

# MORBIDITATEA MALOCLUZIILOR ÎN PLAN TRANSVERSAL ASOCIATE CU HIPODONȚII

Oleg Solomon,  
dr.în med., conferențiar  
universitar

Catedra Stomatologie  
Ortopedică „Ilarion  
Postolachi“ USMF  
„Nicolae Testemițanu“

## Rezumat

În această lucrare au fost descrise anomaliile în plan transversal, provocate de anomaliile de erupție a dinților, cum este hipodonția. Au fost elucidați factorii genetici, reprezentați prin hipodonție în diferite țări. S-au analizat formele clinice de anodonție, localizarea și întinderea anomaliei.

Toate tipurile de anodonție se bazează pe un principiu general de tratament. Totuși, în fiecare caz aparte, conduita terapeutică diferă, metodele fiind elucidate în text.

A fost studiat un lot de pacienți, repartizați pe grupuri de vârstă și s-a depistat incidența între anomaliile în plan transversal, asociate cu hipodonții.

**Cuvinte-cheie:** hipodonție, anodonție în diagonală, extracție de echilibru, cheie de ocluzie, dentiție permanentă, anomalii pe transversală.

## Summary

### MALOCCLUSION MORBIDITY TRANSVERSELY ASSOCIATED WITH HIPODONTIA

In this work has been described abnormalities in the transverse plane due to the malfunctioning of the eruption of the teeth, as hipodontia. Been elucidated genetic factors represented by hipodontia in different countries. We analyzed clinical forms of Anodontia, location and extent of the anomaly.

All types of anodontia is based on the general principle of treatment. However, in each case, the conduct of different therapeutic methods are elucidated in the text.

It was studied a group of patients, divided by age group and were found relations between the incidence of abnormalities in the transverse plane associated with hipodontia.

**Key words:** hipodontia, anodontia in diagonal plan, extraction with equilibrium, key of occlusion, permanent dentition, abnormalities on the cross.

## Introducere

Anomaliile de dezvoltare a maxilarelor în plan transversal pot fi de multe ori asociate cu diferite anomalii de număr și de poziție a dinților ce duc la reorganizarea erupțiilor dentare prin dereglarea fazelor de formare a ocluziei și a complexului dento-alveolar.

Factorul filogenetic constă în reducerea dimensională a arcadelor alveolare și este mai rapidă decât în cazul volumului dentar, ceea ce poate determina apariția incongruențelor dentoalveolare cu înghesuire.

Factorul genetic are și el un rol important, existând cazuri de preluare a maxilarelor, de exemplu, de la un părinte, iar a dinților de la celălalt; prin asociere și transfer la copil creînd incongruențe, cu modificări ocluzale.

Factorul fologenetic reprezentat prin malocluzii pe transversală, variază în funcție de vîrstă și de grupul populațional investigat. Astfel, Garliner semnală că în perioada 5-15 ani anomalia e prezentă în proporție de 3%, în timp ce Told, Foster și Day găsesc că anomalia între 11 și 12 ani interesează populațiile studiate în proporție de 18 și 27%. Hotz conchide că în denția temporară 5 % din copii sunt afectați de sindromul de compresiune, iar din aceștia 1% prezintă formă gravă.

În tulburările de erupție a dinților și anume absența lor congenitală întilnim cazuri de hipodonție și oligodonție ce provoacă dizarmonii ocluzale.

Hipodonția este o anomalie de număr congenitală de dezvoltare a folicolului dentar în perioada intrauterină și este descrisă de diferiți autori prin neerupția dinților permanenți.

Sunt descrise mai multe ipoteze cu privire la etiologia hipodonției, dar o viziune mai clară folosită pe baza genetic descrisă de (Fleischmannova — 2008) prin depistare codului de gene Homeobox pentru a specifica transcrieri de factori, care reglementează gene țintă. Studiile au sugerat ca mutații ale genelor homeobox MSX1 și Pax9, care interacționează în timpul de odontogeneză, sunt asociate cu un dinte agenezie la soareci și poate fi asociată cu hipodonția la om.

