

Clinica de stomatologie ortopedică din Tirgu-Mureş (cond.: prof. dr. L. Csögör,  
doctor-docent, medic emerit, membru al Academiei de ştiinţe medicale)

## **METODĂ NOUA**

### **PENTRU ÎMBUNĂTĂŢIREA STABILITĂŢII PROTEZELOR TOTALE INFERIOARE**

dr. L. *Ieremia*, Lenke *Csutak*

Confecţionarea protezelor totale mandibulare constituie faţă de cele maxilare o problemă deosebită, deoarece aceste piese protetice sînt supuse unor forţe complexe în planuri active diferite, pe un cîmp protetic frecvent deficitar, caracterizat prin formaţiuni anatomice retentive pu-

ține și slab dezvoltate. Efectul nociv al atrofiei ce se dezvoltă rapid și mai intens la acest nivel, are drept rezultat reducerea volumului crestei alveolare pînă la dispariția ei, precum și o micșorare a întregii zone de retenție, influențînd totodată nefavorabil atît suportul osos cit și țesuturile de conexare.

În contextul acestei situații considerăm a nu fi exagerată afirmația lui *Landa* că rezolvarea protetică necesită „o experiență considerabilă, imaginație și un bun simț artistic“ (cit. de 4), la care am adăuga și multă răbdare.

Autorii ca *J. R. Castro*, *P. Saizar*, *C. Weissbein* menționau că față de aceste „cazuri dificile“ constatate printr-o minuțioasă examinare clinică, prognosticul stabilității pieselor protetice ce trebuie confecționate este tot atît de greu de enunțat.

Alții ca *R. Ackermann*, *E. Cherchéve*, *Aimé Limoge* (1, 3, 8) sînt de părere că singura cale de rezolvare în situațiile precare este cea a aplicării chirurgiei proprotetice și a implantelor, fie subperiostale sau chiar transosoase, în ultimul timp cele endosoase fiind mai frecvent utilizate datorită rezultatelor care par a fi mai încurajatoare. Cu toate acestea, considerăm că încă la ora actuală stomatologia ortopedică deține și pe mai departe rolul de a acorda o terapie protetică de masă tuturor cazurilor de edentații totale, inclusiv și celor considerate așa-zis „imposibile“ de rezolvat.

În cele ce urmează vom arăta în ce constă inițierea și aplicarea unei metode noi, care poate asigura o bună funcționalitate a protezelor totale inferioare și în condițiile cele mai precare ale unui cîmp protetic.

Punctul de plecare a metodei a fost pe de o parte baza teoretică privind concepția actuală modernă asupra factorilor răspunzători pentru asigurarea menținerii și stabilității protezelor mobile, pe de altă parte experiența multiplelor rebazări indirecte cu acrilat autopolimerizabil efectuate de noi, asigurînd totodată pieselor protetice baze noi cu grosime dirijată (6). În mod succint iată care sînt condițiile cele mai esențiale ce trebuie să le îndeplinească fiecare proteză totală confecționată:

1. *Bază adaptată ireproșabil, avînd capacitatea de a reproduce în mod cit se poate de fidel toate detaliile cîmpului protetic și extinsă în zonele cunoscute anatomice permisibile.* Orice modificări dimensionale, inexactități în adaptarea bazei protezei va avea repercusiuni evident nefaste asupra mucoasei bucale și asupra suportului ei osos (7).

*Regli și Gaskill* (cit. de 9) ajung la concluzia că tocmai această capacitate a bazei de a rezista la deformații constituie un factor important în distribuirea adecvată a presiunilor asupra țesuturilor subiacente plăcii protetice. Aceste efecte distructive (de resorbție accentuată și de dispariție a crestei alveolare) au fost evidențiate prin aplicare pe subiecte vii a radioizotopilor *Fer* cu acțiune de scurtă durată.

*Skinner și Jones* (cit. de 9), *G. Henkel* (5) au demonstrat că bazele termopolimerizate au avut o contracție de 1/3<sup>o</sup> față de cele autopolimerizate, la care contracția de priză este practic neglijabilă.

