

SISTEME CLASICE IMPLICATE ÎN PROTEZAREA EDENTAȚIEI PARȚIAL ÎNTINSE

Magda-Ecaterina Antohe*, **Doriana Agop Forna**, **Monica Andronache**,
Norina Consuela Forna

Universitatea de Medicină și Farmacie "Grigore T. Popa" - Iași, România, Facultatea de Medicină Dentară,
*Autor corespondent : Magda Ecaterina Antohe, DMD, PhD
Universitatea de Medicină și Farmacie "Grigore T. Popa" - Iași, România
e-mail: magda.antohe@yahoo.com

CLASSIC SYSTEMS INVOLVED IN THE PROSTHESIS OF PARTIALLY EXTENDED EDENTATION (ABSTRACT):

The study aimed at individualizing the classic therapeutic methods of prosthesis treatments represented by the acrylic prosthesis as a temporary therapeutic method, with well defined roles, as well as by the classic skeletal prosthesis which uses crochets as maintenance, support and stabilization elements. The study lot comprised a number of 57 patients (aged between 30 and 82), reuniting various clinical entities in the field of dental prosthetics. The patients underwent complex clinical and paraclinical examinations that focused on a series of correlative aspects, with a deep practical impact with regard to the periodontal pathology, characterized by the multiple facets of a complex clinical picture. The classic systems are valid under any conditions of local, loco-regional pathology, once the complications present at the level of the mucous-bony or dento-periodontal support are solved.

Key words: clinical and biological parameters, removable prostheses, edentulous, classic removable prostheses;

INTRODUCERE

Alegerea soluției terapeutice clasice reprezintă rezultatul analizei atente a particularităților câmpului protetic, o atenție deosebită revenind evaluării suportului odonto-parodontal, a suportului muco-osos, a prezenței complicațiilor existentela nivel local, loco-regional sau general. Această evaluare a suportului dento-parodontal și muco-osos se poate face utilizând indicii clinico-biologici[1,2].

Suma indicilor clinico-biologici reprezintă un marker incontestabil al unei finalități clinice de succes în cazul diferitelor tipuri de restaurări odontale, ce

acoperă atât sfera obturațiilor din vecinătatea gingiei, cât și teritoriul protetic, materializat în restaurări fixe realizate din diferite biomateriale, a căror structură și calitate de suprafață contribuie în mod decisiv, la o bună integrare biologică[3,4]. În același timp suportul muco-osos, caracterizat de indici clinico-biologici negativi reflectă o integrare deficitară sau absența integrării în cadrul protezării amovibile.

SCOPUL STUDIULUI

Studiul a urmărit individualizarea metodelor terapeutice clasice de protezare, reprezentate de protezarea acrilică, ca și metodă provizorie terapeutică, cu roluri bine definite, cât și protezarea scheletată clasică, ce utilizează ca elemente de menținere, sprijin și stabilizare, croșetele. Decelarea prin metode clinice și paraclinice a întregului areal de cauze declanșate de restaurările protetice constituie de fapt, o condiție esențială de terapie țintită, dar și un punct de plecare pentru selectarea riguroasă a materialelor dentare implicate și a exigențelor legate de redarea unei morfologii de mare fidelitate.

MATERIAL ȘI METODĂ

Lotul de studiu a fost constituit dintr-un număr de 57 pacienți (cu vârste cuprinse între 30 și 82 de ani), reunind entități clinice din teritoriul protetic dentare. Pacienții au fost examinați complex clinic și paraclinic, urmărindu-se o serie de criterii ce au condus la aspecte

corelative, cu profund impact practic în ceea ce privește patologia parodontală caracterizată de multiplele fațete ale unui tablou clinic complex.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

În ceea ce privește adaptarea protezelor acrilice, un număr de 10 proteze parțial acrilice erau caracterizate de lipsa adaptării marginale, din lotul examinat 12 proteze parțial acrilice erau fracturate, în același timp un număr de 10 pacienți prezentau proteze parțial acrilice cu o bună adaptare. Un aspect important este că 10 cazuri prezentau leziuni de decubit ca urmare a instabilității protezelor parțial acrilice, în același teritoriu negativ încadrându-se 7 proteze parțial acrilice ce prezentau croșete fracturate, iar 8 cazuri prezentau mobilitate la nivelul dintelui stâlp pe care s-au aplicat croșetele. Explicația pentru procentul cel mai mare rezidă în incongruența între resorbția și atrofia de la nivelul câmpului protetic și lipsa de adaptare a protezelor ce nu au fost căptușite (Fig.1).