**Tablul 1**

Factorul genetic reprezentat prin Hipodonție în diferite regiuni

	BARBAȚI	FEMEI	RAPORTUL
Europa	4.6 %	6.3%	1:1.4
America de Nord	3.2%	4.6%	1:1.4
Arabia Saudită	2.7%	2.2%	1:0.8
China	6.1%	7.7%	1:1.3

### Teoria reducăției terminale:

1. Trecerea de la biradiculație la monoradiculație și reducerea dimensiunii obiect al dispariției rezultat în urma procesului de evoluție filogenetică.
2. Variabilitatea de poziție, labilitatea morfologică și volumetrică.
3. Incorporarea parțială a dintelui causal de către dintele ce se află în vecinătatea sa.
4. Incorporarea totală a dintelui, asociat cu dispariția lui.

În procesul în care se modifică din punct de vedere filogenetic formula dentară, sunt interesați ultimii dinți din fiecare grup, *incisivii laterali, premolarul doi, molarul de minte*, ce reduc volumul arcadei dentare.



**Fig. 1** Dereglari de ocluzie în plan transversal asociate cu hipodonție și transpoziție dentară

Frecvența și procentajului de hipodonție în ceea ce privește numărul de dinți lipsă în ambele sexe combinate au arătat că la 50,0% dintre pacienții cu hipodonție lipsea un dinte, la 36,0% lipsesc doi, la 7,0% lipsesc trei, la 3,2% lipsesc patru, la 2,9% lipsesc cinci, iar la 0,9% lipsesc mai mult de șase dinți (Tablul 2).

Din totalul probelor studiate, trei pacienți (0,098%) s-au dovedit a duce lipsă de șase sau mai mulți dinți, în conformitate cu oligodonția.

**Tablul 2**

Frecvența și procentajul hipodonției în fiecare grup de dinți

	Numărul dinților lipsiți						Total
	1	2	3	4	5	≥6	
Frecvența	172	124	24	11	10	3	344
Procent	50.0	36.0	7.0	3.2	2.9	0.9	100.0

### Scopul

Evaluare morbidității malocluziilor în plan transversal asociate cu hipodonții pentru elaborarea unui algoritm de depistare precoce.

Multitudinea factorilor cauzali și complexitatea lor, prin acțiunea lor concentrată și cumulativă determină tulburări de creștere dimensională, direcțională și de ritm la nivelul maxilarelor, ajungându-se astfel la disproporții dimensionale maxilare și mandibulare. Hipodonția simetrică ar fi expresia unei reduceri filogenetice a formulei dentare, fiind interesați dinții de sfârșit de serie (molarul de minte, premolarul secund, incisivul lateral superior).

Din punct de vedere etiopatogenic, cu cât numărul de dinți absenți este mai mare, cu atât prezintă mai multe elemente comune cu anodonția totală. Astfel, ca etiologie întâlnim, de cele mai multe ori: factori genetici, boli de sistem (displazia ectodermială, disostoza cleido-craniană); boli infecto-contagioase cronice (sifilis congenital), irradiații, intoxicații etc, care pot leza mugurii dentari în faza de proliferare.

Aspectele clinice și soluțiile terapeutice sunt în raport cu forma clinică de anodonție, cu localizarea și întinderea anomaliilor.

În literatura de specialitate, cazurile de anodonție parțială, mai ales cele cu număr redus de dinți, sunt mai numeroase.

Hipodonția în dentiția temporară este mai puțin observată fără date de diagnostic. Manifestările clinice sunt de importanță mai mică și, de obicei, nu necesită tratament. Sunt interesați, mai ales, incisivii laterali superiori, incisivii centrali și incisivii laterali inferiori. În unele cazuri, agenezia dinților temporari este urmată de agenezia dinților definitivii corespondenți.

Hipodonția dinților definitivii este, de obicei, unidentară (în raport cu hemiarcada) și interesează, mai ales, dinții de sfârșit de serie (molarul de minte, incisivul lateral superior, incisivul central inferior, premolarul secund).

