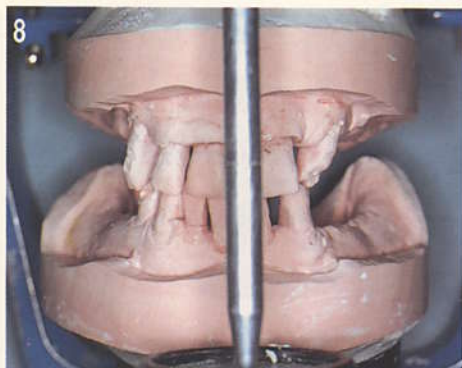
fig.1 Il paziente come si è presentato in prima visita.

fig.2 Radiografia panoramica delle arcate dentali.

figg.3 e 4 I modelli primari.

figg.5 e 6 Le impronte master

fig.7 I modelli in rapporto mandibolo cranico



Data la giovane età del paziente e la possibilità di dedurre, da quella residua, le caratteristiche della dentatura originale, si è optato, dopo averne scelto forma e colore base per la personalizzazione dei denti anteriori in ceramica. (figg.9 e 10)

Il montaggio dei denti nell'arco anteriore è sicuramente facilitato dalla presenza dei denti residui che forniscono una traccia importante, pur permettendo una migliore armonizzazione. (figg.11).

Una volta posizionato il gruppo incisivo superiore, passiamo al montaggio degli incisivi inferiori (figg. 12 e 13).

Una delle difficoltà maggiori in protesi totale è il ripristino del piano di occlusione; di conseguenza, nella protesi preestrattiva, le informazioni desunte dai denti residui non estrusi risulteranno importanti per il montaggio dei denti posteriori.



fig.8 I modelli in articolatore.
figg.9 e 10 Armonizzazione dei denti in commercio al caso individuale.
fig.11 Fase iniziale del montaggio.
figg.12 e 13 Gli incisivi inferiori in rapporto ai superiori.

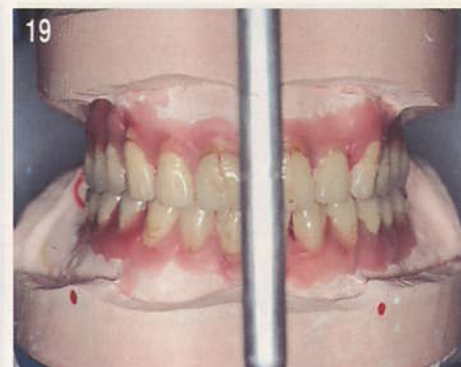
Iniziamo quindi il montaggio dei diattorici inferiori dalla parte controlaterale al dente rimasto (uno solo ma pur sempre indicativo). (figg.14 e 15)

Terminato un quadrante si passa al suo controlaterale.

Questo tipo di montaggio consequenziale ci porterà al posizionamento del sesto superiore (fig.16), controllando che il contatto centrico della cuspid mesio linguale cada perfettamente nel centro fossa dell'omonimo antagonista (fig. 17).

Passeremo quindi al montaggio dei quinti e dei quarti rispettando gli stessi concetti di occlusione, ben sapendo che la stabilità centrica e la dimensione verticale vengono mantenute da questi contatti dentali (fig.18 e 19).

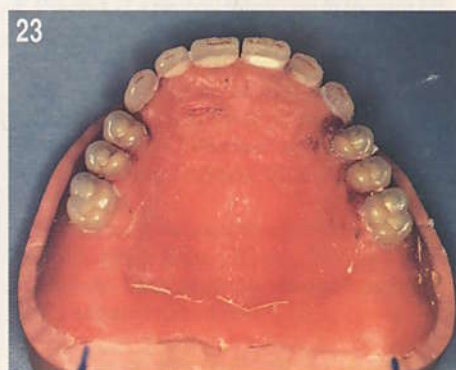
La modellazione in cera degli scudi frontali e laterali e la chiusura del bordo periferico precederanno la



figg.14 e 15 Montaggio dei diattorici inferiori.
figg.16 e 17 Il contatto centrico del sesto superiore in rapporto al dente antagonista.
figg.18 e 19 Visione linguale e vestibolare del montaggio ultimato



messa in muffola (figg.20 e 21). Questa trasformazione dei corpi protesici in resina avviene secondo la metodica tradizionale (fig.22), non dimenticando che il passaggio di resinatura è altrettanto importante di quelli che lo hanno preceduto e di quelli che lo seguiranno e ben sapendo che i metilmetacrilati polimerizzati a caldo già scontano un margine, seppur minimo, di errore dovuto alle loro retrazioni. (fig.23).



