

SUPRAPROTEZAREA PRIN SISTEME SPECIALE (CAPSE) PE DINȚII NATURALI, PREZENTARE CAZ CLINIC

OVERDENTURE BY SPECIAL SYSTEM – CLINICAL CASE

As.univ.dr. Alina Gabriela Filipescu¹, drd. Cătălin Dumitrescu¹,
șef lucr.dr. Anca Iuliana Popescu¹, as.univ. Daniela Marinescu²

¹Facultatea Titu Maiorescu, București

²Facultatea de Medicină, Universitatea „Transilvania” din Brașov,

Autor corespondent: Daniela Marinescu, e-mail: danamarinescu26@yahoo.com

Abstract:

Functional deficiencies of the dento-maxillary partial edentulism accompanying steady state and the repercussions on the entire body are numerous. If until now the patient was brought to treatment by failure masticatory, today dominate the clinical picture and aesthetic deficiencies represent overriding the patient presented in the dental office. The most dramatic sign of toothless partial is the modification of cranial mandibulo relations which changing the proportions affecting the face, profile and its symmetry. This phenomenon is very obvious when there is partial edentulism stretched crowding.

Key-words: overdenture, special systems, partial edentulism, staples

1. Introducere

Supraprotezele se realizează după principiile protetice clasice, astfel încât etapele clinice și tehnice pentru obținerea unei supraproteze respectă pașii care trebuiesc făcuți pentru realizarea unei proteze totale.

Diferența dintre o proteză totală și o supraproteză pe capse este reprezentată de încorporarea matricei sistemului de menținere individual în baza protezei [1,3]. Supraprotezele realizate pe dinții naturali au baza protezei intim adaptată la nivelul zonei de sprijin, iar marginile protezei trebuie să ajungă până la periferia câmpului protetic [4, 6], mai exact la nivelul liniei de reflexie a mucoasei pentru a se obține închiderea marginală [6, 8].

2. Abordarea primului caz clinic I

Cazul clinic prezentat este al unui pacient în vârstă de 77 de ani, activ din punct de vedere social, care este nemulțumit de aspectul estetic și de starea sănătății sale orale. În funcție de localizarea și implantarea dinților stâlpi planul de tratament a fost orientat spre alegerea sistemelor de agregare reprezentate de capse.

Cazul de față este un caz simplu protetic, de supraprotezare maxilară agregată prin patru capse Rhein [4, 5] la nivelul lui 1.1, 1.2, 2.1 și 2.3.



Fig.1 Cazul clinic inițial

Se prepară dinții restanți pentru dispozitivele radiculare (fig.2), astfel încât colereta să fie situată cu 1mm deasupra marginii gingivale [2, 4].



Fig. 2 Pregătirea dinților restanți

Amprenta preliminară se ia în lingură universală, cu alginat. În timpul amprentării se insistă pe mișcările de modelare a câmpului protetic periferic.

După îndepărtarea amprenteii din cavitatea bucală se trasează pe aceasta limitele câmpului protetic [8].

În laborator se toarnă modelul de studiu

din ghips dur, pe care se trasează periferia câmpului protetic care reprezintă limitele viitoare lingurii individuale. Se realizează în continuare lingura individuală din acrilat fotopolimerizabil.

Următoarea etapă are loc în cabinet și constă în adaptarea lingurii individuale. Se poziționează dispozitivele cu capse pe rădăcini și se aplică lingura în cavitatea bucală. Caseta lingurii nu trebuie să interfereze cu sistemele de menținere. Se verifică stabilitatea lingurii pe câmpul protetic static, iar amprenta se ia cu elastomer de sinteză, care trebuie să aibă o consistență medie. În timpul amprentei se insistă pe modelarea marginală a acesteia prin mișcări de modelare a periferiei câmpului protetic efectuate de medic și de pacient. După îndepărtarea lingurii din cavitatea bucală dispozitivele rămân în amprentă, iar în laborator se toarnă modelul funcțional în care vor fi fixate dispozitivele radiculare pentru capse.