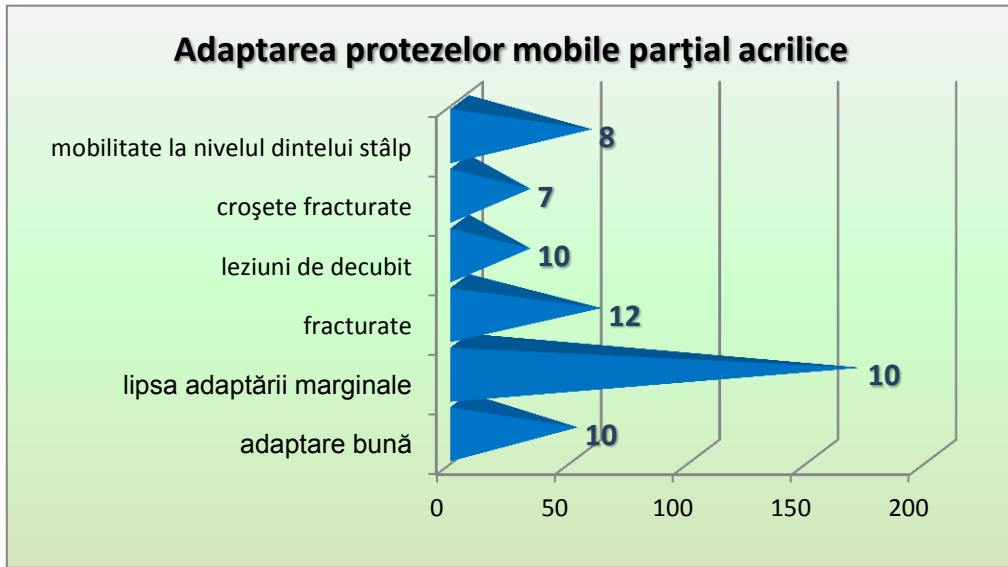


Fig.1 Adaptarea protezelor mobile parțial acrilice

În ce privește evaluarea pacienților purtători de proteze scheletate ancorate în sfera clasică, un număr de 12 proteze necesitau căptușire, 15 prezentau diferite

pierderi de material acrilic la nivelul șeilor, 10 prezentau leziuni de decubit datorită instabilității protezei (Fig.2).

