

PROTESI

TOTALE

LA REGISTRAZIONE DEL BORDO PERIFERICO CON L'AUSILIO DELLE RESINE FOTOPOLIMERIZZANTI

Una tecnica innovativa della registrazione del bordo periferico nel paziente affetto da edentulia totale, ha permesso di sostituire le tradizionali paste termo-plastiche con resine fotopolimerizzanti

ALBERTO OLIVIERI
MARCO GROSSI

Premessa

Con questo breve lavoro si vuole stigmatizzare lo sviluppo del tutto innovativo della registrazione del bordo periferico nel paziente affetto da edentulia totale; questa nuova tecnica potrebbe diventare, se attuata in modo corretto, una sicura garanzia per la precisa rilevazione individuale degli attacchi muscolari; siano essi allo stato statico (contrazione isometrica) che allo stato dinamico (contrazione isotonica).



X

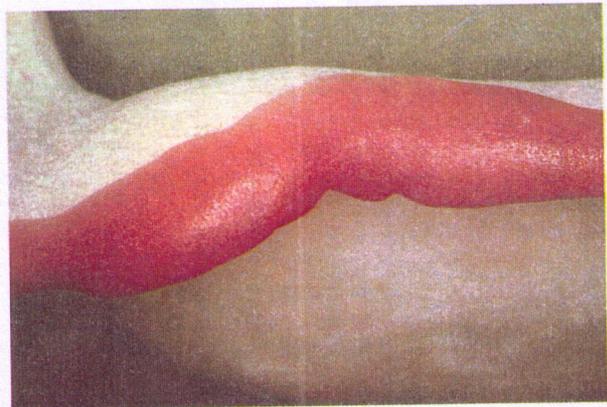
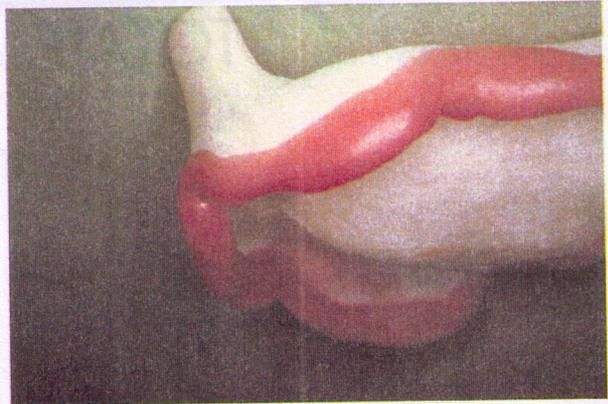
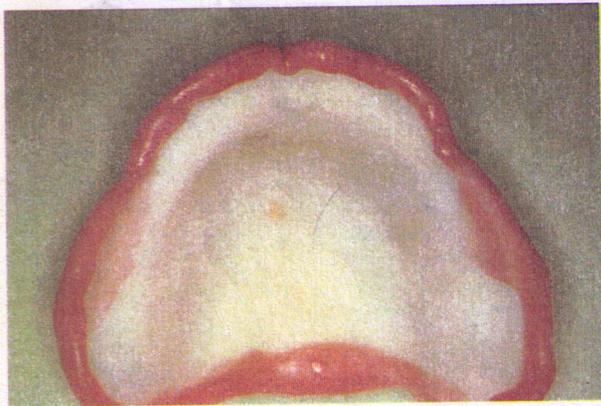


Fig. 1 - Bordaggio del portaimpronte superiore con resina fotopolimerizzabile

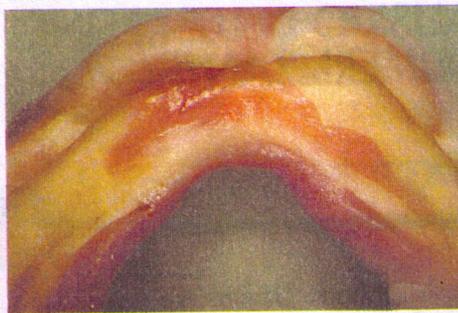
Fig. 2 - Un particolare

Fig. 3 - Un particolare

Fig. 4 - Un particolare

Fig. 5 - Bordaggio del portaimpronte inferiore con resina fotopolimerizzabile

Fig. 6 - La stessa dopo il ribasamento con Permlastic Regular (Kerr)



Metodica di esecuzione

Sul portaimpronta individuale confezionato con la metodica tradizionale (resine autopolimerizzanti tipo Ivolen o simili) o confezionato con resine fotopolimerizzabili (tipo Spectra tray Ivoclar o Covertray Wilde) si applica una resina fotopolimerizzabile che sostituisce le paste termoplastiche fino ad ora trattate.

