

CORECTĂRI PROTETICE ALE AGENEZIEI DE INCISIV LATERAL MAXILAR

ALINA MONICA PICOȘ¹, JEAN FRANÇOIS LASSERRE², ANDREA MARIA KURTINECZ¹

¹Catedra de Protetică Dentară, UMF "Iuliu Hațieganu" Cluj Napoca

²Faculté d'Odontologie, Université Victor Segalen, Bordeaux

Rezumat

Agenezia și nanismul incisivului lateral maxilar sunt relativ frecvente și produc tulburări estetice importante.

Variantele terapeutice moderne de protezare supraimplantară și protezele fixe supradentare concură la soluționarea acestor cazuri: condițiile specifice individuale vor determina modalitatea de rezolvare estetică cea mai potrivită.

Tratamentele ortodontice sunt recomandate pentru pregătirea proprotetică a pacienților cu agenezie care prezintă modificarea dimensională a spațiului edentat; dinamica alertă a omului modern solicită însă, în unele cazuri, rezolvări estetice rapide, pe care metodele restauratorii ale proteticii moderne ni le pun la dispoziție.

Cuvinte cheie: agenezie, proteză parțială fixă, ceramică.

PROSTHETIC REHABILITATION FOR CONGENITALLY MISSING MAXILLARY LATERAL INCISOR

Abstract

Congenitally missing or peg shaped lateral incisor are relatively frequent and determine important aesthetic problems.

Modern treatments as implant-supported crowns or conventional prosthetics they both can resolve this clinical situation: individual conditions will decide the most appropriate option for aesthetic and fonctional rehabilitation.

Orthodontic treatment is usually recommended to be performed for the preparation of the arch in patients with dimensional reduction of the prosthetic space and results are achieved in months. Although dynamics in modern life requires, in some cases, a faster aesthetic rehabilitation and modern prosthetic restauratory methods give us this possibility.

Keywords: ceramics, agenesis, partial fixed prosthesis.

Absența incisivului lateral maxilar determină tulburări funcționale, dintre care modificările funcției estetice deranjează cel mai mult pacientul; variantele terapeutice sunt multiple astăzi și opțiunea se face în funcție de caracteristicile individuale ale cazului clinic.

Agenezia incisivului lateral maxilar are o frecvență de 1,76% și ocupă locul al doilea din punct de vedere al incidenței, după agenezia premolarului doi mandibular [1,2].

În cazul lipsei congenitale a incisivului lateral

maxilar, decizia terapeutică depinde de vârsta pacientului și situația clinică, respectiv complicațiile locale ale edentației. Cel mai frecvent ne confruntăm cu mezializarea caninului permanent care ocupă parțial sau total locul incisivului lateral absent. În acest caz, tratamentul ortodontic reprezintă varianta cea mai indicată de tratament în cadrul căreia, în funcție de dimensiunea spațiului disponibil, se optează fie pentru închiderea breșei, fie pentru distalizarea caninului și obținerea spațiului corespunzător incisivului lateral (fig. 1). Închiderea breșei are, pe lângă dezavantajul estetic și pe cel al pierderii funcției de ghidaj a caninului în mișcările de lateralitate mandibulare.

În situația deschiderii breșei edentate, corectarea protetică a incisivului lateral este preferabil a fi realizată

Articol intrat la redacție în data de: 30.10.2009

Primit sub formă revizuită în data de: 22.11.2009

Acceptat în data de: 09.12.2009

Adresa pentru corespondență: alinapicos@yahoo.com

prin protezare supraimplantară (fig. 2). Folosirea implantelor osteointegrate prezintă numeroase avantaje (estetică, longevitate, conservarea dinților adiacenți) [3]. Există însă și contraindicații ale acestei terapii, legate în primul rând de malpoziția rădăcinilor dinților adiacenți. De aceea, efectuarea unui tratament ortodontic corect este importantă pentru obținerea unui spațiu adecvat inserării implantului [4].

Din punct de vedere a vârstei pacientului, tratamentul implantologic este indicat să se realizeze numai după pubertate, respectiv după încheierea creșterii maxilarelor.



Fig. 1. Tratament ortodontic în vederea creării spațiului pentru I.2. *

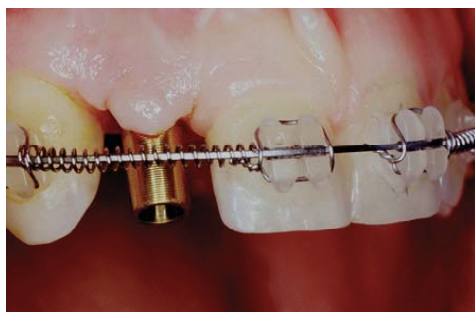


Fig. 2. Aplicarea implantului la nivelul I.2.*

Realizarea lucrărilor protetice cu suport implantar înainte de această vârstă poate avea ca și consecințe în timp apariția unei zone de inocluzie la nivelul lucrării protetice supraimplantare, cât și inflamații cronice ale țesuturilor moi adiacente, deoarece implantul nu are capacitatea de erupție compensatorie și se comportă ca un dinte cu ankiloză [5].