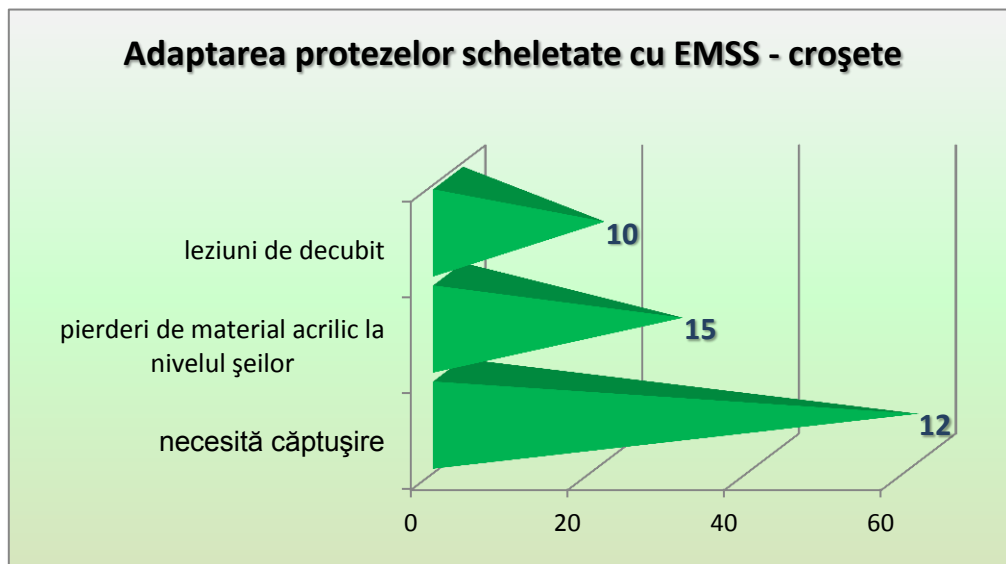


Fig.2 Adaptarea protezelor scheletate cu EMSS-croșete

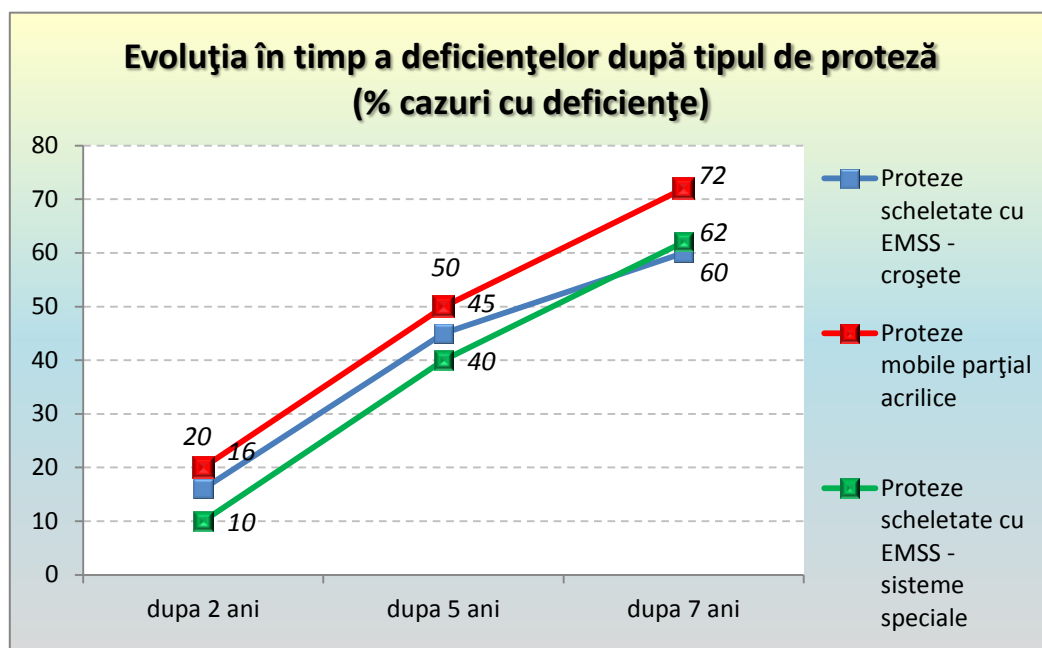


Fig.3 Evoluția în timp a deficiențelor după tipul de proteză

Grefate pe problematica abordată, din pacienții analizați am selectat un caz reprezentativ pentru decizia terapeutică ancorată în teritoriul protezării

mobilizabile clasice.

CAZ CLINIC : Pacienta M.F., 68 ani,
mediul urban



Fig.4 Aspect intraoral inițial
(arcada maxilară)



Fig.5 Aspect intraoral inițial
(arcada mandibulară)

În urma examenului clinic și paraclinic, s-a formulat următorul diagnostic :

I. Diagnosticul de stare generală: bun (favorabil tratamentului stomatologic);

II. Diagnosticul de stare locală

- Diagnosticul de integritate a unităților odontale:

Abrazie (gradul 2) la nivelul incisivilor inferiori (3.2, 3.1, 4.1,

4.2), de etiologie traumatică (traumă ocluzală), cu tulburări funcționale masticatorii și fizionomice, cu evoluție lentă, cu complicații locale și loco-regionale, prognostic favorabil, netratate.