Questo tipo di materiale (resine fotopolimerizzabili Spectra tray / Covertray Wilde) ha caratteristiche del tutto particolari tra le quali le più importanti:

- la soffici ta
- un grado elevato di elasticit 
- una facile memoria elastica.

Queste particolari caratteristiche per-

mettono al clinico la registrazione individuale del bordo periferico sia per la morfologia del mascellare superiore che per la morfologia del mascellare inferiore.

La registrazione individuale del bordo periferico, nelle sue varie componenti, sommità del giunto, dosso verso il vestibolo (buccal hill) dosso verso l'interno (lingual hill) viene facilitata nelle varie fasi di registrazione che possono avvenire in equal modo, sia per settori, che globalmente in una sola volta.

Per poter meglio semplificare la metodica, ne indichiamo brevemente le fasi:

Prima fase

Prova del portaimpronte individuale nel cavo orale. Controllo degli stops (abbracci della cresta) inseriti all'interno del portaimpronte individuale.

Controllo dello scarico dei frenuli centrali latero-laterali, palpazione extraorale del rapporto fornice, mucosa labbiale e bordo del cucchiaino.

Controllo della tenuta e della stabilità del portaimpronta individuale.

Seconda fase

Scarico eventuale di frenuli eccessivamente caricati. Diminuzione eventuale di spessori eccessivi del bordo del portaimpronte individuale.

Terza fase

Inserimento della resina Spectra Tray sul portaimpronte individuale al di fuori del cavo orale, a seguire posizionamento con pressione digitale del portaimpronte individuale a seconda dell'inserimento dello stesso in cavo orale.

– Mascellare superiore – forte compressione al centro del palato. Sostegno poi delle parti latero-laterali con dito indice e con il medio, mentre il pollice sostiene fortemente il manico del portaimpronte individuale continuando la compressione verso l'indietro.



Fig. 7 - Bordaggio del portaimpronte superiore con resina fotopolimerizzabile



Fig. 8 - Il portaimpronte bordato e fotopolimerizzato pronto per accettare il Permlastic Regular (Kerr)

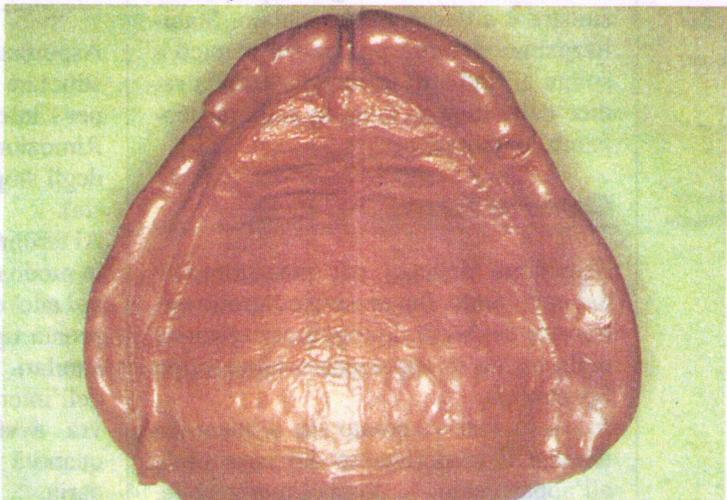


Fig. 9 - Il portaimpronte superiore ribasato con Permlastic Regular (Kerr).

