

# OBICEIURILE VICIOASE-FACTOR DE RISC ÎN DEZVOLTAREA ANOMALIILOR DENTO-MAXILARE

## Rezumat

Corelația formă-funcție pe tot parcursul vieții individului poate avea un rol important în procesul etiologic al anomaliilor ocluzale. Dacă funcția poate influența creșterea maxilarelor, atunci modificarea funcției poate cauza anomalia dento-maxilară. Cele mai importante tulburări funcționale sunt de origine: labială, linguală, obiceiuri de sugere, deglutiție infantilă, respirație bucală, ce se instalează și predomină în perioada dentiției deciduale și a celei mixte. Obiceiurile orale induc anomalii și sunt dependente de frecvența, intensitatea și durata acțiunii obiceiului. Având în vedere că obiceiurile vicioase prezintă o proporție foarte crescută în etiologia anomaliilor dento-maxilare, combaterea acestora va duce la o scădere cu 30-40 % a anomaliilor dento-maxilare. Se consideră, de alt fel, că eliminarea obiceiurilor vicioase constituie unul din cele mai valoroase servicii ortodontice interceptive. Asocierea reeducării funcționale la tratamentul cu aparate ortodontice scurtează durata acestuia și micșorează pericolul recidivelor. Astfel putem argumenta necesitatea efectuării unui screening a copiilor în perioada dentiției temporare și a celei mixte pentru a putea interveni ortodontic în cel mai eficient moment, din punct de vedere a dezvoltării masivului cranio-facial.

**Obiectivul de studiu** a constituit studierea literaturii de specialitate cu efectuarea unei sinteze asupra rolului etiologic al parafuncțiilor și disfuncțiilor sistemului stomatognat în anomaliile dentomaxilare. Cu scopul depistării cât mai precoce a obiceiurilor vicioase instalate sau a tendinței acestora de instalare, ce permite stabilirea corectă a principiilor, tipului și eficacității tratamentului aplicat.

**Cuvinte cheie:** obiceiuri vicioase, anomalii dento-maxilare, tratament profilactic.

## Summary

### BAD ORAL HABITS AS A RISK FACTOR FOR DEVELOPMENT OF MALOCCLUSIONS

Effect of adverse oral habits on the development of the dento-maxillary system. The correlation between shape and function throughout a person's life can have an important role in the etiology of occlusal anomaly. If the function influences the growth of the jaws, then changes of their function can lead to malocclusion. The most important functional disorders are: labial, lingual, sucking habits, reverse swallow, mouth breathing, which appear and prevail during the mixed and deciduous dentition. Oral habits lead to malocclusion, which depends on frequency, intensity and duration of habits. Facing vicious habits can lead to a 30-40% drop of jaws abnormalities, in consideration of them representing a big part of the causes of dento-maxillary anomalies. It is considered that breaking oral habits is one of the most valuable orthodontic treatment. Pairing functional education and orthodontic appliance shortens the duration of treatment and reduces the chance of recurrence. A screening of children in primary and early mixed dentition should be done so the orthodontic treatment is applied in the right time, considering the growth and development of craniofacial structures.

**Key words:** oral habits, malocclusion, prophylactic treatment.

## Introducere

Funcțiile aparatului dento-maxilar (masticăția, deglutiția, respirația, fonația, mimica) sunt asigurate prin mișcările ritmice ale mandibulei, buzelor și mușchilor mimici. Sub acțiunea lor maxilarele sunt modelate în raport cu direcția și intensi-

Cătălina Condrea,  
studentă anul V  
Facultatea de  
Stomatologie

Ion Lupan,  
profesor universitar

Sabina Calfa,  
asistent universitar

Catedra Chirurgie OMF  
pediatrică, pedodonție și  
ortodonție,  
USMF „N. Testemițanu“

tatea forțelor musculare, arhitectura craniului visceral fiind în continuă restructurare. Desfășurarea normală a funcțiilor multiple și complicate ale aparatului dento-maxilar consituie ritmul trofic cel mai important al masivului facial. [1]

