

## CONTRIBUȚII LA PROTEZAREA TOTALĂ MANDIBULARĂ

dr. L. Ieremia, dr. Z. Cseh

Confecționarea protezelor totale mandibulare constituie față de cele maxilare o problemă deosebită, datorită unor caracteristici clinice specifice, dintre care cele mai semnificative sînt:

1. Prezența unui cîmp protetic deficitar ale cărui formațiuni anatomiche sînt puțin evidențiate, caracterizat printr-un volum redus avînd o zonă de sprijin de 2—8 cm<sup>2</sup> reprezentată doar prin creasta alveolară, față de 16—40 cm<sup>2</sup> la maxilar (extindere ce se datorește prezenței palatului dur).

2. Caracterul nociv al atrofiei ce se dezvoltă mai intens și rapid poate transforma esențial întregul teren biologic de susținere a piesei protetice (chiar și dispariția crestei alveolare), ridicînd rațiuni deosebite de ordin biomecanic precum și sub raportul integrării biologice.

3. Aspectul particular al periferiei cîmpului protetic care este mai mare în contrast cu suprafața de sprijin, reprezentînd totodată mai multe zone funcționale, dar mici ca întindere, față de maxilar, ale căror funduri de sac (în special lingual) își modifică poziția și profilul sub influența contracției unor mușchi dislocatori prin intermediul fibrelor ce se înșiră perpendicular la periferia cîmpului protetic, periclitînd stabilitatea dinamică a protezei.

4. Variabilitatea substratului mucoas ce determină o limită de trecere greu decelabilă vizual între mucoasa fixă, pasiv mobilă și cea mobilă (în special lingual), iar la nivelul zonei de sprijin uneori din cauza unui strat exagerat submucoas, mucoasa va prezenta un grad de reziliență foarte mare, glisînd în sens orizontal pe fondul periostic (creastă balantă) creînd obstacole în protezare.

5. În condițiile cinematicii mandibulare, proteza este supusă acțiunii unor forțe complexe în planuri diferite, necesitând măsuri speciale în vederea asigurării unei funcționalități optime.

6. Existența unor raporturi musculare deosebite față de piesa protectică, atât pe fața vestibulară cât și pe cea orală care pot avea un dublu efect: stabilizator și dislocator.

7. Prezența limbii (inclusiv volumul ei ce poate fi hipertrofiată din cauza absenței îndelungate a protezării) a cărei poziție uneori în stare de repaus (limbă retractată) precum și mișcările de articulare fonetică sau în timpul masticăției pot constitui un impediment în asigurarea unei închideri marginale corecte, la care se mai asociază prezența planșeului bucal dur, ce nu va permite extinderea bazei protetice în zonele funcționale anatomice permisibile.

În contextul arătat mai sus, considerăm că prin intermediul procedurilor clasice de amprentare finală și de executare a bazelor protetice acrilice mandibulare modelate arbitrar de către tehnician în faza de machete, nu se va putea realiza o stabilitate statică și dinamică optimă a pieselor protetice, precum și o integrare a lor în complexul neuro-muscular într-un timp scurt sub raportul asimilării psiho-corticale.

Pentru aceste considerațiuni, protezarea totală mandibulară constituie sub raport aplicativ o problemă deosebită în literatura de specialitate.

În cele ce urmează, vom prezenta rezultatele a două metode originale, privind terapia edentației totale mandibulare cu baze definitive acrilice și metalice automodelate marginal, care se bucură de o eficacitate funcțională optimă, integrându-se cu mai puține dificultăți, sub raport biologic, față de procedeele existente.

Ambele metode se caracterizează prin aplicarea amprentării finale fonetice cu ajutorul materialului bucoplastic, tip Dentiplast, folosindu-se linguri individuale acrilice cu grosime dirijată, conform unei tehnici ce ne aparține, prevăzute cu valuri de ocluzie, port-amprente distanțate neuniform prin foliere pe modelele preliminare. În felul acesta noi am obținut în final o amprentă-machetă a viitoarei baze într-o dimensiune verticală fizică stabilită, caracterizată prin 5 considerațiuni aplicative de mare valoare:

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 pasiv-mobile, a fundurilor de sac vestibulare paralinguale și linguale, datorită testelor fonetice.