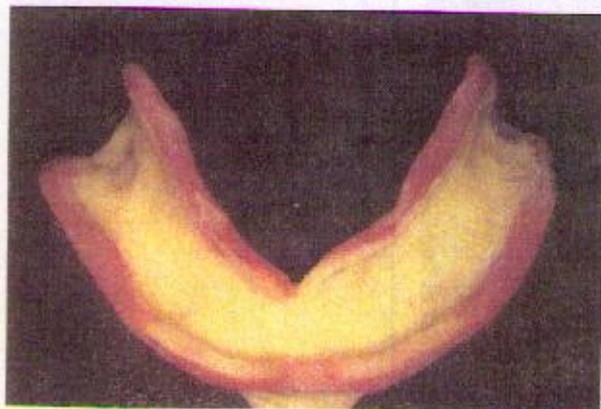


Fig. 10 - Il portaimpronte inferiore bordato con resina fotopolimerizzabile

Fig. 11 - Un particolare

Fig. 12 - Il portaimpronte rettificato con il bordaggio pronto per accettare il ribasamento in Permlastic Regular (Kerr)

Fig. 13 - Ribasamento in Permlastic effettuato

Triming extraorale della muscolatura. La plasticità del materiale e la possibilità di intervento facilitano l'operatore in questa fase.

– Mascellare inferiore – compressione con indice e medio sugli stops posti a sinistra e a destra del cucchiaio. Stabilizzazione del dito pollice sul manico e spinta all'indietro in direzione della radice della lingua. Triming della muscolatura extraorale.

Quarta fase

Estrazione delicata del portaimpronte dal cavo orale. Successivo controllo extraorale dei bordi. Fotopolimerizzazione della resina in apparecchio idoneo tipo Spectramat.

In questa fase va notato che il materiale durante il trasferimento dal cavo orale all'apparecchio fotopolimerizzabile,

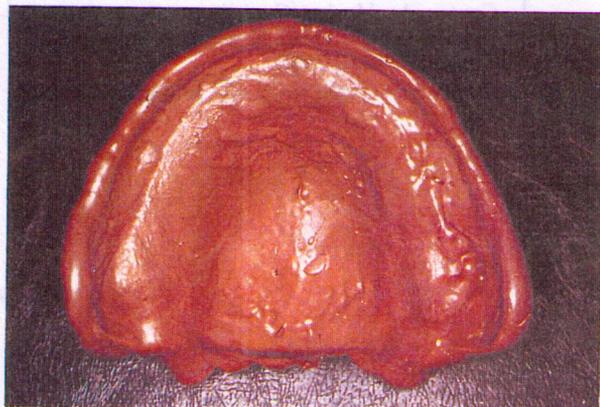
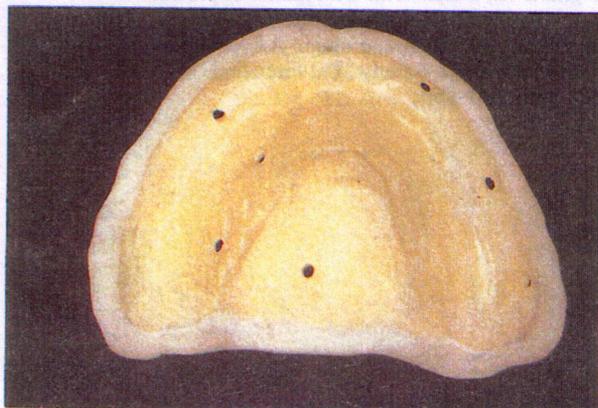
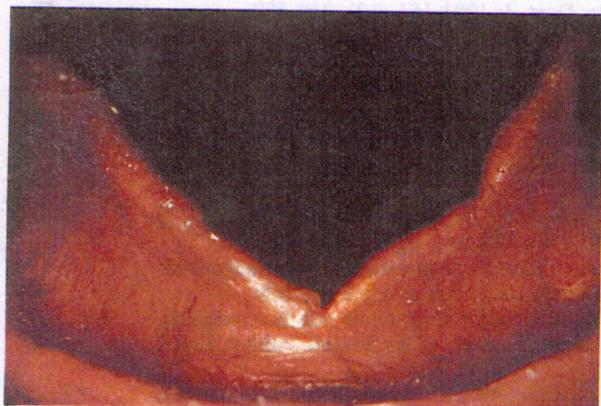
mantiene lo stato plastico; quindi maneggiare il portaimpronte individuale con molta attenzione per evitare eventuali distorsioni.