Dezvoltarea aparatului dento-maxilar este sub dependența constantă a echilibrului neuromuscular. Când acesta este rupt consecința va fi apariția tulburărilor la nivelul aparatului. Cele mai importante tulburări funcționale sunt de origine: labială, linguală, obiceiuri de sugere, deglutiție infantilă, respirație bucală. [2]

Obiceiurile vicioase sunt clasificate în:

1. Atitudini posturale;
2. Obiceiuri de interpoziții heterotrope;
3. Obiceiuri de interpoziții autotrope de părți moi;
4. Parafuncții. [3]

Tulburările funcționale, indiferent de forma lor de manifestare (hipofuncții, hiperfuncții sau stereotipuri funcționale vicioase), constituie un important capitol etiologic al anomaliilor dento-maxilare. [1] Astfel, respirația orală poate determina instalarea: endoalveoliei cu proalveolodentie superioară (anomalie clasa II/1 Angle), a endolaveoliei superioare cu incongruență dento-alveolară (cl II/2 Angle), a proгнаției mandibulare adevărate, sau a retroгнаției maxilare (proгнаție falsă) și a ocluziei deschise. Deglutiția infantilă este un factor etiologic în anomaliile de clasa II/1 Angle și în ocluzia deschisă. Un alt grup de obiceiuri vicioase sunt cele de sugere și interpunere a limbii/buzelor sau a altor obiecte, care devin responsabile în dezvoltarea anomaliilor cl II/1 Angle, a anomaliilor în plan sagital, și a ocluziei deschise. [4] Din atitudinile posturale, responsabil în evoluția proгнаției mandibulare adevărate (ocluzia inversă frontală) este dormitul cu capul în flexie. [5]

Prin urmare obiceiurile vicioase reprezintă factorul funcțional determinant sau favorizant la instalarea și agravarea anomaliilor dento-maxilare în toate cele trei planuri (sagital, transversal și vertical). [6]

Corelația formă-funcție pe tot parcursul vieții individului poate avea un rol important în procesul etiologic al anomaliilor ocluzale. Dacă funcția poate influența creșterea maxilarelor, atunci modificarea funcției poate cauza anomalia dento-maxilară.

Datorită importanței acestei corelații, în ortodonia contemporană, un loc aparte îl are fondul potențialului funcției în procesul etiologic al anomaliilor ocluzale și probabilității recidivei după tratament.

Un șir de experimente, efectuate de antropologi, arată că o dată cu dezvoltarea civilizației și trecerea la o dietă contemporană, și modul de viață, se mărește răspândirea anomaliilor ocluzale, la așa un nivel, căci Korrucini a numit anomaliile de ocluzie „boala civilizației”. [7]

Studiile de literatură indică o creștere a frecvenței anomaliilor dento-maxilare în rândul populației actuale, majoritatea autorilor indicând o frecvență medie între 50-60 %, de altfel fosilele umane descoperite

indică faptul că incidența acestor anomalii este de câteva ori mai mare decât acum 100 ani. Creșterea și dezvoltarea aparatului dento-maxilar sunt supuse acțiunii unor factori generali și locali care pot influența nu numai durata, cantitatea și ritmul, dar și direcția creșterii. Pentru prevenirea și tratarea acestor anomalii dento maxilare este importantă cunoașterea cauzelor determinante și factorii care au favorizat creșterea frecvenței anomaliilor la omul modern. [8]

Unele studii de tip experimental-observațional efectuate (de ex. studiul obiceiurilor vicioase ca factor de risc pentru ocluzia deschisă în cadrul facultății de stomatologie, Universitatea Porto, din Portugalia; cel al influenței obiceiului vicios de succiune și a respirației bucale asupra constricției de maxilar) la indivizi cu dentiție temporară și mixtă au demonstrat interdependența obicei vicios-anomalie dento-maxilară.