Registrazione, per il laboratorio, il mio amico Franco Ruggeri e i miei collaboratori Roberto Mancini e Paolo Schiavoni, ringrazio inoltre il dott. Piero Sologno.

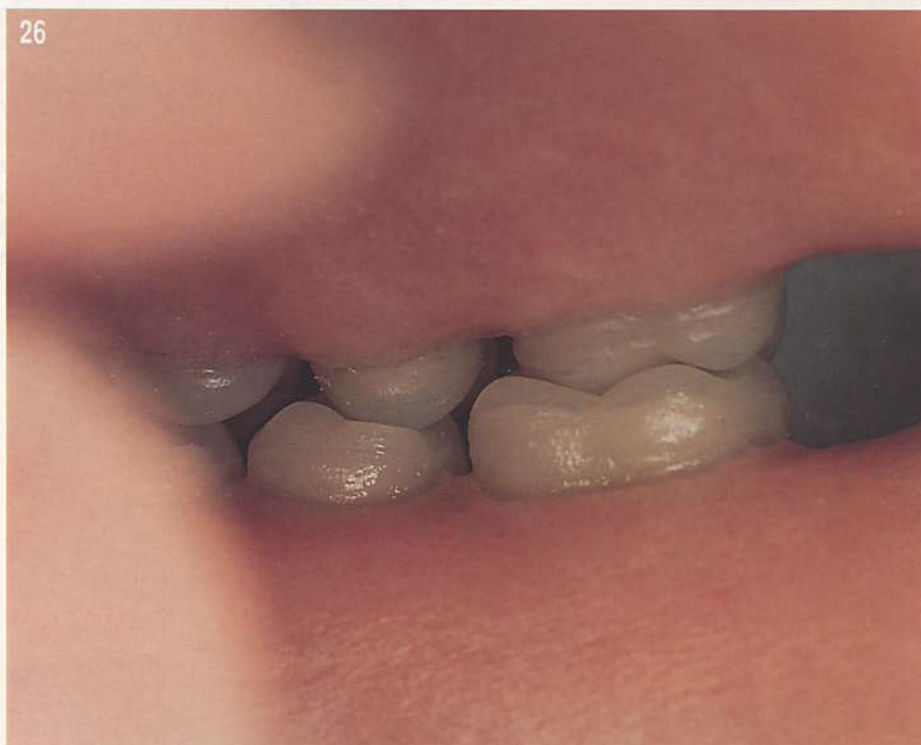
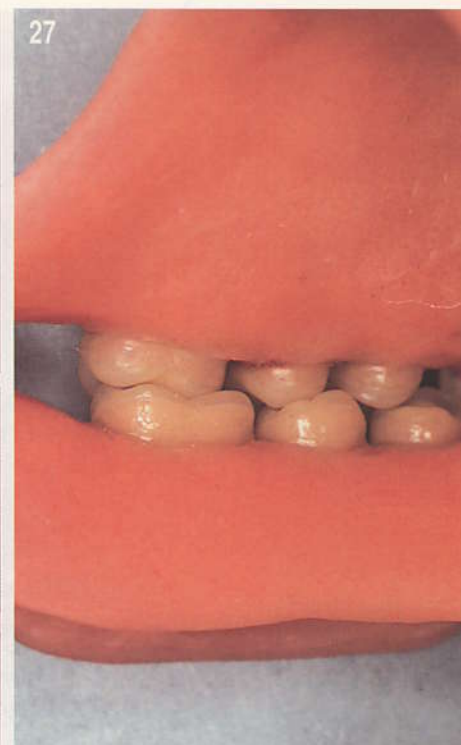
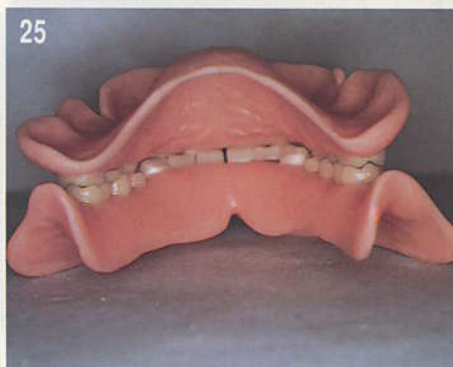
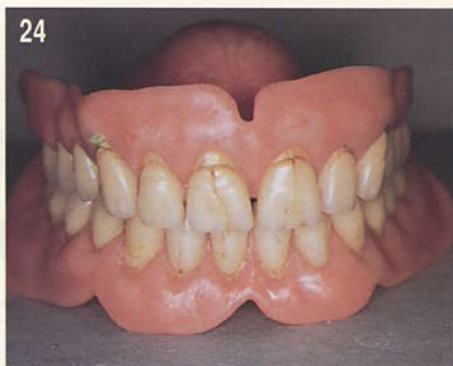
figg.20 e 21 Le protesi cerate pronte per la messa in muffola
fig.22 Sistematica tradizionale di trasformazione.
fig.23 Protesi resinata