*Anodonția de incisiv lateral superior* este, de cele mai multe ori, asimetrică. În unele cazuri se poate asocia anodonția unui incisiv lateral cu dinamismul dintelui omolog, de partea opusă. Anodonția de incisiv lateral superior, când este simetrică, se însoțește de un deficit de dezvoltare a arcadei alveolare în zona respectivă (retroalveolie) și de rapoarte de ocluzie inversă frontală.

În *anodonția incisivului central inferior*, prin lipsa a doi dinți alăturați, rezultă o breșă mare, similară cu cea din edentație (legată de absența creșterii în zonă).

O situație aparte o prezintă *anodonția de premolar secund*, când anomalia interesează o hemiarcadă la maxilar și hemiarcada opusă la mandibulă, așa nu-

mita „anodonție în diagonală“ care pune probleme de tratament, datorită numărului inegal de dinți pe arcele antagoniste.

Principiul general valabil în tratamentul anodonției parțiale reduse constă în închiderea spațiului cu ajutorul dinților situați distal breșei. Acest lucru presupune diagnosticarea precoce a anodonției, extracția dintelui temporar care nu are corespondent permanent. În acest fel se produce migrarea intramaxilară a mugurilor dentari situați distal anodonției și erupția lor în poziție mezială, rezultând o arcadă dentară scurtată dar continuă, închiderile de breșă sunt favorabile dacă relația de ocluzie este de clasa I-a Angle.

Dacă anodonția de incisiv lateral superior este depistată tardiv, urmărim, în funcție de situația clinică, fie deplasarea breșei cât mai distal (din considerente fizionomice), fie menținerea spațiului, în vederea restaurării protetice ulterioare.

În cazul ageneziei de premolar secund conduita terapeutică diferă de la autor la autor. Unii susțin menținerea molarului temporar pe arcadă, persistența lui fiind de lungă durată în timp (la vârsta adultă) permițând astfel protezarea lui fără probleme. Alți autori preconizează extracția molarului secund temporar, cu închiderea breșei, evitându-se astfel pericolul reincluziei și anchilozei dintelui pe arcadă. Uneori, anodonția de pe o arcadă poate face necesară extracția unui dinte definitiv de pe arcada antagonistă pentru a putea realiza ulterior, prin aparate ortodontice, un echilibru interarcadic funcțional.

În agenezia de incisiv central inferior, dacă diagnosticul se pune tardiv, este indicată păstrarea incisivului temporar cât mai mult posibil, având în vedere dificultățile tehnice de restaurare protetică în zona incisivă inferioară.

În anodonția de molar de minte se practică extracția de echilibru în arcade. Absența molarului de minte poate fi benefică în cazurile de dizarmonie dento-maxilară cu înghesuire. Lipsa molarului de minte într-un cadran impune extracția de echilibru în celelalte cadrane.

Ocluzia este modificată în raport cu sediul hipodonției și numărul de dinți absenți. Când lipsesc unul sau mai mulți dinți pe ambele arcade se poate observa fie o ocluzie intercalată fie o ocluzie cu rapoarte cuspidiene cap la cap, în sens vertical, ocluzia este adâncă din cauza lipsei dinților antagoniști din zonele de sprijin formând malocluzii pe transversală. În cazul în care anodonția este mai extinsă la nivelul maxilarului, găsim ocluzia inversă frontală iar când anodonția este mai extinsă la nivelul mandibulei, retrognația mandibulară antrenează o ocluzie distalizată.

Ortopantomografiile efectuate în perioada copilăriei și a adolescenței arată că dezvoltarea maxilarelor va rămâne, în esență, normală. Crestele alveolare sunt foarte reduse, în special la arcada mandibulară, unde dinții sunt de regulă simetrici, deseori sunt limitate la o zonă fibroasă îngustă.

Anodonția interesează de obicei ambele arcade dar sunt situații în care se asociază anodonția totală la un maxilar (de obicei mandibula) și anodonția sub-

totală la celălalt maxilar. În anodonția subtotală dinții existenți sunt, de regulă simetrici, uneori reduși de volum și atipici ca formă.

