

PRIVIRE CRITICĂ ASUPRA METODELOR ŞI TEHNICILOR DE CĂPTUŞIRE A PROTEZELOR *

dr. I. Ieremia, dr. A. Sculeanu, dr. Z. Cseh

În practica stomatologiei ortopedice operaţiunea rebazării protezelor este frecvent aplicată. Ea constituie un mijloc de recondiţionare a menţinerii pieselor protetice, obţinute în urma refacerii feţelor mucozale a bazelor lor prin adăugarea unui material nou fie nerezilient, fie rezilient.

Rezultate bune se pot obţine numai dacă procedeele sunt executate după indicaţii precise, cunoscându-se totodată şi contraindicaţiile, folosind materialele, metodele şi tehnicile de rebazare cele mai adecvate.

În cadrul clinicii noastre în urma unei experienţe de peste 200 de rebazări efectuate prin metode directe şi indirecte, ne putem permite să facem o analiză critică asupra rezultatelor obţinute, scoţind în evidenţă atât deficienţele cât şi avantajele fiecăreia.

Ca materiale de căptuşit am folosit cele nereziliante (acrilate autopolimerizabile tip Duracryl, Orthocryl şi termopolimerizabile tip Superacryl, Romacryl), iar dintre cele reziliante cauciucul siliconat Simpa.

Metoda directă de căptuşire a protezelor prin intermediul acrilatelor autopolimerizabile cu toate că din punct de vedere tehnic este rapidă şi simplă. Considerăm că nu se mai poate indica, deoarece prezintă multiple dezavantaje. Suocint deficienţele sînt următoarele:

1. În timpul efectuării căptuşirii dacă pasta acrilată este prea fluidă, ea se va scurge pe suprafaţa vestibulară a protezei neformînd corect înălţimea şi grosimea marginilor. În această situaţie controlul este greu de efectuat. Aici trebuie să menţionăm şi posibilitatea apariţiei pericolului refluxării spre faringe a pastei acrilice.

2. În caz de consistenţă nelipicioasă a pastei frecvent pot apărea erori tehnice ca: modificarea dimensiunii verticale prin mărirea ei, cu o neangrenare a dinţilor protezei cu antagonişti, apariţia ocluziei centrale (aceasta dacă proteza nu a fost aplicată în poziţie corectă în ocluzia centrată). În această situaţie rezultatul căptuşirii va fi compromis, corectările fiind foarte dificil de executat (4).

3. Nu se poate asigura o succiune bună mai ales la protezele superioare deoarece închiderea lor distală la nivelul liniei sau a zonei A va fi deficitară.

4. Acţiunea iritativă a materialului de căptuşire asupra mucoasei bucale care, specific răşinilor acrilice cu polimerizare rapidă, conţine un exces de monomer hidrosolubil rezidual.

5. Protezele rebazate vor prezenta porozităţi multiple.

6. Căptuşirea aplicată la protezele parţiale se face dificil, dînd de cele mai multe ori rezultate necorespunzătoare, deoarece scoaterea pieselor protetice din cavitatea bucală va trebui executată înainte de efectuarea prizei acrilatului.

În ultimii 11 ani a luat o extindere mare folosirea materialelor reziliante pentru rebazarea directă atât a protezelor totale, cât şi a celor parţiale. Ele sînt foarte variate şi pot aparţine următoarelor grupe după Roy Storer (6):

A) Cauciucuri naturale (ex. Velum cauciuc, cauciuc natural experimental).

B) Răşini polivinilice:

a) Cloride plastificate cu dibutilftalat şi dioctilftalat (ex. clorura polivinilică).

* Comunicarea prezentată la cea de a VII-a Sesiunea ştiinţifică a cadrelor didactice, I.M.F. Tirgu Mureş, 13 XII 1969.

b) Acetate (ex. Jospi-alb și roșu).

c) Amestec de clorură de polivinil cu acrilat.

C) Copolimeri acrilici (ex. Plastupalat, Neo-Plastupalat).