3. Automodelarea suprafeței lustruite care permite crearea de către pacientul însuși a paturilor musculaturii lingo-orofaciale, oferind condiții optime stabilizării active și pasive a viitoarelor baze mandibulare.

4. Macheta obținută va prezenta date orientative privind situarea zonei neutre a tonicității musculaturii stabilizatoare interne și externe a mandibulei, specifice pacientului, permițând astfel tehnicianului dentar să efectueze pe baza definitivă o montare echilibrată, individualizată a dinților artificiali, respectându-se bineînțeles principiile generale și regulile speciale în efectuarea acestei operațiuni.

5. Printr-o simplă ambalare a machetei se va putea realiza o bază care va avea o funcționalitate optimă chiar și în atrofia mandibulară cea mai avansată, exclusându-se în totalitate modelarea empirică a machetei de către tehnician, caracteristică procedeeului clasic.

### *Rezultate și discuții*

I. Metodele inițiate permit obținerea unor piese protetice cu un caracter nu numai terapeutic al edentației totale mandibulare, ci și profilactic, în sensul menajării cimpului protetic. Aceasta se datorește realizării unei stabilități statice și dinamice foarte bune, întruchipind totodată principiile fundamentale de conduită tehnică, tehnologică și clinică care trebuie să domine în protezarea totală. Ele se referă la:

a) Asigurarea sinergiei între baza protezei și cimpul protetic obținută printr-o adaptare de mare precizie, folosind tehnologia deosebită a turnării aliajului de aluminiu, baza definitivă fiind automodelată marginal cu rășină acrilică autopolimerizabilă prelucrată în condiții speciale sau cu acrilat termopolimerizabil supus unui regim corect de polimerizare.

b) Extinderea bazei protetice în zonele funcționale anatomice permisibile, în vederea realizării unei suprafețe mărite de sprijin.

c) Imprimarea pe marginile și fața nemucosală a protezei, a inserțiilor și mușchilor stabilizatori ce se vor sprijini pe suprafața lustruită, contribuind astfel la retenția piesei protetice.

d) Determinarea corectă a relației optime intermaxilare, datorită stabilității bazelor definitive automodelate.

e) Realizarea unui cimp ocuzal echilibrat printr-o plasare mai corectă a dinților artificiali în funcție de particularitatea forțelor exercitate de cele două grupe musculare: extern (buccinator și orbicularul buzelor) și intern (mușchii intrinseci și extrinseci ai limbii).

f) Asigurarea integrării biologice corticale, subcorticale și umorale datorită eficacității acțiunii factorilor legați de funcționalitatea optimă a bazelor protetice și a întruchipării principiilor amintite.

II. Piesele protetice oferă o toleranță biologică superioară celor confecționate prin procedeele clasice, datorită nu numai intricării adeziunii (în special a bazelor metalice) cu succiunea, ci și structurii omogene ca urmare a prelucrării speciale tehnologice, evitându-se astfel și efectele nocive asupra cimpului protetic, a multiplelor cauze responsabile îmbătrînirii precoce a bazelor definitive.

III. Procedeele de executare a protezelor totale mandibulare cu baze automodelate nemetalice și metalice deschid o nouă perspectivă a valorificării unei terapii protetice cu caracter biofuncțional.

În încheiere, dorim să menționăm faptul că deși ne aflăm într-o etapă când chirurgia proprotetică încearcă să se impună în rezolvarea situațiilor unor cimpuri protetice precare edentate total prin intermediul implantelor fie subperiostale, endosoase, și chiar transosoase, totuși folosirea avantajoasă a soluțiilor protetice prin executarea bazelor definitive acrilice și metalice automodelate, se pot bucura de o mai mare aplicabilitate în asistența medicală de masă, ne necesitând manopere și aparatură complicată sau materiale costisitoare.

*Sosit la redacție: 22 mai 1976.*