Pentru toate aceste considerente atît la rebazările efectuate, cit și în cadrul metodei prezente aplicate de noi, am recurs la acrilatul autopolimerizabil tip *Orthocryl* ca material pentru confecționarea bazelor protezelor, acesta dovedindu-se mai bun decît cel termopolimerizabil din punctul de vedere al preciziei adaptării pe cîmpurile protetice. În felul acesta și aspectul asigurării conservării atît a osului maxilar, cit și a țesuturilor

L. IEREMIA, LENKE CSUTAK: METODA NOUĂ PENTRU  
IMBUNĂTĂȚIREA STABILITĂȚII PROTEZELOR TOTALE INFERIOARE



Fig. nr. 1: Amprenta finală auto-modelată pe suprafața lustruită



Fig. nr. 2: Amprenta finală auto-modelată pe fața mucosală



Fig. nr. 3: Baza protezei gata confecționată în ocluzie centrică



Fig. nr. 4: Proteza în faza finală



Fig. nr. 5: Angrenarea celor două proteze



Fig. nr. 6: Pacientul protezat cu gura deschisă,  
prezentând o proteză totală inferioară cu o sta-  
bilitate optimă

de conexare, datorită posibilității repartizării judicioase a forțelor masticatorii, a putut fi rezolvat mai bine.

2. *Imprimarea pe marginile și fața nemucosală a protezei a inserțiilor și a mușchilor orolinguo-faciali* ce se sprijină pe această suprafață lustruită a protezei.

Acest deziderat l-am putut realiza prin metoda noastră, datorită posibilității efectuării unei amprentări finale într-o singură fază, obținând înregistrarea a cât mai multe date legate de funcționalitatea mușchilor amintiți sau dacă folosim expresia lui Lagarigue „un film al acestor țesuturi“ (10).

3. *Cîmp ocluzal corect montat în „zona neutră“, determinat după J. F. Schiesser (cit. de 2) de echilibrul tonicității musculaturii externe și interne* ce acționează favorabil asupra protezei, îmbunătățind foarte mult succiunea, ce deține rolul primordial în asigurarea stabilității funcționale a piesei protetice. El trebuie să respecte desigur și regulile de montare generală a dinților, ca de exemplu: redarea curbei sagitale a lui Spee și cea transversală a lui Monson, a prezenței unităților masticatorii, angrenarea corectă a dinților, supraocluzia moderată, precum și regulile speciale de montare a fiecărui dinte în parte. Corectitudinea acestei operațiuni este în funcție și de felul cum a fost stabilită dimensiunea verticală și determinată relația centrică intermaxilară. Aci este demn de menționat eficacitatea folosirii bazelor acrilice definitive, prezente în cadrul metodei aplicate de noi și a problemei stabilizării șabloanelor de ocluzie în caz că se folosesc cele din placă de bază, în vederea eliminării posibilităților de apariție a erorilor ocluzo-articulare.

4. *Asimilarea psihică rapidă a piesei protetice* va fi în funcție de felul cum au fost asigurate cele 3 condiții menționate mai sus.

Cu cât există o sinergie mai mare între reproducerea fidelă a cîmpului protetic pe o bază automodelată, precum și prezența unui cîmp ocluzal corect montat, cu atît perioada de acomodare a pacientului față de proteza primitivă va fi mai scurtă, eliminînd posibilitatea apariției unor reflexe condiționate negative. Acestea pot apărea frecvent în situația subestimării rolului important al proprioceptorilor și interoceptorilor. parafuncții ce se pot manifesta sub variate forme ca: reacții de vomă, traumatisme ale obrazilor prin mușcare în timpul masticăției sau chiar clănțănitul dinților necauzat de o eroare în stabilirea dimensiunii verticale, la care se mai pot adăuga și tulburări de fonăție.

Toate aceste condiții am căutat să le satisfacem întocmai, considerînd că prin noua metodă aplicată le-am putut realiza.

#### *Descrierea metodei*

— Amprentarea preliminară cu alginat tip Elastic, după ce în prealabil s-a executat o minuțioasă examinare clinică a cîmpului protetic.

— Confecționarea pe modelul preliminar foliat, după un procedeu original, a unei linguri individuale din rășină acrilică autopolimerizată care să aibă grosimea marginală dirijată și să prezinte extinderi convenite conform situației anatomice ce permite efectuarea acestei operațiuni. Totodată portamprenteii i se va asigura o bordură de ocluzie din ceară, care prezintă 2 excizii: una frontală pentru mușchiul orbicular al buzei și alta sagitală pentru mușchiul buccinator.