Sunt afectate grav toate funcțiile aparatului dento-maxilar. Modificările faciale sunt caracteristice copilul având un aspect bătrânicos: etajul inferior al feței este micșorat, mentonul este retras, șanțul labio-mentonier este accentuat, buza inferioară este răsfântă.

Indiferent de clasificările dinților lipsă care se vor folosi pentru studiul acestor tipuri de anomalii dento-maxilare, ele îmbracă aceleași caracteristici: este perturbată creșterea arcadelor dento-maxilare față de planul medio-sagital, în sensul reducerii sau creșterii (mai rar) a diametrelor transversale ale arcadelor. Deficitul transversal de dezvoltare poate fi compensat, în plan sagital, dento-alveolar, prin protruzia, retruzia sau înghesuirea dinților frontali, cu sau fără poziționarea retrognată a mandibulei, în ocluzie distalizată. Sunt incluse în această categorie de anomalii și cele privind relația mandibulei față de planurile medio-sagitale (faciale, dento-alveolare): laterodeviația mandibulară (tulburare funcțională) și laterognația mandibulară (tulburare morfologică).

Caracteristic anomaliilor dento-maxilare în plan transversal asociate cu hipodonții pot fi agravare în timp și transformarea unei forme clinice într-o altă formă clinică mai severă, de unde și necesitatea depistării precoce a acestora.

### **Materiale și metode**

Anomaliile de ocluzie în plan transversal au fost împărțite în loturi după vîrste și după procesele de îngustare a maxilarelor. Lotul de pacienți 11-12 ani, unde deja este stabilită dentația permanentă și cheia de ocluzie în unele cazuri numai la molarul prim-permanent, iar la altele cazuri molar-canin permanenți. La lotul de vîrsta 13-15 pacienții s-au examinat cu o cheie de ocluzie instabilă cu dereglări estetice cu o adresabilitate mai mare a genului feminin decît masculin. Lotul de pacienți ce cuprind vîrsta 16 -18 ani sunt acei pacienți la care anomaliile pe transversală sunt deja semnificative. Loturile de pacienți descrise mai sus sunt copiii ce s-au adresat împreună cu părinții. Lotul de pacienți de la vîrsta de 19-40 sunt cei care sau adresat cu o cheie de ocluzie dereglată a maxilarelor și cu obiective de dereglări estetice.

La toți pacienții a fost efectuat un examen biometric cu modele de studiu la nivel de maxilare și la nivel de indici premolari superiori și inferiori, la nivel de molari superiori și inferiori. Pacienții cu anomalii pe transversală au fost împărțiți pe grupe cu îngustare a maxilarelor ușoară, medie, gravă și foarte gravă.

Distribuția pacienților cu hipodonție la maxilarul superior constituie 63 pacienți și maxilarul inferior 51 pacienți, loturile de pacienți sau împărțit după nivelul dinților lipsă.

Semnificația studiului este depistarea incidenței între anomaliile în plan transversal asociate cu hipodonții unde distribuția cazurilor depistate depinde de indicii de dezvoltare a maxilarelor și topografia edentațiilor provocate de hipodonție.

Tabelul 3 Îngustare ușoară

Efect	Nivel	Vîrsta 11-12 ani (24 pacienți: 14F,10M)				Vîrsta 13-15 ani (21 pacienți: 16F, 5M)				Vîrsta 16-18 ani (23 pacienți:13F,10M )				t-Student		
		F	M	total	%±ES	F	M	total	%±ES	F	M	total	%±ES	t <sub>12</sub>	t <sub>23</sub>	t <sub>13</sub>
Îngustare ușoară	IP	5	3	8	20,51±3,53	4	2	6	23,08±3,68	3	2	5	16,67±3,26	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	IM	6	4	10	25,64±3,82	4	4	8	30,77±4,03	7	3	10	33,33±4,12	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	ip	9	5	14	35,90±4,19	4	3	7	26,92±3,88	3	4	7	23,33±3,70	p>0,05	p>0,05	p<0,05
	im	4	3	7	17,95±3,35	3	2	5	19,23±3,44	6	2	8	26,67±3,86	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	Total cazuri	39				26				30						

Sursa: Elaborată de autor.

