

LIMITELE CERVICALE ALE MICROPROTEZELOR ȘI PROFILAXIA IMBOLNĂVIRILOR PARODONTALE

Nota I. Considerațiuni cu caracter aplicativ privind stabilirea nivelului limitelor cervicale

Venera Mocanu-Bardac, L. Ieremia, P. Iștoc

Restaurările protetice dentare cu caracter conjunct necesită o încadrare riguroasă în armonia morfofuncțională a arcadelor — indispensabilă eficienței lor imediate și de durată în restabilirea masticației, fonației și fizionomiei, dar și în prevenirea unei largi game de tulburări patologice în sfera Ap.D.M.

Printre obiectivele importante care trebuie avute în vedere în cursul instituirii terapiei protetice conjuncte se numără și obținerea unor rapoarte optime între marginile cervicale ale microprotezelor și țesuturile parodontiului de înveliș. Interesul pe care îl suscită studiile întreprinse în acest sens își găsește explicația în numărul mare de îmbolnăviri parodontale tributare iatrogeniei protetice și în ponderea care revine în cadrul acesteia acțiunii iritative directe și indirecte exercitate de limitele cervicale a numeroase proteze unidentare. Se impun: respectarea exigențelor individuale privind stabilirea judicioasă a nivelului limitelor microprotezelor în raport cu gingia liberă, precum și obținerea unei joncțiuni dento-protetice optime (dependentă de: profilul zonei de finisaj, corectitudinea manoperelor clinice și tehnice, materialele, instrumentarul și aparatura cu care se lucrează).

În vederea definirii poziției limitelor cervicale, criteriile de referință sînt: *festonul gingival* (reper clinic a cărui situare în raport cu dintele este instabilă în timp) și *țesutul (țesuturile) dur dentar care concură la realizarea joncțiunii dentoprotetice* (reper anatomic).

I. Ținînd cont de *nivelul* la care sînt situate, se disting:

1. *Limite cervicale supragingivale* realizate fie în imediata apropiere a festonului gingival, fie la distanță de acesta dar nedepășind jumătatea cervicală a coroanei clinice, fie în poziție ocluzală (2).

Avantajele acestei categorii de limite cervicale sînt multiple și importante. Ele pretind un sacrificiu mai redus de substanță dură dentară în cursul preparării dinților (semnificativ pentru protecția organului pulpar și pentru rezistența bontului coronar obținut) și permit menajarea la maximum a țesuturilor parodontale. Controlul vizual direct asupra liniei (zonei) de finisaj oferă posibilitatea ca atît șlefuirea, cît și amprentarea, „citirea“ modelului în laborator, verificarea ajustării microprotezei la colet și evaluarea corectitudinii cimentării ei — să se realizeze în condiții optime.

Limitele cervicale supragingivale sînt, totuși, evitate de practicieni în marea majoritate a cazurilor, atitudine impusă de exigențele privind: fizionomia pacienților (zona frontală și premolară maxilară); profilaxia cariei dentare (mai ales în absența unei igiene bucodentare corespunzătoare și în cazul subiecților cu predispoziție manifestă pentru acest tip

de leziuni coronară); asigurarea unei bune retenții a microprotezelor pe dinții cu înălțime redusă.

2. *Limitele cervicale juxtagingivale* sînt situate la nivelul festonului gingival și constituie, de obicei, o soluție de compromis rezervată subiecților tineri. În aceste cazuri intervenția protetică are un caracter provizoriu, asigurînd o bună protecție inserției epiteliale pînă la protezarea definitivă, fără ca fizionomia să fie grav perturbată. Acest tip de limite cervicale se indică și în cazul dinților „deșosați” la care nivelul gingiei libere este cu puțin sub joncțiunea smalț-cement (1, 6). În toate situațiile amintite este necesară o atentă urmărire în timp a pacienților protezați și instruirea lor temeinică în sensul păstrării unei igiene bucodentare riguroase.

3. *Limitele cervicale subgingivale* pot fi situate în poziție profundă (aproape de inserția epitelială), medie și înaltă (imediat sub nivelul festonului gingival). Ele sînt net preferate de practicieni datorită faptului că asigură o mai bună retenție microprotezelor, evită inconveniențele de ordin fizionomic și previn (dacă sînt corect executate) formarea cariilor de colet, prin izolarea acestuia de placa bacteriană. Sînt însă incriminate în patologia parodontală.

Rouffignac (11) distinge următoarele două categorii de factori prin intermediul cărora se exercită efectul nociv al limitelor cervicale subgingivale:

A. *Factori cu acțiune traumatică de scurtă durată* — legați de traumatismul operator (șlefuirea subgingivală), de amprentare și pregătirile necesare în vederea acesteia (lărgirea pasageră a șanțului gingivodentar prin procedee chimice, mecanice sau combinate), de proba clinică a microprotezei și, în final, de cimentarea ei (1, 2, 10, 11).

