

UTILIZAREA DINȚILOR CU AFECTARE PARODONTALĂ CA STÂLPI AUXILIARI PENTRU SUPRAPROTEZA PARȚIALĂ

The use of teeth affected by periodontosis as auxiliary abutments for partial overdenture

Asist. Univ. Dr. Oana-Cella Andrei¹, Teh. Dent. Bogdan Dobrin²

¹Disciplina de Protezare Parțială Mobilizabilă, Facultatea de Medicină Dentară, UMF „Carol Davila“, București,

²Laborator privat

REZUMAT

Supraprotezarea ca și metodă de tratament prezintă avantaje care au fost luate în considerație mai frecvent privitor la proteza totală. Și totuși, a profita de aceste avantaje în tratamentul cu proteză parțială scheletată aduce o contribuție importantă în obținerea succesului protetic pe termen lung. Dinții cu afectare parodontală și cu pierdere osoasă asociată pot fi utilizați ca dinți stâlpi auxiliari ai protezei parțiale al cărei plan poate fi astfel conceput încât pierderea eventuală a acestora să nu antreneze pierderea protezei.

Cuvinte cheie: supraproteză parțială, dinte stâlp auxiliar, afectare parodontală

ABSTRACT

The advantages of the overdenture treatment have been mentioned more often in complete denture technologies. Yet, considering of these benefits in removable partial denture treatment brings an important contribution in the long-term success of the prosthetic restoration. Teeth that suffer from periodontal disease with concomitant bone loss can be used as auxiliary abutments for the removable partial denture. Its design can be made in such manner that the loss of these auxiliary abutments does not mean the loss of the denture.

Keywords: partial overdenture, auxiliary abutment, periodontal disease

Prezența unui dinte relativ compromis din punct de vedere parodontal și care prezintă un prognostic mult mai rezervat decât ceilalți dinți restanți care pot fi aleși ca dinți stâlpi (Figura 1.) poate fi transformată într-un avantaj biomecanic considerabil pentru proteza parțială scheletată. Factorii care intervin în decizia terapeutică sunt: gradul de afectare parodontală, gradul de mobilitate, gradul de implantare, gradul de înclinare, topografia dintelui și posibilitățile de restaurare (FIGURILE 2, 3, 4).

Gradul de afectare parodontală și gradul de implantare osoasă sunt factori importanți pentru a evalua în ce măsură dintele își poate exercita funcția

de sprijin dento-parodontal dar și dacă se poate pune problema utilizării unui sistem de menținere.

Mobilitatea scade odată cu reducerea coroanei clinice în majoritatea situațiilor, rezultatele fiind vizibile după câteva săptămâni (FIGURA 5).

Topografia acestor dinți este desigur un factor decisiv în includerea lor în planul protezei, decizia de a păstra un molar a cărui extracție ar transforma o breșă laterală într-una terminală fiind destul de evidentă (FIGURILE 6, 7, 8). Dinții care sunt situați în afara liniei arcadelor (vestibularizați sau oralizați) pun probleme de estetică a protezei și de montare a dinților artificiali supraiacenți și trebuie analizați de la caz la caz.

Adresă de corespondență:

Asist. Univ. Dr. Oana-Cella Andrei, Universitatea „Carol Davila“, Calea Plevnei, Nr. 5, București



FIGURA 1. Radiografie panoramică inițială. Situație nefavorabilă protezării din cauza deficitului osos maxilar, morfologiei radiculare și implantării reduse a molarilor maxilari



FIGURA 2. Examenul radiologic decide extracția lui 17 irecuperabil. 18 cu implantare redusă. La examenul clinic 18 prezintă mobilitate grad II



FIGURA 3. 27 cu implantare redusă și mobilitate grad II. Se decide păstrarea lui 18 ca dinte stâlp auxiliar al supraprotezei scheletate maxilare

Înclinarea accentuată consecutivă edentațiilor neprotezate este un factor negativ în decizia de a păstra un dinte ca stâlp pentru supraproteză, deoarece stresul ocluzal se va transmite de la șa la dinte în mod paraaxial, accentuând și mai mult înclinarea.



FIGURA 4. Augmentarea defectului osos consecutiv extracției lui 17 – deficitul de os alveolar impune păstrarea lui 18 ca dinte stâlp auxiliar al supraprotezei



FIGURA 5. Scurtarea coroanei clinice a condus la reducerea mobilității. Includerea lui 18 în supraproteză va conduce la o transmitere axială a forțelor ocluzale prin intermediul dintelui artificial și bazei protezei



FIGURA 6. Păstrarea lui 18 și 27 împiedică înfundarea șeilor terminale, protejează creasta alveolară și creează condiții optime de echilibru biodinamic al supraprotezei scheletate maxilare.