- Diagnosticul de integritate parodontală:

Parodontită marginală cronică generalizată, de etiologie traumatică (traumă ocluzală) datorată tratamentului protetic incorect și incomplet, cu tulburări funcționale (fizionomice, masticatorii), cu evoluție lentă, cu complicații locale (parodontale), prognostic favorabil în caz de tratament corect, netratată.

- Diagnosticul de integritate a arcadei:

a) Edentație parțial întinsă, maxilară, clasa I Kennedy cu o modificare, de etiologie carioasă, cu tulburări funcționale masticatorii, fizionomice, fonetice, de deglutiție, cu evoluție lentă, cu complicații locale (dentare și parodontale) și loco-regionale (la nivelul articulației temporo-mandibulare), prognostic favorabil tratamentului, netratată ;

b) Edentație parțial întinsă,

mandibulară clasa I Kennedy, de etiologie carioasă, cu tulburări funcționale masticatorii, fizionomice, fonetice și de deglutiție, cu evoluție lentă, cu complicații locale (dentare și parodontale) și loco-regionale (la nivelul articulației temporo-mandibulare), tratată prin proteză parțial mobilizabilă scheletată;

- Diagnosticul de integritate a ocluziei:

Malocluzie prin lipsa reperelor ocluziei statice și a parametrilor ocluziei statice și dinamice, etiologia fiind edentația, cu tulburări funcționale, cu evoluție lentă spre edentație totală, cu complicații locale, loco-regionale și generale, prognostic favorabil sub tratament, netratată.

- Diagnosticul de integritate a relațiilor mandibulo-craniene:

Malrelație mandibulo-craniană extrapostural-excentrică, consecutiv edentației, cu tulburări funcționale, cu complicații locale, loco-regionale și generale, evoluție lentă spre sindrom disfuncțional al sistemului stomatognat, prognostic favorabil sub tratament, netratată.

- Diagnosticul de integritate homeostazică:

Dishomeostazia sistemului stomatognat manifestă clinic, cu interesare ocluzală, musculară, articulară.

III. Diagnosticul de igienă – stare de

igienă orală nesatisfăcătoare.

Indicii clinico-biologici loco-regionali oferă o imagine negativă prin modificările induse la nivel articular, ca urmare a basculării condiliene în sens antero-posterior, aspect esențial ce va sta la baza reabilitării orale, etapă inerentă ce va preceda orice variantă terapeutică ulterioară.

Indicii clinico-biologici locali odonto-parodontali sunt dominați de aspecte pozitive la nivel maxilar generate de o



Fig. 6 Aspectul modelului de lucru

Varianta de tratament pentru care am optat:

Proteză parțial mobilizabilă scheletată maxilară alcătuită din conectorul principal, plăcuță palatină dento-mucozală, cu design ameliorat în deplin acord cu adâncimea bolții palatine și numărul de elemente de menținere,

bună implantare, o distribuție echilibrată pe arcadă, suportul muco-osos fiind caracterizat de valori pozitive datorită parametrilor specifici crestei alveolare.

În scopul pregătirii nespecifice a cavității orale, am realizat următoarele:

- igienizarea cavității orale;
- restaurări odontale la nivel 3.1,3.2, 4.1,4.2;

În cadrul pregătirii specifice, am realizat:

- Prepararea pentru crearea lăcașelor pintenilor ocluzali la nivel 1.4, 1.5, 2.5;



Fig. 7 Aspecte ale amprentării funcționale

sprijin și stabilizare aplicate, 2 șei mixte metalo-acrilice cu 2, respectiv 1 dinte,artificiali, anatomorfi, mediu cuspidati, iar ca elemente de menținere, sprijin și stabilizare un croșet Bonwill la nivelul 1.4, 1.5, un croșet Ackers la nivelul 2.4 și un croșet inelar la nivelul 2.7.