Atît literatura de specialitate cît și experiența zilnică demonstrează că microtraumatismele cu acțiune de scurtă durată nu produc leziuni ireversibile la nivelul țesuturilor parodontale dacă acestea sînt sănătoase în momentul acțiunii factorilor agresori — situație care condiționează, de altfel, instituirea tratamentului protetic. (Indici favorabili: gingie de culoare roz-pal, de consistență fermă, aspect granitat de „coajă de portocală”, margine liberă în bizou ascuțit, exudat gingival foarte redus, sîngerare absentă chiar la presiune, șanț gingivodentar puțin profund — 1—2 mm). (2).

B. *Factorii iritativi cu acțiune prelungită*, spre deosebire de cei anterior citați, pot conduce la apariția unor leziuni parodontale grave chiar și în cazul în care țesuturile parodontului de protecție și ale celui de susținere a dinților nu prezintă, inițial, fenomene patologice. Printre agenții traumatici de lungă durată amintim:

a) *Calitatea necorespunzătoare a ajustării cervicale a elementului protetic*. Ea se întîlnește foarte frecvent în cazul coroanelor ștanțate, deseori la coroanele din 2 părți și cele acrilice dar și în cazul altor microproteze atunci cînd în confecționarea lor au intervenit greșeli clinice sau tehnice (4, 5, 8, 9). După Waehraug (citată de Ferran, 2 și de Rouffignac, 11), acțiunea acestui factor s-ar datora mai puțin traumatismului exercitat direct asupra țesutului gingival, cît capacității de reținere și adăpostire a plăcii microbiene.

b) *Influența cimenturilor de fixare* (care oferă mediului bucal o suprafață expusă cervical însumînd cîtiva mm²/dinte). Ele au un rol

iritativ atit prin toxicitatea proprie oxifosfatului de zinc, prin crearea treptată a unor zone de retenție marginală rezultate în urma dizolvării lor în salivă, cit și prin eventuala persistență în șanțul gingivodentar, după cimentare, a unor mici fragmente din materialul de fixare (de unde — importanța controlului riguros clinic și chiar radiografic pentru depistarea și îndepărtarea acestora) (1).

c) *Lipsa biocompatibilității față de materialul din care este executată microproteza.* În acest sens, studii făcute in vitro paralel cu studii clinice au condus la concluzia că aurul fin și ceramica dentară sînt materialele cele mai bine tolerate. Nu provoacă reacții citotoxice nici rășinile acrilice supuse unui regim de polimerizare termică judicios condus. Pe un loc intermediar se situează aliajele de Cr-Co și cele de Cr-Ni („destul de bine tolerate“). În schimb rășinile acrilice autopolimerizabile produc reacții toxice nete, mai ales în prima etapă a stadiului de polimerizare, datorită monomerului în exces (11).

d) *Lustrul deficitar exercită o acțiune nocivă prin favorizarea depunerii plăcii microbiene.* În condițiile unei prelucrări corecte în laborator, cele mai corespunzătoare materiale din acest punct de vedere sînt tot aurul și porțelanul dentar. De remarcat faptul că pînă și aliajele de Cr-Ni bine lustruite s-au dovedit mai puțin apte decît dinții naturali de a acumula sediment bacterian.

e) *Influența iritativă a protezelor conjuncte provizorii* se manifestă în cazurile în care adaptarea cervicală a elementelor lor de agregare este deficitară, situație căreia deseori nu i se acordă importanța cuvenită. Trebuie avute în vedere și: materialul de confecționare, tehnica de lucru (se preferă metoda indirectă), și calitatea lustrului piesei protetice.

f) Este unanim admis faptul că prognosticul terapiei protetice este dependent în mare măsură de placa microbiană (3, 5). Favorizată de factori multipli (dintre care o parte au fost menționați anterior), și de o igienă bucodentară deficitară, ea însăși prezintă un important element local de iritație cronică (3, 9). În acest context, alegerii judicioase, după criterii individualizate, a nivelului și profilului limitelor cervicale ale microprotezelor, li se adaugă (după cum subliniază Ferran și colab., 2) un determinant fundamental al succesului terapeutic, constînd în instruirea fiecărui pacient în sensul însușirii deprinderilor necesare conservării unei igiene convenabile a cavității bucale.

II. *Situarea limitelor cervicale în raport cu natura țesuturilor dure dentare* a fost amplu studiată de Kassiss (cit. de Joniot și colab., 7). Autorul atrage atenția asupra inconvenientelor zonelor de finiițe care interesează în același timp smalțul și dentina sau smalțul și cementul. În aceste cazuri, parcelele de smalț izolate riscă să se detașeze ulterior, compromițînd calitatea joncțiunii dentoprotetice — de unde, interesul practicianului de a prepara zonele de finiițe, ori de cîte ori este posibil, într-un singur țesut, deasupra sau dedesubtul coletului anatomic. Studiile lui Kassiss scot în evidență și faptul că zonele de finiițe ale preparațiilor dentare văzute la microscop se caracterizează întotdeauna prin: *iregularități* (independent de natura țesutului în care au fost realizate) și prin *absența unghiurilor nete* (afirmații confirmate și de propriile noastre investigații). În cazul preparațiilor cu „prag“ cervical, imperfecțiunile unghiului extern antrenează importante deficiențe în ajustajul lucrării protetice unidentare și în etanșeitatea închiderii ei cervicale — motiv

pentru care se indică bizotarea marginii externe a acestui tip de zone de finit \ddot{a} ie \ddot{a} i acoperirea cu metal a suprafe \ddot{t} ei ob \ddot{t} inute.