Se confecționează șabloanele de ocluzie, se înregistrează relațiile intermaxilare și se realizează machetele.

Se realizează proba machetelor în cavitatea bucală (figura 3) și se trece la realizarea supraprotezei în care se incorporează capsele secundare, respectiv matricile capselor.



Fig. 3 Proba machetei

În ședința de aplicare a protezelor se cimentează capsele primare, respectiv dispozitivele radiculare pe dinții stâlpi (figura 4).



Fig. 4 Câmpul protetic după cimentare

În fața mucozală a protezei sunt incorporate capsele secundare, iar în figura 5 se poate observa aspectul final al lucrării protetice



Fig. 5 Aspectul clinic final

Se verifică ocluzia și este recomandabil ca echilibrarea ocluzală să se facă încă din prima ședință de aplicare a protezei în cavitatea bucală.

Pacientul se dispensarizează pentru evaluarea periodică obligatorie a lucrării protetice și a sistemelor de agregare.

2. Abordare caz clinic II

Prezentarea celui de al doilea caz face referință la o pacientă în vârstă de 56 de ani, care s-a prezentat în cabinetul de stomatologie cu o disfuncție majoră, atât estetică cât și funcțională. Aceasta se datora unei edentații termino-fronto, terminale superioare și inferioare neprotezate.



Fig. 1 Cazul clinic inițial

Planul de tratament pentru care a optat în final pacienta a constat în protezarea edentațiilor cu ajutorul a două proteze mobilizabile cu sisteme speciale.

Primul pas a fost tratamentul preprotetic, care, în cazul de față este reprezentat de devitalizarea dinților, obturație de canal și ulterior pregătirea părții radiculare pentru amprentare în vederea confecționării sistemelor speciale.

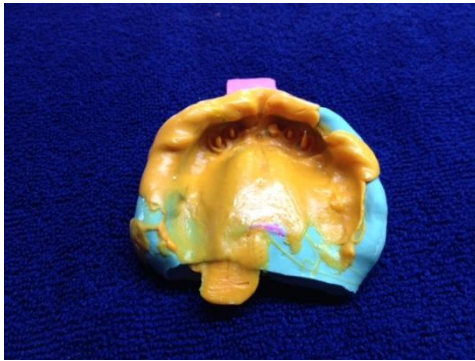


Fig.2 Amprenta câmpului protetic

Pe baza acestei amprente s-a confecționat un model din gips extradur, pe care s-au realizat sistemele speciale, care au fost probate în cavitatea bucală.

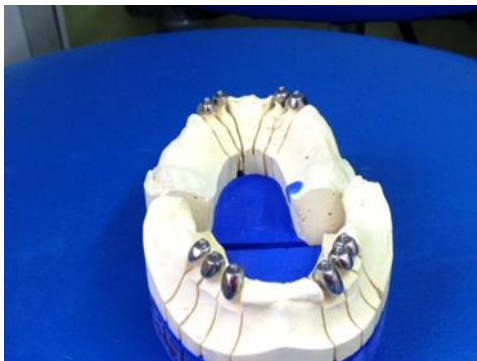


Fig.3 Sistemele speciale pe model

În următoarea ședință clinică, cu ajutorul șabloanelor de ocluzie realizate în laborator s-a determinat dimensiunea verticală de ocluzie și s-au înregistrat relațiile intermaxilare pentru a fi trimise mai departe, în laborator.

Inițial cele două modele funcționale au fost montate în articulator pentru realizarea unei armături metalice cu scopul creșterii rezistenței viitoarei proteze. Această armătură a fost realizată atât pentru câmpul protetic superior cât și pentru cel inferior. Armăturile sunt așezate pe mijlocul crestei și se sprijină pe sistemele speciale.



Fig.4 Armătura metalică pentru proteza inferioară



Fig.5 Armătura metalică pentru proteza superioară

Următoarea etapă de laborator a constat în executarea celor două machete ale viitoarelor proteze, în funcție de poziția tefloanelor la nivelul dinților restanți și de armăturile așezate pe câmpul protetic, iar modelele au fost de data aceasta montate în ocluzor.