D) Cauciucuri silicon (ex. D. P. Veldent, Flexibase, Verone, D. P. Silyne)

De câțiva ani, progresele chimiei au permis punerea la punct a unor materiale cu priză lentă, denumite de către autorii francezi H. Soulet, J. Lagarigue, B. Jonior (5) rășini pentru amprente preparatoare, deoarece ele au misiunea de a pregăti mucoasa bucală pentru amprentarea definitivă. (Ex. Hidrocast, Coe-Comfort, Ivoseal). Ele sînt folosite pentru rebazările temporale datorită faptului că prin consistența lor elastică pot provoca transformări tisulare, permițînd o adaptare durabilă între țesuturi și proteză.

Autorii americani B. J. Gonzales, R. W. Laney (1), Kennet M. Tucker (7) denumesc rășinile amintite mai sus materiale reziliante pentru recondiționarea țesuturilor, distingîndu-le net de celelalte materiale reziliante de durată. Privitor la materialele reziliante de durată, avantajul mare în cadrul rebazării protezelor după R. Voss (8) constă în calitatea comportării lor plasto-elastice care se datorește în mare măsură faptului că lanțurile moleculare se pot deplasa unul spre celălalt avînd structură în rețea. Prin faptul că sînt moi ele sînt tolerate ușor de către pacienți, nemaiavînd impresia bazei dure a protezei. Totodată mai prezintă avantajul că din punct de vedere tehnic rebazarea este simplă obținîndu-se rezultate încurajatoare în restabilirea menținerii protezelor.

Efectuînd cîpțușiri directe cu material cauciuc-siliconat tip Simpa, am constatat că pot să apară o serie de deficiențe imediate sau tardive legate fie de tehnica greșit aplicată, fie de însăși natura materialului. Succint dezavantajele sînt următoarele:

1. Nu se poate asigura întodeauna grosimea uniformă a materialului rezilient de cîpțușit. În situația cînd stratul este sub 2 mm el se va rupe în zona respectivă subțiată. Dacă grosimea este mare, se va suprasolicita zona de retenție puțînd să apară în special la nivelul fundurilor de sac vestibulare leziuni traumatice. Totodată această situație creează și un aspect exobucal nefizionomic.

2. Cîpțușirile nu sînt de lungă durată, acestea datorîndu-se:

a) Defecțiunilor de adeziune — separarea cu timpul a materialului moale de rășina acrilică a bazei protezei — care se produc mai repede dacă nu s-a executat bine lăcuirea în vederea cîpțușirii cu materiale cauciuc siliconate. Ex. Simpa.

b) Defecțiunilor de coeziune apărute în intimitatea materialului după R. Storer (6). Ex. la Polivinil-acrilat.

c) Rezistenței foarte slabe la abraziune (copolimerii acrilici ca Plastupalat, Neoplastupalat, cauciucuri siliconate).

3. Deformarea materialului de cîpțușire rezilient apare după un anumit timp datorită stabilității dimensionale relative.

4. Degradarea materialului datorită faptului că nu se poate păstra o igienă corespunzătoare pentru care motiv apare și un gust neplăcut.

5. Reziliența se modifică.

În ceea ce privește metoda indirectă de rebazare a protezelor ea se face prin intermediul acrilatului termopolimerizabil, pe baza unei amprentări funcționale efectuate de către medic, folosind proteza drept port-amprentă. Amprenta este apoi turnată în laborator, în vederea obținerii modelului pe care se vor face operațiunile necesare cîpțușirii. Metoda prezintă marele dezavantaj că se obține de cele mai multe ori o proteză deformată cu o stabilitate compromisă. Aceasta se datorește faptului că prin noua termopolimerizare se vor elibera forțe interne reziduale. De asemenea menționăm faptul că durata lungă a tehnicii este în defavoarea pacientului.

