

CONTRIBUŢII LA REALIZAREA UNOR OBIECTIVE PROFILACTICE LEGATE DE BAZELE PROTEZELOR TOTALE *

dr. L. Ieremia, dr. Z. Cseh

Cu toate progresele realizate în domeniul profilaxiei şi terapiei afecţiunilor odontogene, a parodontiului marginal, este veridică afirmaţia lui *J. Rouquitt* că „edentaţia totală continuă să fie o infirmitate frecvent întâlnită în practica stomatologiei ortopedice.

Majoritatea autorilor, printre care: *M. Dechaume* (4), *D. C. Smith*, *M. E. D. Bains* (1), *J. Lejoyeux* (8), *K. M. Tucker* (12), *E. Costa* (2), *L. Ene* (5) şi alţii, consideră că responsabilitatea cea mai mare, ce-i revine proteticianului, este aceea de a realiza piese protetice mobile, cu o funcţionalitate optimă, care să corespundă exigenţelor de ordin profilactic, menite să împiedice apariţia stomatopatiilor protetice.

Fără a avea intenţia de a aborda domeniul complex al etiopatogeniei stomatopatiilor protetice, subliniem doar faptul că în urma pierderii în totalitate a dinţilor, mucoperiostul, preluînd rolul de susţinere al parodontiului, se va adapta mai greu faţă de presiunile masticatorii transmise prin baza protezei. Aceasta va determina în situaţiile depăşirii limitei fiziologice apariţia unor efecte nocive la nivelul suportului muco-osos al cîmpului protetic, producînd modificări evidente în defavoarea integrării biologice a piesei protetice.

J. B. Woelfel, *G. C. Paffenbarger*, *W. T. Sweeney* (13), *E. W. Skinner* şi *R. W. Phillips* (10) atrag atenţia asupra importanţei asigurării sinergiei bazei protetice faţă de cîmpul protetic printr-o adaptare cît mai fidelă. Folosind expresia lui *F. D. Moore* (9) — „o restaurare protetică deformată, care exercită presiuni excesive asupra osului subiacent, se poate considera mai degrabă ca o piesă ortodontică, decît una protetică“.

Jores (citată de 8) rezumă influenţa presiunilor asupra substratului osos al cîmpului protetic prin următoarele:

1. presiunea continuă duce la resorbţia osoasă;
2. presiunea discontinuă, separată de intervale de repaos prea scurte, acţionează ca şi cum ar fi continuă;
3. presiunea discontinuă, cu intervale de repaos prelungite, favorizează osteogeneza.

Autorii americani *Atwood*, *Harris*, *Woelfel*, *Yurkstas*, *Brewer* (citaţi de 3) au arătat dificultatea găsirii unui material ideal de bază protetică, care să corespundă tuturor cerinţelor, integrîndu-se perfect în complexitatea morfofuncţională a organismului. Ei consideră că la ora actuală acest material nu a fost încă descoperit.

În acest context, ne-am propus să înfăţişăm în mod succint — pe baza datelor din literatura de specialitate şi a experienţei noastre — în ce con-

*) Lucrare prezentată la şedinţa U.S.S.M., Filiala Mureş, Secţia stomatologie, 28 iunie 1973.

stă importanța asigurării unor obiective de ordin profilactic, legate de executarea unor baze optime, în condițiile materialelor existente.

Aceste obiective le-am clasificat în 3 categorii: tehnologice, funcționale și biologice, întrucipind fiecare mai multe calități.

I. Obiectivul tehnologic

Este deosebit de important, deoarece deseori poate intercondiționa celelalte obiective.

În cadrul acestuia trebuie asigurate următoarele cerințe:

1. Bazele protetice să aibă tensiuni interne minime, pentru a realiza o stabilitate dimensională necesară obținerii sinergiei lor față de cimpurile protetice.

2. Să dispună de o rezistență mare față de solicitările mecanice de tracțiune, torsiune, alungire și lovire în timpul funcționării lor.

Față de aceste prime două cerințe, cercetările noastre comparative, efectuate între bazele protetice din acrilat termopolimerizabil și cele din aliaje de aluminiu turnat, au confirmat superioritatea celor metalice în privința proprietăților fizicomecanice esențiale. Astfel, deși greutatea specifică a aliajelor de aluminiu este foarte apropiată de cea a rășinilor acrilice, valorile de duritate și rezistență mecanică sînt aproximativ de 3 ori mai mari în cazul aliajelor de aluminiu.

3. Bazele protetice să fie rezistente la frecare și abraziune, asigurînd totodată o joncțiune optimă cu dinții artificiali și pretîndu-se facil atît la reparare cît și la recondiționare prin intermediul rebazării.

Dacă în prima parte a cerinței bazele metalice sînt superioare, în privința căptușirii lor cele acrilice sînt mai avantajoase. Experiența noastră în această direcție a reliefat eficacitatea aplicării procedeuului modern de căptușire indirectă cu acrilat autopolimerizabil, prelucrat în condiții speciale (7). În cazul bazelor din aluminiu acest avantaj este inexistent. Menționăm însă, că după mai mulți autori (*Faber, Supplee, Schnur*) se poate constata o staționare a resorbției osoase sub bazele metalice, din care cauză rebazarea lor se indică mult mai rar.

4. Să prezinte rezistență față de procesul de îmbătrînire „precoce” a materialului din care sînt confecționate bazele protetice.

Aceasta se poate realiza prin asigurarea unui înalt grad de polimerizare în cazul rășinilor acrilice termopolimerizate lent, iar la bazele din aluminiu, prin compoziția adecvată a aliajului precum și prin aplicarea procedeelor de eloxare, ce vor împiedica fenomenul de coroziune (6, 3).

