

CONTRIBUȚII PRIVIND PROFILAXIA STOMATOPATIILOR PROTETICE

dr. L. Ieremia

Problema stomatopatiilor protetice constituie astăzi o preocupare importantă în cadrul stomatologiei ortopedice, deoarece frecvența modificărilor inflamatorii atrofice sau hipertrofice de la nivelul mucoasei bucale este mare.

Spre deosebire de stomatopatiile secundare la care manifestările morbide ale unei afecțiuni generale sînt evidente și în cavitatea bucală, stomatopatiile protetice sînt strîns legate de prezența folosirii protezelor mobile și mobili-zabile.

Dacă simptomatologia la numeroase cazuri este discretă, ea devine uneori atît de neplăcută, încît pacienții sînt nevoiți să abandoneze proteza, cerînd descurajați ajutorul medicului stomatolog. Acesta trebuie să adopte două atitudini: prima, tratarea stomatopatiei existente, a doua, executarea unei noi proteze sau efectuarea unei rebazări, care de cele mai multe ori duc la același rezultat, revenirea afecțiunii. Această situație considerăm că se datorește faptului că se neglijează depistarea cauzelor declanșării stomatopatiilor legate de piesa protetică, etiologie care de altfel este foarte complexă.

În literatura de specialitate sînt bine cunoscute teoriile privind declanșarea unei stomatopatii protetice: *mecanico-traumatică* (Niquist, 15, Staegemann, 17) *chimico-toxică* sau *alergică* (Castagnola, cit. de 18), Bains și Smith (1, 16), Fischer, Brunel, Mathis, Sidi, Casalis (cit. de 2), *bacteriotoxică* (Langer și Portelle, 14, Ellis și Przyborowski, 4), *fragilitatea capilară* (Dechaume, 3). Cu toate acestea, putem afirma că, încă la ora actuală nu există o concepție unitară care să călăuzească specialiștii în rezolvarea acestei probleme.

Experiența noastră de cîteva sute de cazuri de stomatopatii protetice, ne-a determinat să arătăm în prezenta lucrare rezultatele obținute prin intermediul unor metode și tehnici personale aplicate ca urmare a unui raționament medical profilactic, avînd la bază un studiu detaliat privind eliminarea unor factori răspunzători în declanșarea acestor afecțiuni. Astfel, sub raport etiologic, noi am categorisit stomatopatiile în cinci grupe:

I. *Stomatopatii protetice cauzate de către defecțiunile de prelucrare a rășinilor acrilice*. Aci s-ar include toate erorile ce duc la apariția fie a porozităților, fie a deformațiilor bazelor acrilice datorită unei polimerizări incorecte.

II. *Stomatopatii protetice datorite instabilității protezelor pe cîmpul protetic ca rezultat al unor erori clinice sau tehnice*, legate frecvent de cîmpul ocluzal.

III. *Stomatopatii protetice ca urmare a instabilității protezelor pe cîmpul protetic datorită procesului de atrofie*.

IV. *Stomatopatii protetice apărute din cauza procesului de îmbătrînire a pieselor protetice acrilice*. Ea poate fi precoce, cauzată de erori în prelucrarea compuşilor macromoleculari acrilici și obișnuită inerentă obosirii materialelor.

V. *Stomatopatii protetice prin nerespectarea igienei cavității bucale cît și a protezei însăși*.

Privitor la apariția modificărilor patologice la nivelul cavității bucale, ele pot fi:

- *immediate* (ca urmare a unor rebazări directe efectuate cu acrilat autopolimerizabil);
- *tardive* (după o perioadă de la folosirea piesei protetice);
- *foarte tardive* (cînd vor apare primele semne de degradare chimică în intimitatea piesei protetice acrilice).