Tratamentul combinat ortodontic și implantologic are cele mai bune rezultate estetice (fig. 3).



Fig. 3. Aspectul final al restaurării protetice supraimplantare*.

O altă variantă de tratament o reprezintă puntea adezivă care poate avea un aspect provizoriu sau de durată. Studiile au demonstrat o rezistență în timp a acestor restaurări de aproximativ 57% la 3,75 ani la preparațiile dentare clasice minim invazive. Rata de supraviețuire poate fi îmbunătățită până la 95% la 10 ani, dacă se realizează sisteme suplimentare de retenție tip pini parapulpari sau șanțuri axiale [6,7] (fig. 4).

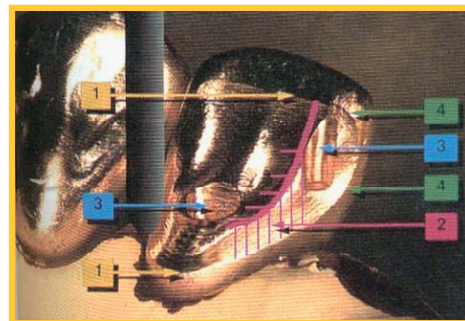


Fig. 4. Pini parapulpari și șanțuri axiale **.



Fig. 5. Punte adezivă cu dinți stâlpi 21, 23.

La acest tip de lucrări protetice asigurarea unei axe unice de inserție condiționează fiabilitatea lucrării. Tratamentele speciale aplicate pe fețele interne metalice, de tip sablare și silanizare, măresc semnificativ calitatea adeziunii lucrării protetice la țesuturile dentare. Dintre tratamentele de sablare cea mai performantă este tehnica Rocatec care asigură atât adeziune mecanică, cât și chimică (fig. 5, 6, 7).



Fig. 6. Puntea adezivă vedere orală.



Fig. 7. Aspectul final al restaurării protetice.

O altă variantă este reprezentată de tratamentul protetic clasic prin proteze parțiale fixe. Acesta este preferat când există o afectare a dinților adiacenți și are avantajul unei durate reduse a tratamentului și a unui preț de cost accesibil. Această variantă este preferată de către pacienții care au o disponibilitate limitată pentru ședințele de tratament [8].

Este și cazul unei paciente în vârstă de 26 ani, profesoară, care a fost diagnosticată cu agenezie de incisiv lateral maxilar drept, mezializarea 1.3 care a luat locul incisivului lateral absent și persistența caninului temporar 5.3 pe arcadă, 2.2 este nanic. Pacienta prezintă o diastemă de 3 mm, și treme dela 1,5 la 3 mm, cu defecte estetice importante, agravate de forma de dățiță a incisivilor centrali. Diastema este întreținută de inserția în vecinătate a frenului labial superior. Din punct de vedere estetic se observă o asimetrie importantă a arcadei maxilare la nivelul zonei frontale (fig.8).

Pacientei i s-a propus, ca primă variantă de tratament, extracția caninului temporar persistent urmată de distalizarea ortodontică a caninului permanent și protezare supraimplantară la nivelul 1.2, variantă pe care nu a acceptat-o.

În această situație i s-a propus planul terapeutic cu o proteză parțială fixă metalo-ceramică cu prag ceramic, cu dinți stâlpi 1.3 și 1.4. Pentru diminuarea diastemei și armonizarea aspectului estetic am aplicat fațete ceramice la nivelul 11, 21, 22, 23. Pacienta a preferat această variantă prefigurată și pe wax-up (fig 9).

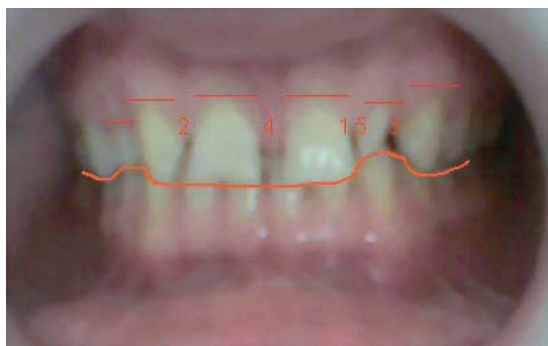


Fig. 8. Situația clinică inițială.