Totuși, reducerea coroanei clinice este un factor favorizant, deoarece scade brațul pârghiei.

Reducerea coroanei clinice, tratamentul endodontic corect, tratamentul parodontal preprotetic și proprotetic și restaurarea funcțională a aparatului



FIGURA 7. Supraproteza scheletată maxilară cu capse și magneți. Eventuala viitoare extracție a lui 18 și 27 nu va modifica aspectul și menținerea protezei



FIGURA 8. Datorită păstrării molarilor, pacienta beneficiază un timp îndelungat de un plus de siguranță și confort în utilizarea protezei



FIGURA 9. 47 și 46 cu mobilitate grad II; 46 cu afectarea furcației. Situația clinico-radiologică determină decizia de a fi păstrați ca dinți stâlpi auxiliari. 47 va fi utilizat și pentru menținere

dento-maxilar per ansamblu sunt factori care îmbunătățesc prognosticul dintelui respectiv și favorizează păstrarea acestuia pe arcadă. Modificarea raportului coroană-rădăcină în favoarea rădăcinii scade efectul de pârghie și are avantaje biomecanice

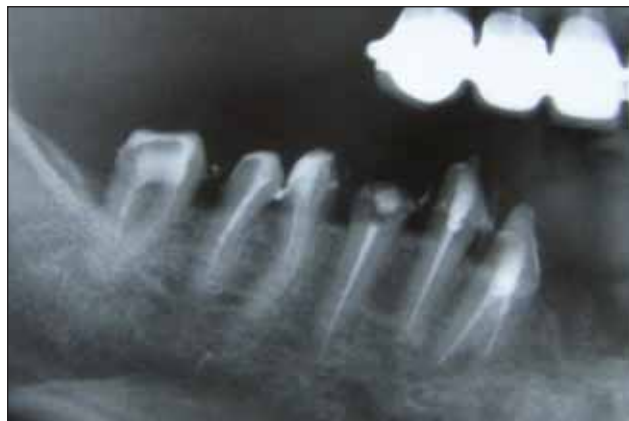


FIGURA 10. Premolarizarea lui 46 urmată de confecționarea a 2 dispozitive corono-radiculare simple tip capă de protecție. 46 va fi utilizat numai pentru sprijin și menținere a crestei

importante. Uneori, numai prin această manevră terapeutică, dintele își poate recăpăta sănătatea parodontală, în funcție de afectarea sau nu a furcației. Dinții cu afectare a furcației necesită, în plus față de retratarea endodontică, și premolarizare, cu sau fără extracția uneia dintre rădăcini (FIGURA 9, 10).

Utilizarea unui astfel de dinte ca stâlp auxiliar pentru proteza scheletată reduce dramatic stresul funcțional transmis crestei alveolare prin suplimentarea



FIGURA 11. Aspect intraoral



FIGURA 12. Supraproteza în cavitatea bucală

sprijinului dento-parodontal (FIGURA 11). Dintele artificial al supraprotezei acționează ca un pinten ocluzal ideal prin care forțele se transmit fiziologic în axul lung al rădăcinii (FIGURA 12). Acest avantaj biomecanic se evidențiază prin faptul că supra-proteza parțială poate, datorită dintelui respectiv, să suporte un stres masticator considerabil mai mare, ceea ce pentru pacient se traduce printr-o eficiență masticatorie crescută și un confort sporit. Sprijinul muco-osos este de asemenea îmbunătățit prin faptul că baza protezei este mai extinsă, trebuind să cuprindă un volum osos mai mare decât în situația în care osul se atrofiază masiv în urma extracției (FIGURA 13). Resorbția osoasă în breșa adiacentă este diminuată prin transmiterea forțelor și la dintele stâlp auxiliar (FIGURA 14).

Stabilizarea protezei beneficiază de pe urma păstrării unui astfel de dinte chiar după reducerea masivă a coroanei clinice, fie și numai prin existența volumului alveolar osos, fără a lua în considerație tipul de sistem special utilizat pentru ancoraj. Menținerea protezei poate fi suplimentată în funcție de tipul de sistem special ales dar aceasta nu trebuie să se bazeze pe dintele respectiv pentru a nu compromite longevitatea tratamentului protetic. Menținerea protezei trebuie concepută astfel încât să nu aibă de suferit în cazul în care acest dinte se pierde.