Fig.6 Imaginea celor două machete

După proba în cavitatea bucală a celor două machete împreună cu sistemele speciale, acest ansamblu a fost trimis în laborator unde, în urma ambalării s-au obținut protezele finite, care înglobau fiecare câte o armătură.



Fig.7 Cele două proteze la gata, vedere mucozală



Fig.8 Modelul funcțional inferior cu sistemele speciale atașate și proteza inferioară



Fig.9 Cele două proteze la gata, așezate pe modelele funcționale, în ocluzie



Fig.10 Protezele inserate în cavitatea bucală, după cimentarea sistemelor speciale

Pacienta este dispensarizată și a fost chemată a doua zi pentru dezinserarea protezelor și pentru a o instrui în vederea inserției și dezinserției celor două proteze și pentru igienizarea lor.

Concluzii:

Supraprotezarea oferă o serie de avantaje care o recomandă ca metodă de tratament cu un real succes în practica stomatologică. Dintre aceste avantaje se poate menționa: valoarea protetică a câmpului protetic crește prin păstrarea retentivităților anatomice reprezentate de dinți. De asemenea forma creștelor este mai favorabilă datorită prezenței rădăcinilor dentare la nivelul proceselor alveolare. Prin păstrarea acestor resturi radiculare sprijinul protezei rămâne unul mixt, net favorabil sprijinului și menținerii protezei.

Supraprotezarea prezintă pe lângă avantajele menționate mai sus și o serie de dezavantaje, ce trebuie luate în seamă de practician. În primul rând este o tehnică costisitoare datorită folosirii sistemelor speciale,

necesită un grad crescut de igienizare atât a dinților restanți utilizați sub proteză cât și a protezei propriu-zise, deziderat greu de obținut, în special în cazul pacienților în vârstă.

Complicațiile frecvente care se întâlnesc la supraproteze constau în: necesitatea de înlocuire a elementelor retentive ale sistemelor speciale (teflon), căptușiri periodice, fractura dinților acrilici, fractura protezei, ceea ce obligă la o dispensarizare a pacienților obligatorie.

Din practica acumulată se poate spune că acest tip de restaurări au un larg domeniu de aplicare, dar metodele în care constau necesită un înalt profesionalism atât din partea medicului cât și a tehnicianului, dar cu un mare câștig: satisfacția pacientului.

Mulțumiri.

Această lucrare a fost cofinanțată din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Resurselor Umane 2007-2013, numărul proiect POSDRU / CPP107/DMI 1.5/S/77082, "Burse doctorale pentru eco-economie și bio-economică complex de instruire pentru a asigura alimente și siguranța hranei pentru animale și de securitate a ecosistemelor antropice".

Bibliografie:

- [1] Bratu D, Bratu E, Antonie S – Restaurarea edentațiilor parțiale prin proteze mobilizabile, Ed. Medicală, București, 200
- [2] Basker RM, Harison A, Ralph JP, Watson CJ – Overdenture in general dental practice, third edition, 1993
- [3] Hutu E. și colab. – Tehnici curente în protetica dentară. Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1999
- [4] Henderson D, McGivney G, Castleberry D – McCracken's removable partial prosthodontics, C.V. Mosby Co. St. Louis-Toronto-Princeton, 1985
- [5] Ionescu A – Tratatul edentației parțiale cu proteze mobile, Ed. Național, București, 1999
- [6] Ionescu A, Păuna Mihaela – „Sistemele speciale magnetice utilizate pentru menținerea protezelor mobilizabile“, Stomatologia, 1996; nr.1-2, 57-6
- [7] Roth Lajos- Restaurări protetice fixe și combinate, ed. Dental Press Hungary SRL.
- [8] Sandu Simona Andreea, Păuna Mihaela – Protetică Dentară, Ed. CermaPrint, București, 2007