□ — lipsa semnificației statistice, ■ — diferență statistică nesemnificativă, ■ — diferență statistic semnificativă

Tabelul 4 Îngustare medie

Efect	Nivel	Vîrsta 11-12 ani (24 pacienți: 14F,10M)				Vîrsta 13-15 ani (21 pacienți: 16F, 5M)				Vîrsta 16-18 ani (23 pacienți:13F,10M )				t-Student		
		F	M	total	%±ES	F	M	total	%±ES	F	M	total	%±ES	t <sub>12</sub>	t <sub>23</sub>	t <sub>13</sub>
Îngustare medie	IP	8	6	14	42,42±4,61	5	3	8	23,53±3,96	5	4	9	31,03±4,31	p<0,05	p>0,05	p>0,05
	IM	4	4	8	24,24±4,00	5	2	7	20,59±3,77	4	3	7	24,14±3,99	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	ip	2	0	2	6,06±2,23	6	5	11	32,35±4,36	5	2	7	24,14±3,99	p<0,01	p>0,05	p<0,01
	im	4	5	9	27,27±4,15	5	3	8	23,53±3,96	3	3	6	20,69±3,78	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	Total cazuri	33				34				29						

Sursa: Elaborată de autor.

□ — lipsa semnificației statistice, ■ — diferență statistică nesemnificativă, ■ — diferență statistic semnificativă

Tabelul 5 Îngustare gravă

Efect	Nivel	Vîrsta 11-12 ani (24 pacienți: 14F,10M)				Vîrsta 13-15 ani (21 pacienți: 16F, 5M)				Vîrsta 16-18 ani (23 pacienți:13F,10M )				t-Student		
		F	M	total	%±ES	F	M	total	%±ES	F	M	total	%±ES	t <sub>12</sub>	t <sub>23</sub>	t <sub>13</sub>
Îngustare gravă	IP	4	0	4	28,57±4,82	4	2	6	33,33±5,03	2	0	2	18,18±4,11	p>0,05	p<0,01	p>0,05
	IM	2	2	4	28,57±4,82	3	1	5	27,78±4,77	1	1	2	18,18±4,11	p>0,05	p>0,05	p>0,05
	ip	3	1	4	28,57±4,82	1	0	1	5,56±2,44	3	2	4	36,36±5,13	p<0,01	p<0,01	p>0,05
	im	1	1	2	14,29±3,73	4	2	6	33,33±5,03	2	1	3	27,27±4,75	p<0,05	p>0,05	p<0,05
	Total cazuri	14				18				11						

Sursa: Elaborată de autor.

□ — lipsa semnificației statistice, ■ — diferență statistică nesemnificativă, ■ — diferență statistic semnificativă

Tabelul 6 Îngustare foarte gravă

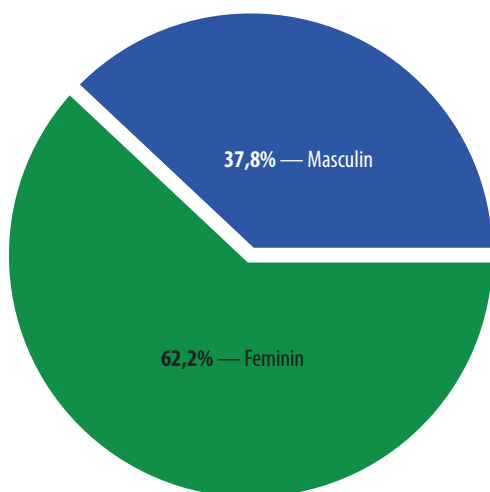
Efect	Nivel	Vîrsta 11-12 ani (24 pacienți: 14F,10M)				Vîrsta 13-15 ani (21 pacienți: 16F, 5M)				Vîrsta 16-18 ani (23 pacienți:13F,10M )				t-Student		
		F	M	total	%±ES	F	M	total	%±ES	F	M	total	%±ES	t <sub>12</sub>	t <sub>23</sub>	t <sub>13</sub>
Îngustare f. gravă	IP	1	0	1	25,00±4,62	1	0	1	33,33±5,03	3	1	4	50,00±5,33	p>0,05	p<0,05	p>0,05
	IM	0	0	-	-	1	0	1	33,33±5,03	1	1	2	25,00±4,62	p<0,01	p>0,05	-
	ip	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-	-	-	-
	im	2	1	3	75,00±4,62	0	1	1	33,33±5,03	2	0	2	25,00±4,62	p<0,01	p>0,05	p<0,01
	Total cazuri	5				3				8						

Sursa: Elaborată de autor.