— Adaptarea lingurii individuale acrilice în cavitatea bucală, precum și determinarea dimensiunii verticale și a relației centrice intermaxilare, după care printr-o ambalare simplă bordura de ceară este transformată într-una din acrilat autopolimerizabil.

— Amprentarea finală și efectuarea automodelării funcționale într-o singură fază prin intermediul materialului bucoplastic tip Dentiplast, reproducind nu numai zona de sprijin, ci concomitent și inserțiile musculare marginale, precum și înșiși mușchii orolinguofaciali în stare de funcționalitate, care vor fi imprimați pe fața nemucosală a lingurii individuale acrilice, atât vestibular cât și lingual. Întreaga operațiune se va face în câteva minute, respectând aplicarea la început a metodei „gurii închise” în ocluzie centrată și apoi a „gurii deschise”, folosind testele uzuale de funcționalizare activă, inclusiv cele fonatorii, combinate cu o modelare pasivă executată de către medic.

— După controlul amprentei finale (fig. nr. 1 și 2) aceasta este ambalată în vederea executării unei baze acrilice, fie termopolimerizată, fie autopolimerizată. Noi am confecționat bazele din Orthocryl, fiind prelucrate în condiții identice ca la rebazarea indirectă (6).

— După o verificare a bazei acrilice (fig. nr. 3), sub raportul dimensiunii verticale și a relației centrice intermaxilare, se trece la operațiunea cunoscută a ghipsării în ocluzor.

— Urmează montarea dinților în „zona neutră”, cu respectarea principiilor generale și speciale ce va asigura un câmp ocluzal corect evident la proba în cavitatea bucală.

— În urma tot a unei ambalări simple, în aceleași condiții expeditiv se obține proteza (fig. nr. 4), ce prezintă o angrenare foarte bună (fig. nr. 5) și o stabilitate tot atât de optimă (fig. nr. 6). Menționăm că sub aspectul prelucrării și finisării, aceste operațiuni sînt foarte reduse în timp.

### Rezultate

1. Metoda permite obținerea unor proteze totale inferioare cu o menținere și stabilitate excelentă, chiar și în situațiile unor câmpuri protetice foarte precare din cauza atrofiilor avansate.

2. Asigurarea celor 4 deziderate: bază cu o adaptare de mare precizie, imprimarea pe marginile și fața nemucosală a protezei a inserțiilor și a mușchilor orolinguofaciali în stare de funcționalitate, câmpul ocluzal corect montat în „zona neutră”, determinată de echilibrul tonicității musculaturii externe și interne și asimilarea rapidă psihică a piesei protetice, care se datoresc amprentării finale ce decurge într-o singură fază.

3. Piesele protetice sînt executate într-un timp scurt, bazele din acrilat autopolimerizabil prezentînd calități deosebite în direcția preciziei în adaptare, fiind totodată foarte netede și fără porozități macroscopice.

4. Toate protezele confecționate prin metoda descrisă au fost primite cu multă satisfacție de către pacienți, care au putut foarte bine să se folosească de ele datorită funcționalității optime în timpul masticăției, rețușările la nivelul câmpului ocluzal prin intermediul șlefuirii selective nefiind aproape de loc necesare în marea majoritate a cazurilor.

*Sosit la redacție: 5 octombrie 1972.*

## *Bibliografie*

1. *Ackermann R.*: Revue française d'odonto stomatologie (1968), 15, 9, 1173;
2. *Binstoc Janeta, Sonnberger Al., Sonnberger Simina*: Stomatologia (1966), 2, 111;
3. *Cherchéve R.*: Revue française d'odonto stomatologie (1968), 15, 9, 1167;
4. *Faber B. L.*: J. Prost. Dent. (1967), 17, 3, 210;
5. *Henkel G.*: Zahntechnik (1961), 3, 116;
6. *Ieremia L., Sculeanu A., Toth-Páll I.*: Rev. Med. (1971), 1, 25;
7. *Ieremia L.*: Rev. Med. (1971), 18, 2, 151;
8. *Limoge Aimé*: Revue française d'odonto stomatologie (1968), 15, 9, 1157;
9. *Moore F. D.*: J. Prost. Dent. (1966), 17, 3, 227;
10. *Soulet H., Lagarigue J., Juniot B.*: Revue d'odonto stomatologie de Midi de la France (1966), 2, 102.