În scopul prelungirii funcționalității protezelor totale vechi am efectuat recondiționarea lor la peste 100 de pacienți prin intermediul unei noi forme a metodei

indirecte de rebazare, aplicată de către autorii americani D. E. Smith, J. L. Lord, Ch. L. Bolender (4). Drept material de căptușire noi am folosit acrilatul autopolimerizabil tip Orthocryl produs R.F.G. aducând contribuții în tehnica rebazării într-o singură ședință — publicație efectuată în 1969 (3). De asemenea într-o comunicare anterioară am descris pe baza experienței noastre în ce constau principiile rebazării (2). Autopolimerizarea s-a făcut în condiții speciale, în apă la temperatura de 35° C și sub presiune de 2 atmosfere, asigurată prin intermediul unui policlav.

În ceea ce privește presarea rășinii acrilice ea s-a executat cu ajutorul unei prese confecționate de noi, asigurând astfel o presiune mecanică continuă. Metoda, aplicată la noi în țară pentru prima dată, s-a bucurat de o largă utilizare în clinica noastră, prezentând avantaje multiple. Succint ele sînt:

1) Prin precizia mare a procedurii se asigură protezelor rebazate o funcționalitate caracterizată printr-o foarte bună menținere pe cîmpurile protetice. La protezele superioare se obține o închidere distală perfectă.

2) Rezultatul rebazării este de lungă durată datorită:

a) Aderenței permanente a materialului de căptușit nerezilient la baza veche acrilică termpolimerizată.

b) Rezistenței mari la abraziune.

c) Posibilității păstrării igienei perfecte a materialului.

d) Nedegradării materialului în timp scurt.

3) Bazele protezelor căptușite sînt netede, nu prezintă porozități, nefiind un mediu propice pentru dezvoltarea în special a *Candidaei Albicans*. Presiunea mecanică a contribuit mult la înlăturarea bulelor de aer din interiorul rășinii acrilice.

4) Lipsa reacțiilor iritative pentru mucoasa bucală.

5) Tehnica este simplă, pornindu-se de la o amprentare funcțională și folosind drept port-amprentă însăși proteza. Spre deosebire de metoda indirectă de căptușire cu acrilat termpolimerizabil, operațiunile de laborator nu necesită supunerea protezei la un nou regim termic, deoarece căptușirea se face cu acrilat autopolimerizabil. Pericolul apariției deformării este astfel total înlăturat.

6) Căptușirea se execută într-un timp scurt (2 — 3 ore).

7) Pacienții primesc cu multă satisfacție protezele rebazate, fiind obișnuiți cu piesele protetice încă înainte de căptușire, neavînd plîngeri de adaptare. Aceasta se datorește în mare măsură și faptului că după rebazare se păstrează aceleași relații intermaxilare atît în sens vertical, cît și în sens orizontal. (Rezultat asigurat de însăși construcția presei).

Ca încheiere considerăm că metoda și tehnica aplicată de noi, privind căptușirea indirectă cu acrilat autopolimerizabil tip Orthocryl a protezelor, dă rezultate foarte bune, care nu pot fi asigurate prin celelalte metode și procedee uzuale, motiv pentru care propunem și considerăm că este posibilă extinderea acestei metode la orice loc de muncă.

Sosit la redacție: 20 decembrie 1969

Bibliografie

1. GONZALES B. J., LANNEY W. R.: J. Pros. Dent. (1966), 16, 3, 438; 2. GUZNER N., IEREMIA L., SCULEANU R.: Principiile rebazării protezelor. Comunicare U.S.S.M., din 11 aprilie 1969; 3. IEREMIA L., CSEH Z., BĂRĂSCU I.: Stomatologia (1969), 2, 147; 4. SMITH D. E., LORD J. L., BOLENDER CH.: J. Pros. Dent. (1967), 18, 2, 103; 5. SOULET H., LAGARIGUE J., JONJOT B.: Rev. D'Odonto-Stomatologie du midi de la France (1966), 2, 102; 6. STORER N.: British Dental Journal (1962), 113, 6, 195; 7. TUCKER M. KENNETH: J. Pros. Dent. (1966), 16, 6, 1054; 8. VOSS R.: S.S.O. (1967), 17, 12, 1133.