Astfel, actualitatea temei este argumentată prin frecvența înaltă a disfuncțiilor și parafuncțiilor sistemului stomatognat în perioada dentiției deciduale și a celei mixte, ea fiind egală cu 43,5% și 54,2 %, respectiv. [9]

Obiceiurile vicioase au fost identificate la 42,57 % din totalul subiecților studiați și la 61,4 % din lotul copiilor cu anomalii dento-maxilare, rezultatele demonstrând faptul ca obiceiurile vicioase reprezintă un factor important în producerea anomaliilor dento-maxilare. Din analiza tipurilor de obiceiuri vicioase 31,43 % prezintă deglutiție atipică, 28,57 % aspirarea buzei inferioare, 25,71 % respirație orală, iar la o diferență de 10 procente cu 14,28 % sugerea degetului.

Având în vedere că obiceiurile vicioase prezintă o proporție foarte crescută în etiologia anomaliilor dentomaxilare, combaterea acestora va duce la o scădere cu 30-40 % a anomaliilor dentomaxilare. Obiceiurile vicioase pot fi identificate prin efectuarea unor examene clinice și paraclinice riguroase. Condiția de bază în terapia de reeducare comportamentală și de reechilibrare a dezvoltării aparatului dentomaxilar sunt diagnosticul corect și complet morfofuncțional și etiologic, reactivitatea psihică a copilului, asigurarea unei colaborări eficiente între medic-copil-familie-educatori.

Frecvența crescută a anomaliilor dento-maxilare precum și interrelația evidentă cu dezechilibrele funcționale ale aparatului dento-maxilar din subiecții examinați susțin implicația factorilor funcționali în etiologia anomaliilor dento-maxilare. Obiceiurile orale induc anomalii și sunt dependente de frecvența, intensitatea și durata acțiunii obiceiului. [10]

Astfel, identificarea factorilor etiologici, stabilirea diagnosticului și alegerea metodei potrivite de tratament are la bază un substrat bine motivat oferit de către rezultatele cercetărilor genetice, examinărilor clinice și paraclinice cu ajutorul tehnologiilor moderne. Deci identificarea și înlăturarea factorilor cauzali în apariția patologiilor dento-maxilare devine din ce în ce mai avansată, reprezentând primul și unul din cei mai importanți pași în prevenirea și tratamentul patologiei ocluzale. [6]

Se consideră, de alt fel, că eliminarea obiceiurilor vicioase constituie unul din cele mai valoroase servicii ortodontice interceptive.[11] Asocierea reeducării funcționale la tratamentul cu aparate ortodontice scurtează durata tratamentului și micșorează pericolul recidivelor. [1]

În apariția anomaliilor dento-maxilare sunt incriminați un număr mare de factori locali și generali, fenomenul multifactorial stîrnind multe controverse și dezbateri contradictorii în special în precizarea factorilor primari și secundari implicați în etiopatogenia acestor afecțiuni. Astfel, apariția anomaliilor este condiționată atât de obiceiul vicios sau de tulburarea funcțională, cît și de perioada de exercitare a acestor noxe asupra aparatului dento-maxilar, precum și de vârsta copilului și starea generală și locală a aparatului dento-maxilar.[12]

Dezechilibrele apar în relația matrice musculară-unitate scheletală în cadrul funcționalității aparatului dento-maxilar, avînd în vedere adevărul conform căruia „în impactul dintre mușchi și os, osul cedează“ [11]

Sub influența forței musculare are loc modificarea țesutului osos. Disfuncția musculară poate deroga creșterea și dezvoltarea normală a țesutului osos. Dacă forțele musculare nu sunt echilibrate, fapt prezent în exercitarea obiceiurilor vicioase, aceasta se reflectă asupra țesuturilor dure, apar modificări ce în rezultat pot duce la anomalii de tip dento-alveolar sau de tip gnatic. [13] Modelele funcționale și obiceiurile, ce pot produce anomalii ocluzale, sunt privite ca potențiali agenți etiologici din punct de vedere a *teoriei echilibrului*. Aceasta teorie preluată din domeniul fizicii spune că, obiectul ce se află sub influența forțelor neechilibrate, capătă accelerație și își modifică poziția sa în spațiu. Aplicabilitatea acestei teorii, în studierea obiceiurilor vicioase ca agent etiologic în anomaliile dento-maxilare, constă în modificările țesutului osos ca răspuns la cerințele funcționale. O altă aplicabilitate a teoriei forțelor echilibrate este argumentată prin poziția dentară sau dento-alveolară influențată de diferite tipuri de presiuni exercitate. Deși, se pare că ar trebui să fie valabilă relația: Forța x Timp (durata)= efect, în procesul dezvoltării dento-maxilare durata aplicării unei forțe, ca rezultat manifestîndu-se o reacție biologică, este mai importantă decît valoarea acestei forțe.