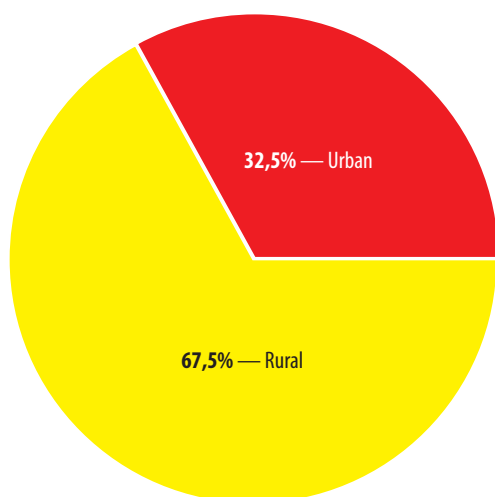
□ — lipsa semnificației statistice, ■ — diferență statistică nesemnificativă, ■ — diferență statistic semnificativă

Tabelul 7 ÎngAnomalii la vîrsta de 19-40 ani (64 pacienți)

Vîrsta	Nivel	Îngustare ușoară				Îngustare medie				Îngustare gravă				Îngustare foarte gravă		
		F	M	total	%±ES	F	M	total	%±ES	F	M	total	%±ES	F	M	total
Vîrsta 19-40 ani	IP	17	13	30	37,04±4,22	1	0	12	33,33±4,4	3	1	14	31,82±4,97	1	0	1
	IM	11	8	19	23,46±3,7	1	0	11	30,56±4,3	1	1	12	27,27±4,75	0	0	0
	ip	8	6	14	17,28±3,3	0	0	9	25,00±4,04	0	0	8	18,18±4,11	1	0	1
	im	9	9	18	22,22±3,63	0	1	4	11,11±2,93	2	0	10	22,73±4,47	0	0	0
	Total cazuri	81				36				44				2		



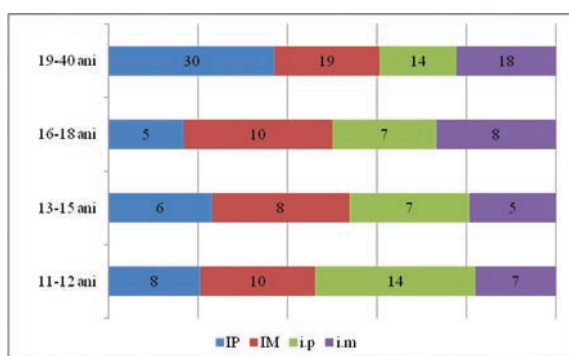
**Fig. 2** Repartizarea pacienților în funcție de gen



**Fig. 3** Repartizarea pacienților în funcție de mediu

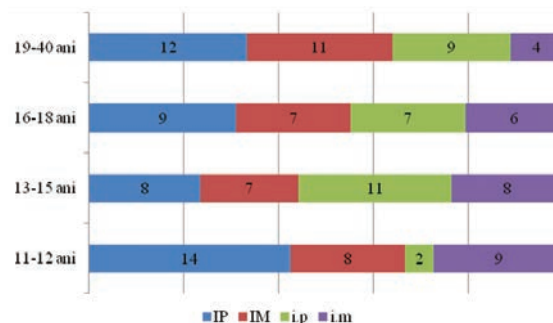
Referitor caracteristicii generale a subiecților pot menționa că vârsta pacienților este cuprinsă între 11-40 ani, dintre care 82 (62,2%) — sex feminin, 50 (37,8%) — sex masculin. Din totalul de 132 pacienți 89 (67,5%) erau domiciliați în mediul rural și 43 (32,5%) în mediul urban.