a)



b)



c)

Fig.8 Proteza scheletată maxilară-aspecte extraorale: (a) pe model; (b) detașată de pe model-fața orală; (c) detașată de pe model-fața mucozală;

b)



a)



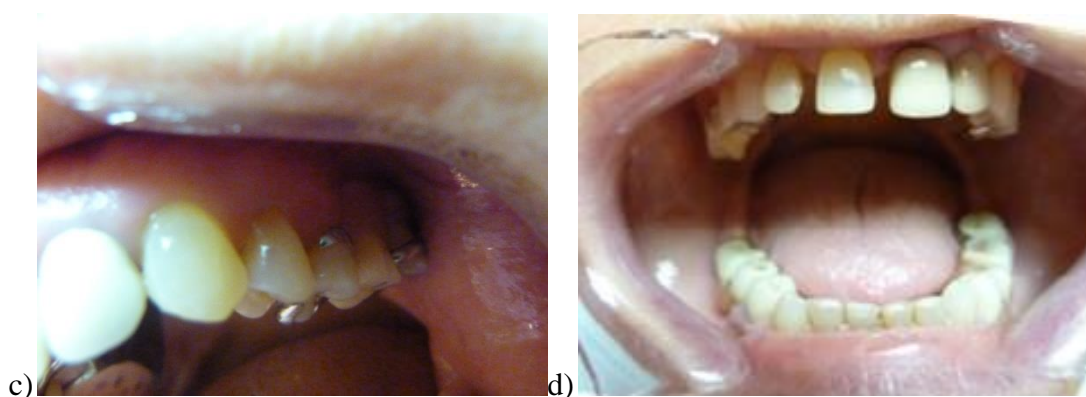


Fig.9 Proteza scheletată maxilară-aspecte intraorale: (a) proteza aplicată pe maxilar; (b) croșetul aplicat pe 1.5; (c) croșetele aplicate pe 2.5 și 2.7; (d) gura deschisă-ambele arcade;



Fig.10 Aspectul final-cu arcadele în ocluzie

Din punct de vedere biomecanic, protezările scheletate clasice oferă stabilitate prin alegerea corespunzătoare a designului conectorului principal și a repartiției elementelor de menținere, sprijin și stabilizare reprezentate de croșete, în concordanță cu diagrama statică și dinamică[5].

Deficiența estetică primară a protezelor parțialmobilizabile scheletate constă în acea imagine neplăcută prin vizibilitatea croșetelor metalice. Această vizibilitate nu este o consecință inevitabilă

a terapiei prin proteze parțiale și deseori poate fi evitată prin simpla analiză a zâmbetului pacientului și a gradului de vizibilitate a unităților odontale în timpul surâsului, urmată de proiectarea unei proteze parțial mobilizabile cu croșete în locații non-vizibile[6,7].

În plus, există trei strategii specifice care pot fi utilizate pentru a realiza proteze parțial mobilizabile funcționale și estetice. Aceste strategii implică utilizarea croșetelor subecuatoriale în detrimentul celor supraecuatoriale.

Vizibilitatea croșetelor poate fi îmbunătățită utilizând dinți colorați sau croșete din polimeri roz, flexibili. Din punct de vedere clinic, există insuficientă informație despre performanțele pe termen lung. Este important să se înțeleagă existența unei multitudini de factori care nu au legătură cu croșetele și care afectează estetica finală a protezelor parțiale[8]. Unii dintre acești factori includ alegerea adecvată a dinților, a poziției acestora pe arcadă, lungimea și conturul marginilor protezei, precum și conturul corespunzător al papilei interdentare.

Utilizarea croșetelor subecuatoriale este cea mai simplă metodă pentru eliminarea vizibilității croșetelor și ar trebui să constituie o prima opțiune, înaintea abordării unor soluții mai complexe.