Acest moment important se poate explica prin analiza reacției biologice la presiunea exercitată în timpul actului de masticție: dacă presiunea se menține mai mult de cîteva secunde, atunci prin creșterea sensibilității dureroase, se întrerupe exercitarea presiunii masticatorii. Un alt grup de factori ce influențează instalarea anomaliilor dento-maxilare este reprezentat de presiunea exercitată de buze, obraji, limbă. Aceste presiuni sunt mai mici, în comparație cu presiunea masticatorie, dar cu o durată de aplicare cu mult mai mare. Deoarece forța din partea țesuturilor moi are loc mai mult în stare de repaus, care ocupă cea mai mare parte a timpului, poziția dentară sau dento-

alveolară este influențată de acest tip de presiune, deși are o valoare mai mică. Cele expuse sunt prezentate în tabelul. 1 [7].

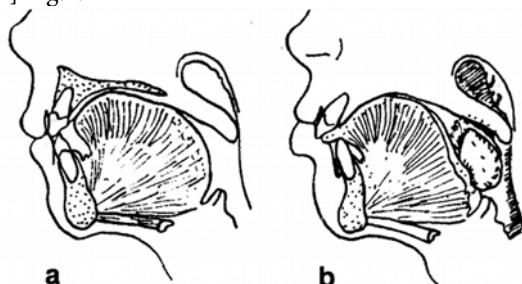
**Tab. 1.** Factorii ce influențează echilibrul-mărimea și durata acțiunii forței asupra poziției dentare în timpul exercitării funcției:

Factorii ce influențează echilibrul	Mărimea forței	Durata de acțiune a forței
Contacte dento-dentare -masticție -degluțiție	foarte slabă slabă	foarte scurtă foarte scurtă
Presiunea țesuturilor moi (buze, obraji, limbă) -degluțiție -fonație -repaus	medie slabă foarte slabă	scurtă foarte scurtă de durată
Presiunea externă, obiceiuri	medie	alternativă

Degluțiția este o funcție complexă, ce cuprinde 4 timpi:bucal, faringian,esofagian și cardial. Patologia timpului bucal poate deveni agent etiologic în anomaliile dento-maxilare. Degluțiția ca funcție se instalează din momentul nașterii, iar modificările din cursul dezvoltării au loc foarte lent și pretind restructurări anatomice ale conformatorului, însoțite de reeducări continue. Este important aici, să diferențiem cîteva tipuri de degluțiție- infantilă fiziologică, degluțiția adultului și cea infantilă patologică. Degluțiția normală a adultului se caracterizează prin contracția mușchilor milohioidieni, ridicînd porțiunea limbii spre palat, vîrful fiind proiectat postero-incisival, limba presează puternic pe ¼ anterioară a paltului și 1/3 din zona coletului dinților frontali superiori, pe o durată de timp apreciabilă cu o frecvență de reproducere foarte mare în timpul unei zile și chiar în timpul somnului. În degluțiția infantilă fiziologică limba este plasată între procesele alveolare, apoi alveolo-dentare, ea reprezentînd tipul normal de înghițire a sugarului. De la acest tip de degluțiție se trece treptat la tipul normal pentru adult, în așa fel ca la vârsta de 2 ani modul de înghițire al copilului nu mai diferă de cel al adultului, ca urmare a unui proces de maturizare neuromuscular.