Păstrarea rădăcinii și implicit a propriocepției parodontale are avantajele unei mai bune coordonări a mișcărilor masticatorii și a unei integrări biologice mai rapide a protezei (FIGURA 15). Toți pacienții care poartă proteze biterminale și care într-unul dintre cadrane prezintă un molar restant ce a fost utilizat ca dinte stâlp auxiliar de supraproteză (FIGURA 16) declară că mestecă mult mai eficient pe partea respectivă; acest lucru este perfect explicabil deoarece șaua care nu este sprijinită se înfundă în timpul masticăției mai mult decât cealaltă. Cu cât mai distal este situat dintele (molarul) stâlp auxiliar de supraproteză, cu atât confortul pacientului crește, odată cu avantajele pentru biodinamica protezei.



FIGURA 13. 46 cu implantare redusă, mobilitate grad I, tratament endodontic necesar a fi reluat, prognostic mai slab



FIGURA 14. Păstrarea lui 46 – acoperit de un dispozitiv corono-radicular cu magnet – ca dinte stâlp auxiliar de supraproteză



FIGURA 15. Supraproteză scheletată mandibulară cu capse și magnet



FIGURA 16. Eventuala extracție a lui 46 nu va modifica aspectul și menținerea protezei

Un factor important în decizia de a păstra sau de a elimina un dinte ca stâlp auxiliar este spațiul vertical disponibil (FIGURA 17). Evaluarea acestuia se poate face și direct în cavitatea bucală, dar este mai corectă pe modelele de studiu și diagnostic montate în ocluzorul de unică folosință în relația intermaxilară de ocluzie inițială. În situația în care spațiul vertical nu este suficient, păstrarea dintelui poate duce la

subțierea protezei în zona supraiacentă cu risc de fractură a acrilatului rămas în strat subțire (FIGURILE 18, 19, 20). Reparația protezei se efectuează în laborator (FIGURA 21). Ulterior, în cavitatea bucală se încearcă redimensionarea spațiului interaradic (FIGURA 21). Spațiul vertical disponibil este de obicei cu atât mai redus cu cât dintele este situat mai distal.

Dinții se pot păstra numai pentru sprijin, situație în care pot fi acoperiți sau nu cu cape de protecție pentru a nu fi afectați de carie. Dinții care nu se acoperă cu cape de protecție se obturează cu amalgam sau compozit fotopolimerizabil. Dacă se utilizează și pentru menținere pe dinte se aplică un dispozitiv corono-radicular care se toarnă împreună cu sistemul special de menținere. Din punctul de vedere al economiei de spațiu vertical dar și al rezistenței dintelui pe termen lung, cel mai potrivit sistem de menținere este cel magnetic (FIGURILE 23, 24).



FIGURA 17. Spațiu vertical insuficient pentru dispozitivul corono-radicular de pe 48 incorect evaluat în cavitatea bucală



FIGURA 18. Poziționarea magnetului la nivelul planului de ocluzie nu asigură o grosime a bazei protezei de 1,5-2mm



FIGURA 19. Subțierea bazei deasupra magnetului reprezintă un risc de fractură



FIGURA 20. Fractura bazei în zona distală cu recuperarea fragmentului



FIGURA 21. Reparația protezei în laborator cu re poziționarea magnetului



FIGURA 22. Spațiu vertical reevaluat prin subțierea bazei protezei antagoniste



FIGURA 23. Spațiu vertical suficient pentru plasarea dispozitivului corono-radicular cu magnet, a bazei și a dintelui artificial

Igienizarea supraprotezei parțiale scheletate este mai migăloasă decât a protezei scheletate simple în sensul că pacientul trebuie să aibă grijă să elimine pelicula alimentară acumulată între fața mucozală și dintele stâlp auxiliar, atât din cavitatea bucală, cât și de pe proteză. Acest aspect nu reprezintă o mare dificultate atâta vreme cât pacientului i-au fost explicate și a înțeles metodele de igienizare. Proteza se spală cu peria specială și săpun, deasupra chiuvetei pe jumătate pline cu apă. Dintele stâlp auxiliar se spală cu o perie de dinți moale și cu pastă; se recomandă și utilizarea dușului bucal.



FIGURA 24. Plasarea magnetului în afara planului de ocluzie din cauza spațiului vertical redus

Avantajele biomecanice, de durabilitate și de confort ale tratamentului justifică pe deplin efortul de igienizare. Pacienții se obișnuiesc mult mai ușor cu supraproteza, mai ales dacă sunt la primul tratament cu proteze mobilizabile. Având condiții mai bune de echilibru funcțional, protezele scheletate funcționează mai eficient și dinții stâlpi principali sunt mai puțin solicitați. Pierderea la un moment dat a dintelui stâlp auxiliar nu atrage după sine pierderea protezei, care se poate căptuși post-extracțional.