În încheiere, \ddot{t} inem s \ddot{a} subliniem faptul c \ddot{a} limita cervical \ddot{a} a construc \ddot{t} iilor protetice unidentare se situeaz \ddot{a} într-o regiune extrem de vulnerabil \ddot{a} din punct de vedere parodontal, fiind locul de predilec \ddot{t} ie pentru acumularea pl \ddot{a} cii bacteriene. Aceasta face ca alegerea nivelului s \ddot{a} u exact în raport cu festonul gingival s \ddot{a} constituie o problem \ddot{a} deosebit de delicat \ddot{a} , dat \ddot{a} fiind \ddot{a} i necesitatea satisfacerii unor cerin \ddot{t} e multiple: bioprofilactice, mecanice, tehnice, estetice — cerin \ddot{t} e deseori contradictorii. Numai o analiz \ddot{a} minu \ddot{t} ioas \ddot{a} a situa \ddot{t} iei clinice poate dirija medicul spre adoptarea solu \ddot{t} iei celei mai potrivite într-un caz dat, solu \ddot{t} ie care — a \ddot{s} a cum reiese din cele prezentate anterior — constituie, deseori, un compromis impus de anumite exigen \ddot{t} e individuale prioritare.

Bibliografie

1. Ene L., Ionescu-Pog \ddot{a} ceanu Irina: Leziunile coroanelor dentare \ddot{a} tratamentul lor protetic. Curs litografiat, I.M.F. Bucure \ddot{s} ti, 1979; 2. Ferran P., Geoffrion J., Tarayre J.: Revue d'Odonto-stomatologie du Midi de la France (1983), 41, 1, 17; 3. Gafar M., Andreescu C.: Odontologie \ddot{a} parodontologie. Ed. Didactic \ddot{a} \ddot{a} Pedagogic \ddot{a} , Bucure \ddot{s} ti, 1983; 4. G \ddot{a} ll I., Oltean D., Serb H., Tolea Maria, Vizireanu Mariana: Practica stomatologic \ddot{a} . I — Parodontologie. Ed. Medical \ddot{a} , Bucure \ddot{s} ti, 1977; 5. Harter J. C., Rouffignac M., Bresson Q.: Les Cahiers de Proth \ddot{e} se (1980), 29, 65; 6. Jeanmonod A.: Notions cliniques en proth \ddot{e} se conjointe. Libr. Maloine Ed. S.A., Paris, 1971; 7. Joniot B. J., Verg \ddot{e} J., Guyonnet J., Gr \ddot{e} goire Genevieve, Paloudier G.: Les Cahiers de Proth \ddot{e} se (1981), 9, 35, 53; 8. Mocanu-Bardac Venera, Cseh Z.: Curs de propedeutic \ddot{a} stomatologic \ddot{a} . Microproteze. Curs litografiat, I.M.F. Tirgu-Mure \ddot{s} , 1983; 9. Monea A., Bocskay \ddot{S} t.: Curs de odontologie \ddot{a} parodontologie. Vol. III, Curs litografiat, I.M.F. Tirgu-Mure \ddot{s} , 1978; 10. Roucoules L.: Principes g \ddot{e} n \ddot{e} raux de proth \ddot{e} se dentaire \ddot{a} \ddot{e} l \ddot{e} ments inamovibles. 2-e \ddot{e} dition, Librairie Maloine S.A., Paris, 1969; 11. Rouffignac M., Harter J. C.: Les Cahiers de Proth \ddot{e} se (1980), 29, 43.

Șosit la redac \ddot{t} ie: 27 iunie 1985

Venera Mocanu-Bardac, L. Ieremia, P. Iș \ddot{t} oc

CERVICAL LIMITS OF MICROPROSTHESES AND PROPHYLAXIS OF PARODONTAL INVOLVEMENTS

NOTE I. CONSIDERATIONS WITH APPLICATIVE CHARACTER ON ESTABLISHING THE LEVEL OF CERVICAL LIMITS

Of the multiple aspects of prosthetic iatrogeny reproved in the aetiology of parodontopathies, the authors deal with those connected with the quality of the cervical limits of microprostheses. Based on the bibliography studied and on their own investigations, the practitioners' attention has been drawn on some of the most significant aspects of the prophylaxis of the parodontal involvements connected with establishing, in an individualized manner, the level of the finishing zones of crown preparations (implicitly that of the cervical limits of microprostheses) related to the sheath parodontium and to the nature of hard dental tissues.