### Anomalii de ocluzie în plan transversal



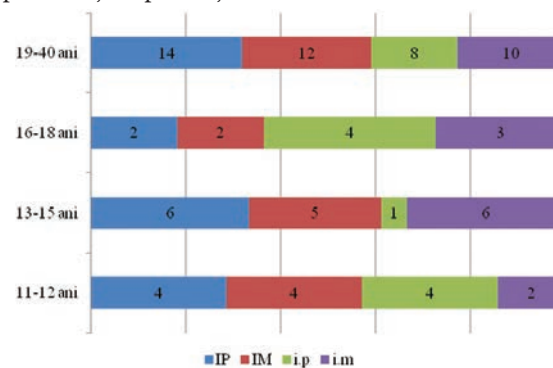
**Fig.4** Numărul de cazuri în care s-a depistat îngustare ușoară

Din numărul pacienților luați în studiu cu îngustare ușoară diferența statistică nesemnificativă este în grupul de 11-12 ani la indicile premolar inferior la mandibulă, iar prevalența numărului de cazuri este mai mare la vârsta de 19- 40 ani.



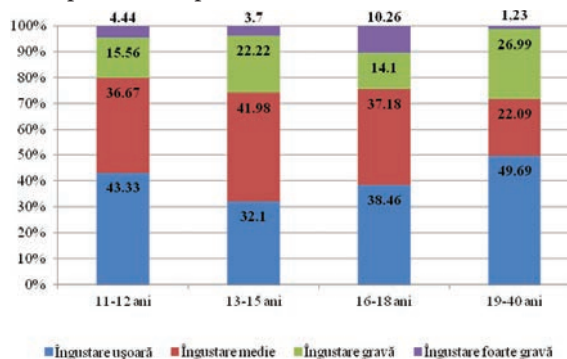
**Fig.5** Numărul de cazuri în care s-a depistat îngustare medie

Diferența statistică nesemnificativă la cazurile cu înghesuire medie s-a depistat la premolarul I de pe maxilă și cea semnificativă la indicele premolarului prim de pe mandibulă. Numărul de cazuri a marcat o prevalență la pacienții cu vârsta 11-18 ani.



**Fig. 6** Numărul de cazuri în care s-a depistat îngustare gravă

La numărul de pacienți cu îngustare gravă s-a depistat o diferență statistică nesemnificativă la pacienții cu indicile molar inferior t12, t13, iar cea semnificativă la premolarii de pe ambele semiarcade. Prevalența cazurilor este la pacienții cu vârsta de 19-40 ani a indicelui premolar superior.



**Fig. 7** Ponderea îngustărilor depistate în diferite categorii de vîrstă, (%)

Statistica ponderilor îngustărilor depistate ne demonstrează că procentajul de înghesuire ușoară este mai mare la toate vîrstele față de înghesuirea gravă.



La pacienții cu vârsta de 19-40 ani anomaliile de îngustare dentară prevalența cazurilor a fost depistată la îngustare ușoară și îngustare gravă.

Incidența hipodonției și distribuția cazurilor după dinții lipsă

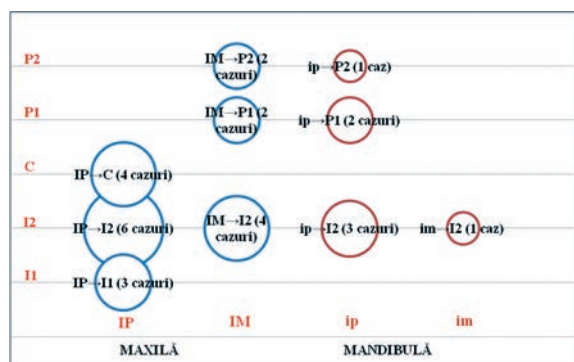
Hipodonția dentară este una dintre anomaliile cel mai frecvent întâlnite, studiile statistice indicând valori semnificative în studiul nostru, afectând în principal dentiția permanentă, fiind mai des întâlnită la sexul feminin.