Brațul retentiv al croșetului subecuatorial se poziționează pe dinte, dinspre gingie și nu dinspre suprafața ocluzală, așa cum este cazul croșetelor supraecuatoriale. Luând în considerare specificul fiecărui pacient atunci când zâmbește, această abordare simplă elimină deseori sau reduce până la minim vizibilitatea croșetelor.

Cea mai practică abordare în realizarea unor astfel de proteze parțiale este utilizarea croșetelor RPI, concept

descoperit de Kratochvil și modificat de Krol, ambele concepte sunt acceptate. Potrivit acestor autori avantajele croșetelor subecuatoriale construite conform acestor principii implică simplitate, posibilitate de autocurățire și interferență minimă cu conturul natural al dintelui stâlp. În plus, în cazul edentațiilor de clasa I și a II-a Kennedy, aceste croșete nu încarcă dintele cu forțe suplimentare și în acest fel pot fi utilizate atât pe dintele stâlp, cât și în cazul extensiilor distale. Croșetele subecuatoriale oferă și un plus de retenție.

Chiar dacă acest tip de croșete nu elimină în mod automat și în totalitate aspectul inestetic la toți pacienții, metoda este utilizată frecvent pentru că asigură o estetică acceptabilă, simplu și eficient, la majoritatea pacienților care beneficiază de terapie cu proteză parțială.

Astfel particularitatea cazului clinic în acord cu principiile de tratament dictează ancorarea soluției terapeutice în sfera protezării clasice, astfel încit suportul odonto-parodontal și muco-osos, în context sistemic, să nu fie suprasolicitat.

CONCLUZII

1. Edentația parțială reprezintă o entitate clinică complexă prin simptomatologie și complicațiile

prezente la nivel local, loco-regional sau general.

2. Sistemele clasice sunt valabile în orice condiții de patologie locală, loco-regională, ulterior rezolvării complicațiilor prezente la nivelul suportului muco-osos sau dento-parodontal.

3. Sistemele clasice vizează o etapă preliminară ce recomandă protezare provizorie, asigurând principiul biomecanic și biologic, cu repoziționarea relațiilor mandibulo-craniene, astfel încât protezarea definitivă clasică să fie în deplin acord cu particularitățile câmpului protetic.

BIBLIOGRAFIE

1. Aoda K, Shimamura I, Tahara Y, Sakurai K. - Retainer design for unilateral extension base partial removable dental prosthesis by three-dimensional finite element analysis. *J Prosthodont Res.* 2010 Jan 28
2. Asif Ullah Khan, Fazal Ghani-Factors influencing the type of prosthetic restoration for partial dentate adults, *JPMI* 2010 vol.24, NO.01
3. Armellini D B, Heydecke G, Witter D J , Creugers NHJ - Effects of removable partial dentures on the quality of life in people with shortened dental arches; *Nederlands tijdschrift voor tandheelkunde*, 12 -2012
4. Forna N- Evaluarea stării de sănătate afectate prin edentație, Editura Demiurg, 2007 ISBN 978-973-152-017-9
5. Forna N, - Protetica Dentară, Vol I și II, Editura Enciclopedica 2012;
6. Josip Kranjic, Maja Kostelic Stuníc, Asja Celebic, Daniel Komar, Ketij Mehulic, Denis Vojvodic- Denture relining as an indicator of residual ridge resorption; *Med Glas Ljek komore Zenicko-doboj kantona* 2013;
7. N.Sudhir, B. Chittaranjan, B. Arun Kumar, M. Taruna, M. Pavan Kumar,- Digital Cephalometric Tracings by PROCEPH V3 Software for Comparative Analyses of Vertical Dimension in Edentulous Patients, *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 2015 May, Vol-9(5): ZC01-ZC05
8. Weiwei Li, Fusong Yuan, Peijun Lv, Yong Wang, Yuchun Sun- Evaluation of the Quantitative Accuracy of 3D Reconstruction of Edentulous Jaw Models with Jaw Relation Based on Reference Point System Alignment; *Plos One* Doi:10.1371/journal.pone.0117320 February 6, 2015