Dopo la polimerizzazione e la conseguente riocclusione, le protesi vengono tolte dai modelli, rifinite (figg.24,25,26 e 27) (rispettando la morfologia precedentemente definita in cera) e lucidate. (fig.28).

Le protesi inviate al dentista verranno ribasate con Hidrocast (figg. 29 e 30) durante i passaggi della guarigione.

Un'analisi ed un intervento approfonditi da parte del professionista hanno permesso al paziente di mantenere nell'arco inferiore due pilastri (34 e 43) che devitalizzati ed abbassati, a guarigione avvenuta, costituiranno il supporto per due overdenture su cui verranno applicati due attacchi (fig.31) che verranno inseriti nella fase di ribasamento finale con resina acrilica.

Le figure 32 e 33 mostrano il paziente prima della riabilitazione e a riabilitazione avvenuta.



figg.24 e 25 La protesi rifinita in visione vestibolare e linguale.
figg.26 e 27 Contatti centrici.



CONCLUSIONE

I "perchè" della protesi preestrattiva:

- 1- no trauma psichico;
- 2- sì alle necessità funzionali;
- 3- sì alla fonetica;
- 4- lingua che non si allarga;
- 5- guance che non si afflosciano;
- 6- sì al mantenimento della dimensione verticale;

- 7- possibilità di montare denti uguali per forma, dimensione, inclinazione e rotazione;
- 8- tempestività.

Nel caso prima descritto, la buona collaborazione fra laboratorio e studio ha permesso di conseguire tutti questi risultati.



Bibliografia

- A.Canton, G.Marino - *L'impronta anatomo funzionale delle arcate edentule*, Torino, Cides Odonto Editrice, 1982.
- G.Garotti - *In tema di protesi dentale* II ed. (estratti da "Dental Cadmos" 1982, 4-12) Naturno BZ Ivoclar (Sezione Italiana), 1986.
- L.Barbetti, G.Garotti, V.Milano, A.Pavesi - *Odontotecnica pratica*, vol.II (pagg.407-442) Uses Edizioni Scientifiche, Firenze 1990.
- G.Passamonti - *Immediate denture prosthesis* "Dent.Clin.North America", 1964, 718.
- E.Pound - *La protesi totale con la tecnica Hidrocast*, Fossano CN, Società Italiana Idra, 1988.
- J.Schreinemakers - *Le basi razionali della protesi totale*, Padova, Piccin, 1982.
- A.Vergnano, G.Passamonti - *Atlante di protesi dentale*, Torino Cides Odonto Editrice, 1978.
- R.Samoian - *La dimensione verticale dell'età inferiore de la face*, III ed., Parigi.
- H.Sicher - *Oral anatomy* - Saint Louis The C.V., Mosby Co., 1960.



Voglio ringraziare, per il loro contributo, il mio socio Franco Ruggeri e i miei collaboratori Roberto Marchetti e Paolo Schiavoni; ringrazio inoltre il dott. Piero Bolognini.

fig.28 La protesi lucidata
figg. 29 e 30 Le protesi ribasate con Hidrocast
fig.31 Visualizzazione del tipo di attacco utilizzato.
figg.32 e 33 Il paziente prima e dopo la riabilitazione.