**Tabelul 8**  
Distribuția dinților lipsă în funcție de arcadă pentru pacienții cu hipodonție

nivel	Maxilar (49 pacienți: 28F, 21M)				Mandibular (37 pacienți: 21F, 16B)				t-Student
	F	M	total	%±ES	F	M	total	%±ES	
I1	4	2	6	9,52±3,18	3	2	5	9,80±3,23	p>0,05
I2	11	8	19	30,16±4,98	8	5	13	25,49±4,73	p>0,05
C	2	2	4	6,35±2,64	2	2	4	7,84±2,92	p>0,05
P1	5	4	9	14,29±3,8	1	0	1	1,96±1,5	p<0,01
P2	9	7	16	25,40±4,72	15	8	23	45,10±5,4	p>0,05
M1	3	2	5	7,94±2,93	2	1	3	5,88±2,55	p>0,05
M2	2	2	4	6,35±2,64	1	1	2	3,92±2,11	p>0,05
<b>Total cazuri</b>	63				51				

Sursa: Elaborată de autor.

□ — lipsa semnificației statistice, ■ — diferență statistică nesemnificativă, ■ — diferență statistic semnificativă



**Fig.8** Incidența între anomaliile pe transversală și hipodonție

Analiza statistică a cazurilor cu hipodonție din numărul de 86 pacienți aflați în studiu s-au depistat 114 cazuri dintre care la maxilarul superior 63 de cazuri depistate și la maxilarul inferior 51 iar media pentru femei — 5,7% și media pentru bărbați 4,3%.

Studiul epidimiologic întreprins ne justifică o incidență a anomaliilor în plan transversal asociate cu hipodonție din numărul total de pacienți implicați în studiu 30 de cazuri au avut asocieri dintre aceste două anomalii dento-maxilare.

### Concluzii

1. Analizând studiile epidimiologice de mai sus observăm o tendință de creștere a anomaliilor pe transversală și a variabilităților formelor clinice mai mare în mediu rural ce constituie 67.5% fiindcă dezvoltarea malocluziilor depind de mulți factori și anume de factorul socio-economic.
2. Comparând valorile de prevalență a anomaliilor, cel mai des predomina la pacienți aspectul estetic decât cel ocluzal. De aceea am efectuat studiile pe loturi diferite unde s-a depistat incidența anomaliilor pe transversală cu hipodonție.
3. Evaluarea comparativă ne arată o prevalență mai mare la indicele premolar la maxilă decât la mandibulă, hipodonia este depistată la 30 cazuri, numai dereglările funcționale sunt predominante de incisivii laterali și molarii permanenți.
4. Prevalența formelor clinice raportate la mediul de proveniență vîrstă, sex pot fi considerate ca repere de comparație pentru abordarea programelor de sănătate și de prevenție al acestor anomalii.

### Bibliografie

1. Athanasio R.: Management of temporomandibular disorders and occlusion. J. of Prosthodontics, September 2003;
2. Borochoy M, Green I 1971 Hypodontia in human twins and families. American Journal of Orthodontics 60: 165-171.
3. Bratu Elisaveta, Florica Glavan, Practica Pedodontică (Ediția III-a) Timișoara 2005.
4. Burzynski NJ, Escobar VH. Classification and genetics of numeric anomalies of dentition. Birth Defects Orig Artic Ser 1983;19:95-106.
5. G. Zegan: Tehnici de realizare a aparatelor ortodontice și ortopedice dento-faciale, Tehnopress, Iași 2005.
6. Godoroja Pavel, Matasa G. Claude, Granciu Gheorghe, Ortodontie. Chișinău 2007.
7. Proffit W.R.: Contemporary Orthodontics. Mosby St. Louis, 2003.
8. Solomon O., Lupan I., Solomon L. Incidența apariției edentațiilor parțiale și clasificarea lor la copii și adolescenți. În: Buletinul Academiei de științe a Moldovei. Științe Medicale. Chișinău, 2012, nr.2 (34), p. 48-59. Categoria B.

Data prezentării: 09.08.2014  
Recenzent: Ion Lupan