Quinta fase

Asportazione degli eccessi del lato vestibolare del portaimpronte ed interno, per l'inferiore, linguale.

Rimozione all'interno del portaimpronte degli stops mucosi (abbraccio della cresta).

Al termine di questa operazione foratura in modo corretto del portaimpronte individuale e ribasatura con pasta da impronta tipo Permlastic Regular (Kerr) o similari. La registrazione che si otterrà dell'intera superficie dell'impronta dovrà avvenire inserendo una minima quantità di pasta per l'impronta secondaria.



Per il momento alle nostre prove non risultano difficoltà di penetrazione tra il bordo periferico effettuato con resina autopolimerizzante e le paste per impronta Permlastic Regular (Kerr).

Considerazioni sulla tecnica

Qui di seguito alcune brevi considerazioni sull'intero sistema.

Pregi

- Velocità di esecuzione
- Ottima praticità nelle varie fasi
- Stabilità totale del materiale dopo la fotopolimerizzazione
- Estrema precisione dei particolari

Difetti

- Possibilità di modifiche durante il disinserimento del portaimpronte precedentemente bordato del cavo orale data la alta plasticità del materiale fotopolimerizzabile.

Conclusioni

La presente tecnica dovrà essere ancora sperimentata a livello clinico applicativo. La nostra esperienza si riferisce ad una casistica in riguardo a 40 casi. Pur ritenendo i risultati ottenuti estremamente validi al fine del miglioramento della stabilità protesica conseguente a questo tipo di registrazione di impronte, riteniamo che la conoscenza sempre

Fig. 14 - Un particolare

Fig. 15 - Il portaimpronte superiore bordato con resina fotopolimerizzabile

Fig. 16 - Il portaimpronte rettificato

Fig. 17 - Il portaimpronte ribasato in Permlastic Regular (Kerr)

maggiore della parte miologica dell'edentulo sommata all'utilizzo di questi nuovi materiali possa permettere delle esatte estensioni dei bordi periferici.

Ringraziamenti

Si ringraziano: il dottor C. Rossi
 Gli odontotecnici S. Pradella, G. Bignardi,
 R. Boccanera
 Per il lavoro di editing l'odontotecnico Guido
 Garotti

Bibliografia

Anderson J.N., Storer R.: Protesi immediata e di sostituzione, Milano, Masson Italia 1987.
 Brunetti A.: Protesi dentaria mobile, Bologna, Patron, 1960.
 Canton A., Marino G.: L'impronta anatomo-funzionale delle arcate edentule, Torino, Cides Odonto Editrice, 1982.
 Harrison A.: Temporary soft lining materials.

Br. Dent. J; 1981 151 (12), 319-422.
 Garotti G.: In tema di protesi totale, 2 ed., (estratti da "D. Cadmos", 1982, 4-12), Naturno (BS) Ivoclar (sez. Italiana), 1986.
 Barbetti L., Garotti G., Milano V., Pavesi A.: Odontotecnica pratica volume II (pagg. 407-442) USES Edizioni Scientifiche - Firenze 1990.
 Leyoyeux J.: Prothese complete. Voluni I, II, III, Paris Maloine, 1976, 1978, 1979.
 Passamonti G.: Immediate denture prosthesis. "Dent. Clin. North Am." 1964, 718.
 Ponud E.: La protesi totale con la tecnica Hydrocast, Fossano (CN) Società Italiana IDRA, 1988.
 Schreinemakers J.: Le basi razionali della protesi totale, Padova, Piccin 1982.
 Vergnano A., Passamonti G.: Atlante di protesi totale. Torino Cides Odonto Editrice, 1978.
 Zanobio B.: Faccia. Anatomia, in AA. vari, Enciclopedia Medica Italiana, IV, Firenze, USES, 1978, coll. 341-560.