

Protocolo operativo de prótesis total

*consideraciones sobre la importancia de los conocimientos basilares**

por Olivieri, A.

(Titular de Laboratorio)

** Tomado de la revista técnica Otto.*



Hablar, escribir, teorizar y construir 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.

Según Sheldon Winkler (Clínica Odontológica de Norteamérica. Prótesis Total, vol. 9, nro. 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, 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.

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 inevitable 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, superficiales oclusales con cúspides muy ásperas o aplanadas y muchas soluciones intermedias absolutamente insatisfactorias.

El profesor Sandro Palla, en la Lógica del concepto de oclusión posterior (de: Principales fundamentos de la prótesis total. Drucke Klemt), resume los principios fundamentales para la adherencia de las prótesis totales.

La adherencia de una prótesis total es un fenómeno muy complejo 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, cohesión, 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 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 (figuras 1 y 2) y secundarias (figuras 3 y 4) le deben corresponder modelos de escayola adecuados, con cubetas de impresión y placas de oclusión muy precisas.



Figura 1
detalle de la zona anterior de
impresión inferior primaria en
alginato



Figura 2
detalle de un
cuadrante inferior de
impresión primaria
en alginato



Figura 3
rodete de la cubeta de
impresión inferior en resina
fotopolimerizable

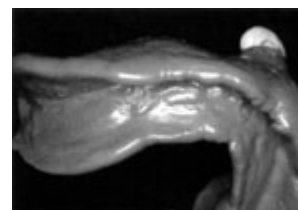


Figura 4
registro de la impresión
principal con permlastic
regular

APRODEN – Artículos Científicos

El registro clínico exacto de la dimensión vertical de oclusión, el arco de transferencia (figuras 5 y 6)



Figura 5

Arco de transferencia orientado sobre le plano de Francfort

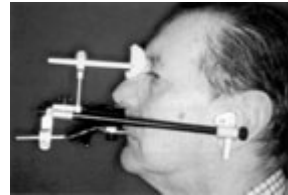


Figura 6

Arco de transferencia orientado sobre le plano de Camper

y las correctas informaciones para el montaje (figuras 7 y 8)



Figura 7

Modelo maestro de arcada inferior



Figura 8

Modelo maestro de arcada superior

permitirán que el técnico dental realice el montaje individual de los dientes anteriores y posteriores (figuras 9, 10, 11, 12 y 13) en su justa relación de clase con la correcta modelación en cera de los escudos protésicos (figuras 14 y 15)



Figura 9

visión de los cuadrantes laterales en dientes montados en cera

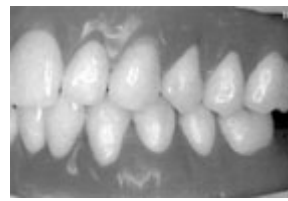


Figura 10

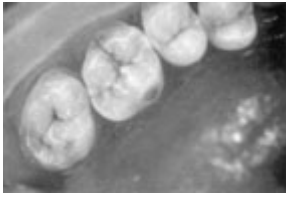


Figura 11

posibilidad de caracterización con SR Spectrasit Creative del diente posteriore utilizando SR Postaris



Figura 12

visión vestibular del montaje en cera

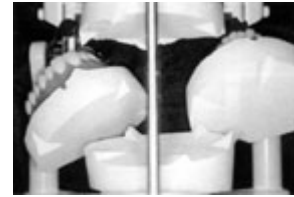


Figura 13

Split-Cast de los modelos para remontaje postresinado

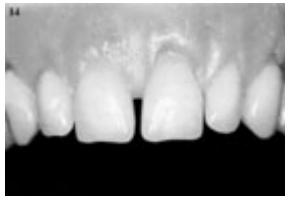


Figura 14

detalle del encerado y posterior transformación en resina



Figura 15

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 (figuras 16 y 17) y pulir la prótesis.



Figura 16

remontaje y búsqueda de los contactos céntricos después de la transformación en resina

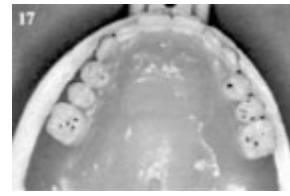


Figura 17

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



Figura 18



Figura 19

control clínico de los contactos céntricos en la cavidad



Figura 20



Figura 21

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



Figura 22



Figura 23

Visión de la prótesis en la cavidad oral

APRODEN – Artículos Científicos

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.



Figura 24

montaje en cera de dientes ligeramente modificados en su forma



Figura 25

visión del overjet



Figura 26

contactos céntricos en montaje de cera terminado



Figura 27



Figura 28

remontaje, postresinación y restitución de contactos céntricos

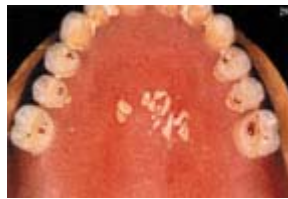


Figura 29



Figura 30

prótesis pulida en versión

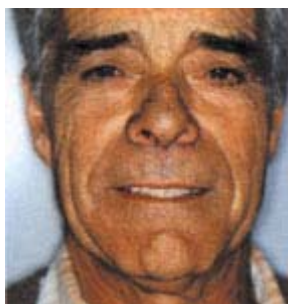


Figura 31



Figura 32

el paciente con la prótesis en visión frontal y sagital



Figura 33



Figura 34

control clínico de los contactos céntricos

Principios de montaje

- El concepto de oclusión balanceada (Gysi-Hanau).
- El concepto de 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, Ivoclar).
- El concepto de la oclusión tipo forbice lingualizzata (Principio monaio-pestella, Gerber).
- El concepto de la guía secuencial de laterooclusión (Slavicek/Kulmer).

Contactos de los dientes superiores

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

- El concepto Las cúspides palatinales se ubican en la fosa del directo antagonista.
- El concepto vestibular-mente 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, 2ª. 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 Edizione 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.

Schereinemarkers 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 intérieur de la face, 3ª 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 practica, 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.

APRODEN – Artículos Científicos

Olivieri A. Costruzione di una protesi con otturatore palatale cavo (metodologie di esecuzione).
Il Nuovo Laboratorio Odontotecnico 1994;5.

Olivieri A, Mazzanti R. Protesi pre-estrattiva. Quaderni di progresso odontostomatologico, cap.
7. Amici di Brugg no 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.