În ceea ce privește patogenia stomatopatiilor protetice ea este și mai complicată, aceasta datorindu-se faptului că însăși în cadrul grupelor amintite mai sus pot acționa mai mulți factori concomitent. Astfel de exemplu în cadrul grupei I datorită nerespectării raportului polimer-monomer (P M) în timpul preparării pastei acrilice (exces de monomer la care se adaugă și o insuficiență presare a pastei acrilice), proteza polimerizată va prezenta multiple porozități macro- și microscopice. Rezultatul va fi apariția unei stomatopatii protetice cauzată de acțiunea combinată a factorului chimic (iritația provocată de către monomerul rezidual hidrosolubil) cu cel bacteriotoxic datorită dezvoltării în condiții optime la nivelul porozităților a bacteriilor, în special a levurilor de tipul *Candida Albicans* (5).

Cît privește aceste defecțiuni de omogenitate a rășinii acrilice ele pot fi mai exprimate din cauza efectuării unei polimerizări necorespunzătoare, porozități ce pot acționa ca un factor mecanic iritativ asupra mucoasei bucale.

Interacțiuni pot exista și între factorii aparținători a două grupe. Astfel dacă la cei amintiți mai sus, încadrați la grupa I se adaugă o eroare clinică și tehnică (dezechilibru ocluzo-articular ca urmare a unei determinări a relației centrice intermaxilare defectuoase, nedepistată de către medic la proba machetei cu dinți) factori ce aparțin grupei II, desigur că acțiunea repartizării neuniforme a presiunilor masticatorii vor accentua defectul nociv traumatic asupra mucoasei subprotetice, accentuînd stomatopia.

Schematic am putea reprezenta această interacțiune sub diferite forme:

I + II (exemplul menționat mai sus):

I + III

I + IV

I + V

III + IV etc.

Toate aceste observații ne-au determinat să folosim anumite metode și tehnici în cadrul confecționării protezelor mobile, cit și a rebazărilor indirecte cu acrilat autopolimerizabil, în scopul profilaxiei stomatopatiilor protetice. Astfel, metoda personală a confecționării lingurii individuale acrilice cu grosime dirijată (6) în cadrul edentației totale, permite efectuarea unei amprentări funcționale foarte corecte. Pe modele finale se pot executa în continuare baze acrilice din Orthocryl (produs acrilic autopolimerizabil R.F.G.) foarte netede, fără porozități macroscopice și foarte puține microscopice și submicroscopice verificate de noi prin intermediul microscopului în lumină reflectată și cu ajutorul izotopului radioactiv Stronțiu 85 prin metoda autoradiografică (7, 8). Acest rezultat pe care noi l-am obținut se datorește unei prelucrări speciale executate ca și la rebazările indirecte a protezelor (9) în condițiile asocierii presiunii mecanice cu cea atmosferică (2 atm.) prin intermediul unei prese mecanice realizate de noi și a unui poli-clav. Decursul polimerizării se face în mediu apos la temperatură joasă (35 °C).

Un alt procedeu inițiat de noi este cel al stabilizării șabloanelor de ocluzie cu ajutorul produsului siliconat tip Dentaflex (R.S.C.) în cadrul confecționării pieselor protetice mobile și mobilizabile (10), ce permite o determinare corectă a relației centrice intermaxilare excluzînd astfel erorile ocluzo-articulare. În felul acesta se va asigura un cîmp ocluzal montat corect ceea ce va avea repercusiuni favorabile asupra stabilității dinamice a protezelor.

Inițierea metodei rebazării indirecte cu placă dirijată din acrilat autopolimerizabil (11) a contribuit mult la rezolvarea stomatopatiilor cauzate de

instabilitatea protezelor aparținând grupei III, precum și a grupei IV, toți pacienții prezentind după doi ani o mucoasă de aspect normal. Aceleași rezultate favorabile le-am obținut și cu metoda originală pentru confecționarea protezelor totale imediate prin folosirea cimpului ocluzal al protezelor parțiale subtotale (12), aplicând ca material pentru confecționarea bazelor protetice Orthocrylul.