Fig.9. Wax-up.

Tratamentele de pregătire a cazului au constat în extracția caninului temporar persistent și frenoplastie. Preparațiile dentare pentru fațete s-au realizat păstrând limitele în smalț la distanță de joncțiunea amelocementară.

Sacrificiul de țesuturi dentare a fost mai important la nivelul caninului care urma să reproducă morfologia incisivului lateral în cadrul protezei parțiale fixe (fig. 10). Amprenta a fost înregistrată cu un material de tip polivinilsiloxan. Modelele de lucru au fost realizate cu gingioplast în zona bonturilor dentare.



Fig. 10. Preparațiile dentare cu limite precise.

În cadrul etapei de probă a lucrărilor protetice am observat că pacienta nu prezintă surâs gingival, de aceea linia gingivală asimetrică la nivelul 1.3 nu afectează estetica. Diastema a fost micșorată prin fațetare la 0,5 mm (fig. 11).

Fixarea adezivă este recomandat a se realiza în condiții de izolare a câmpului protetic cu diga de cauciuc. Colajul propriu-zis presupune o etapă de condiționare a ceramicii cu acid fluorhidric și o etapă de condiționare a țesuturilor dentare prin gravare cu acid fosforic. Am utilizat un ciment fotopolimerizabil pentru colajul fațetelor și un ciment rășină dual autogravant pentru fixarea protezei parțiale fixe metalo-ceramice.



Fig. 11. Proba lucrărilor protetice.



Fig. 12. Aspectul final al restaurărilor protetice.

Discuții

Cea mai bună opțiune terapeutică la cazul prezentat este, din punct de vedere biologic și estetic, aceea care respectă 1.3 și rezolvă absența lui 1.2 prin proteza fixă unitară metalo-ceramică supraimplantară după distalizarea caninului permanent în spațiul lui 5.3. Soluția protetică aplicată are avantajul unor rezultate spectaculoase în timp redus și răspunde cerințelor pacientei, care a fost mulțumită de rezultatele estetice obținute, prin restabilirea simetriei arcadei în zona frontală maxilară (fig.12).

Concluzii

1. Frecvența ageneziei IL max reprezintă o treime din totalul cazurilor de hipodonție.

2. Problemele funcționale, între care primează afectarea funcției estetice, pe care le generează absența congenitală a IL beneficiază de mai multe variante de tratament.

3. Decizia terapeutică este influențată de vârsta la care este diagnosticată afecțiunea, situația clinică existentă, statutul socio-profesional și disponibilitatea pacientului.

4. Terapia combinată ortodontică și implantologică reprezintă soluția ideală de tratament pentru aceste cazuri.

5. Tratamentul convențional prin proteză parțială fixă oferă pacientului rezultate spectaculoase într-un interval relativ scurt de timp, dar au dezavantajul unui sacrificiu important de țesut dentar și din acest motiv se recomandă cu predilecție atunci când dinții adiacenți breșei sunt afectați.

Bibliografie

- 1 Silverman NE, Ackerman JL. Oligodontia: a study of its prevalence and variation in 4032 children: ASDC J Dent Child 1989; 46: 470-477.
- 2 Prskalo K, Zjaka K, Lauc T et al. The prevalence of lateral incisor hypodontia and canine impaction in Croatian population. Coll Antropol., 2008; 32(4):1105-9.
- 3 Misch CE. Contemporary Implant Dentistry. 2 nd ed. St. Louis, Mo: Mosby; 1999:400.
- 4 Sabri R. Management of missing lateral incisors. Am J Dent Assoc. 1999;130:83.
- 5 Brugnolo E, Mazzocco C, Cordioli G, et al. Clinical and radiographic findings following placement of single-tooth implants in young patients: case reports. Int J Periodontics Restorative Dent. 1996;16:421-433.
- 6 Freilich MA, Meiers JC, Duncan JP, et al. Clinical evaluation of fiber reinforced fixed bridges. J Am Dent Assoc. 2002; 133: 1524- 1534.
- 7 Behr M, Leibrock A, Stich W, et al. Adhesive fixed partial dentures in anterior and posterior areas: results of an on-going prospective study begun in 1985. Clin Oral Investig. 1998;2:31-35.
- 8 Valderhaug J, Ellingsen JE, Jokstad A. Oral hygiene, periodontal conditions and carious lesions in patients treated with dental bridges: a 15-year clinical and radiographic follow-up study. J Clin Periodontol. 1993; 20:482-489.

*Jean Francois Lasserre

** Alain Brabant, Les clés du succès des bridges collés: indication et forme de contour, Revue d'Odonto stomatologie 1995; vol 24, nr 6; 489-497.