5. Bazele protetice să nu prezinte defecțiuni structurale de tipul porozităților macro-, micro- și submicroscopice. În caz contrar, acestea influențează nefast parametrii fizicomecanici, pe de altă parte facilitează absorbția lichidelor ingerate și a mediului salivar, antrenînd cu ele flora microbială și levurile, adesea responsabile în declanșarea sau întreținerea unor stomatopatii protetice.

Cercetările noastre efectuate cu izotopul radioactiv stronțiu 85, au demonstrat imposibilitatea eliminării neomogenităților submicroscopice, dar și posibilitatea obținerii de baze acrilice fără porozități macroscopice și foarte puține microscopice. Aceasta se poate realiza printr-o prelucrare corectă atît a rășinilor acrilice termopolimerizabile, cît și a celor autoreactive.

Studiile metalografice au scos în evidență în această privință superioritatea bazelor turnate din aluminiu, în condițiile respectării unei tehnologii corecte.

II. Obiectivul funcțional

Se referă la capacitatea bazelor de a asigura în condiții cât mai optime atât menținerea, cât și stabilitatea lor pe cimpurile protetice.

Experiența noastră, în special la protezele totale mandibulare, a demonstrat superioritatea aplicării metodelor de amprentare fonetică cu gura deschisă și închisă, cu ajutorul materialelor bucoplastice, folosind drept portamprente linguri individuale acrilice cu grosime marginală dirijată după un procedeu original, prevăzute cu valuri de ocluzie, distanțate neuniform prin foliere pe modelele preliminare. În felul acesta noi am obținut în final macheta viitoarei baze într-o dimensiune verticală fizică restabilă, caracterizată prin:

1. Imprimarea tuturor detaliilor de finețe atât a zonei de sprijin, cât și a celei de retenție.

2. Stabilirea exactă a grosimii marginale, în funcție de situația specifică a fiecărui caz în parte, în ceea ce privește lățimea zonei mucoasei pasive mobile, a fundurilor de sac vestibulare, paralinguale și sublinguale datorită folosirii testelor fonetice.

3. Automodelarea suprafeței lustruite a viitoarei baze permite crearea de către pacientul însuși a paturilor musculaturii oro-linguo-faciale, oferind condiții optime stabilizării active și pasive viitoarelor baze mandibulare.

4. Macheta obținută va prezenta date orientative, privind situarea zonei neutre a tonicității musculaturii interne și externe a mandibulei, conform tonusului caracteristic pacientului, permițând astfel o montare echilibrată, individualizată a cimpului ocluzal.

5. În final se vor obține — printr-o simplă ambalare — baze cu o funcționalitate bună, chiar și în atrofiile mandibulare cele mai avansate, excluzându-se în totalitate modelarea empirică a machetei de către tehnician.

III. Obiectivul biologic

Cerințele pentru satisfacerea acestui obiectiv se referă la integrarea piesei protetice mobile cortical, subcortical și umoral, fără a produce intoleranțe. În acest sens bazele trebuie să întruchieze următoarele deziderate:

1. Să nu fie toxice, alergice sau chiar cancerigene.

2. Să păstreze integritatea țesuturilor dure și moi.

3. Să favorizeze secreția salivară normală, fiind totodată și bune conducătoare termice.

4. Să fie inodore, insipide și să se preteze unei igiene simple.

Toate aceste cerințe sînt în strînsă corelație cu celelalte două obiective menționate mai sus.

În concluzie considerăm că este necesară o ridicare a exigenței atât din partea medicului cât și din partea tehnicianului dentar față de realizarea obiectivelor de ordin tehnologic, funcțional și biologic, deoarece o

neglijare a unei singure cerințe poate să aibă repercusiuni nefaste asupra piesei protetice mobile și să influențeze în mod negativ soarta substratului muco-osos al cîmpului protetic edentat total.

Sosit la redacție: 24 septembrie 1973.

Bibliografie

1. *Bains M. E. D.*: J. Dent. Res. (1956), 31, 1, 161;
 2. *Costa E.*: Pro-pedeutică stomatologică, Ed. Ped. și Did. București, 1968;
 3. *Cseh Z., Tőkés B., Blazsek Agneta, Filep E., Bucur M.*: Rev. Med. (1973), 19, 3, 230;
 4. *Dechaume M., Laudenbach P., Payen J., Scheffer P.*: Presse Méd. (1970), 74, 39, 1995;
 5. *Ene L.*: Amprenta în edentația totală, Ed. Med., București, 1970;
 6. *Ieremia L.*: Contribuții la aplicarea compușilor macromoleculari acrilici autopolimerizabili în stomatologia ortopedică. Teză de doctorat, I.M.F. Tirgu-Mureș, 1970;
 7. *Ieremia L., Cseh Z., Bărăscu L.*: Stomatologia (1969), 16, 2, 147;
 8. *Lejoyeux J.*: Proteza totală. Materiale și tehnici de amprentare, Ed. Med., București, 1967;
 9. *Moore F. D.*: J. Prosth. Dent. (1967), 17, 3, 227;
 10. *Skinner E. W., Phillips S. W.*: Science des matériaux dentaires, Ed. Julien Prélat, Paris, 1971;
 11. *Smith D. C.*: Brit. Dent. J. (1958), 2, 86;
 12. *Tucker M. K.*: J. Prosth. Dent. (1966), 16, 6, 1054;
 13. *Woelfel J. B., Paffenbarger G. C., Sweeney W. T.*: JADA (1961), 62, 6, 643.
-