Lipsa reacțiilor de tip iritativ ale mucoasei bucale credem că se datorește faptului că metodele aplicate de noi au putut permite obținerea unor piese protetice cu o stabilitate funcțională foarte bună, netede, fără porozități macroscopice ceea ce a dus implicit la o scădere a florei micotice (13). Datorită prelucrării speciale amintite, monomerul rezidual (componenta hidrosolubilă) a dispărut aproape în totalitate asigurând și în felul acesta o toleranță bună a materialului acrilic autopolimerizabil folosit atât la rebazări, cât și în confecționarea protezelor imediate. Acest lucru ne determină să presupunem că am putut anihila intervenția factorilor traumatici, chimici și o atenuare a celui microbiologic, factori ce se intrică și au un rol preponderent în declanșarea unei stomatopatii protetice.

Cercetările personale efectuate în vederea înlăturării porozităților au demonstrat necesitatea respectării condițiilor optime atât sub raportul preparării pastei acrilice (respectarea raportului P M, folosirea vibrării pentru eliminarea bulelor de aer), cât și a decurgerii polimerizării (lentă la acrilatele termopolimerizabile și la temperatură joasă în condițiile specificate mai sus la acrilatele autopolimerizabile).

Toate aceste reguli asociate la metodele inițiate și aplicate de noi au dus o modestă contribuție în cadrul profilaxiei stomatopatiilor protetice.

Sosit la redacție: 24 februarie 1971.

Bibliografie

1. BAINS M. E. D.: F. dent. Res. (1956), 35, 1, 16; 2. CHIRA IULIA: Stomatita protetică, Contribuții la elucidarea mecanismului etiopatogenetic și aspecte curativoprofilactice ale stomatitei protetice, Teză de doctorat, 1970; 3. DECHAUME M., LAUDENBACH P., PAYEN J., SCHEFFER P.: Presse Méd. (1960), 74, 39, 1995; 4. ELLIS S., PRZYBOROWSKI R.: Dtsche Stomat. (1969), 19, 4, 272; 5. IEREMIA L., KURIATKO T., TINKL SUSANA: Rev. Med. (1969), 2, 176; 6. IEREMIA L., SCULEANU A., TÓTH-PÁLL I.: Metodă originală pentru confecționarea lingurii individuale acrilice autopolimerizate cu grosime dirijată, Comunicare U.S.S.M. Tirgu Mureș, 29 oct. 1970; 7. IEREMIA L., SCULEANU A., KURIATKO T., ADAM L.: Rev. Med. (1970), 3—4, 351; 8. IEREMIA L., TOSZÓ SAROLTA, PUPP A., ZOLTANI M.: Contribuții privind studiul porozității compuşilor macromoleculari acrilici autopolimerizabili cu ajutorul izotopului radioactiv Strontiu 85, Comunicare U.S.S.M. Tirgu Mureș, 26 febr. 1970; 9. IEREMIA L., CSEH Z., BĂRĂSCU L.: Stomatologia (1969), 2, 147; 10. IEREMIA L., SCULEANU A., CSUTAK LENKE: Metodă originală pentru stabilizarea șabloanelor de ocluzie, Comunicare U.S.S.M. Tirgu Mureș, 29 oct. 1970; 11. IEREMIA L., SCULEANU A., TÓTH-PÁLL I.: Rev. Med. (1971), 1, 25; 12. IEREMIA L., SCULEANU A., CSUTAK LENKE: Metodă originală pentru confecționarea protezei totale imediate prin folosirea cimpului ocluzal al unei proteze parțiale subtotale, Comunicare U.S.S.M. Tirgu Mureș, 23 aprilie 1970; 13. IEREMIA L.: Contribuții la aplicarea compuşilor macromoleculari acrilici autopolimerizabili în stomatologia ortopedică, Teză de doctorat, I.M.F. Tirgu Mureș, 1970; 14. LANGER H., PORTELLE K.: Dtsche Zahn-Mund und Kieferheilkunde (1963), 39, 1—2, 21; 15. NIQUIST G.: Acta odontologica Scand. (1952), 2, 9; 16. SMITH D. C.: Brit. Dent. Jour. (1958), 3, 86; 17. STAEGEMANN G.: Dtsche Stomat. (1961), 9—10, 863; 18. UJVÁRY E., ORLIK J., CSÖGÖR L., GUZNER N.: Stomatologia (1963), 2, 103.