Degluțiția atipică se caracterizează prin proiectarea vîrfului limbii, în timpul bucal, anterior cu pătrundere între arcadele dentare, atestat la copii peste 2 ani. [1, 11] Reminiscența comportamentului lingual din perioada de sugar, etichetată drept o imaturizare a funcției de degluțiție, poate fi un simptom într-un sindrom determinat,uneori de cauze morfologice (fren scurt, macroglosie) sau de un obicei vicios, ducînd la ruperea echilibrului care se creează în actul degluțiției. Interpoziția limbii produce sindromul de compresiune maxilară paralelă. Sub influența forțelor musculare schimbate direcțional și ca mărime apar răspunsuri scheletale: îngustarea maxilarului, retrognație mandibulară ca răspuns la înghesuire maxilară, prodenție superioară compensatorie, posibilă retrodenție sau prodenție a incisivilor inferiori (elemente caracteristice anomaliilor de clasa II/1 Angle). Dar, în același timp, interpoziția permanentă a limbii

agradează decalajul vertical dintre cele două arcade dentare. Poziția anterioară a limbii în repaus duce la instalarea unor inocluzii verticale grave în zona frontală, totodată, prin alungirea limba se subțiază, pierzând contactul cu dinții laterali, care rămân sub acțiunea musculaturii labio- jugale și sunt palatinizați, aceasta și datorită faptului că această disfuncție este practică un timp foarte îndelungat în decursul celor 24 h [1, 5, 11] Fig.1.



**Fig. 1.** Limba în timpul deglutiției normale (a) și anormale (b) (după Moyers)

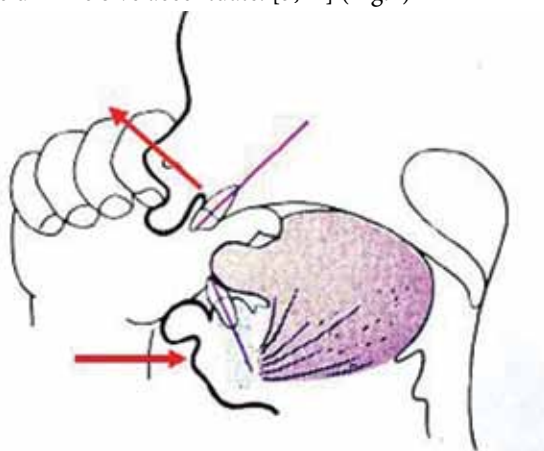
Mărimea, postura, tonusul mușchiului lingual și funcția lui sunt responsabile de instalarea malocluziei, deoarece modificarea presiunii în țesuturile moi în poziție de repaus este cel mai important factor datorită efectului său continuu. Din moment ce acest obicei vicios este implicat în dezvoltarea dento-alveolară, măsurile de tratament ortodontic precoce, este important prin micșorarea numărului de cazuri cu inocluzie verticală frontală, care și este una din problemele relevante a sănătății publice.[9] Reeducarea deglutiției poate fi urmată de redresarea spontană a deformației produse, dacă aceasta nu este gravă. În anomaliile grave, reeducarea deglutiției este doar o componentă obligatorie a tratamentului ortodontic complex. [1]

Trecerea de la deglutiția infantilă la cea matură se poate complica, deoarece ocluzia deschisă care se poate instaura, favorizează un alt obicei -cel de sucțiune (auto-sau heterotrop), care la rândul său poate și mai mult reține momentul de trecere la tipul adult de deglutiție.

Aproximativ toți nou născuții, din ultimul timp dezvoltă obiceiul de supt al policelui/ a degetului arătător sau a obiectelor ce seamănă ca formă. La unii se observă suptul degetului încă intrauterin, iar majoritatea păstrează acest obicei de la 6 luni pînă la 2 ani și mai târziu. [7] Sugerea policelui este considerată un act reflex înăscut. Practicarea lui peste vârsta de 4 ani în cazurile de instabilitate emoțională și anxietate devine un obicei vicios. [14]

Acest tip de obicei modifică echilibrul dintre forțele musculare antagoniste, determinând o dezvoltare neproportională a elementelor scheletice pe care se inseră. Dacă obiceiul de interpoziție cu sucțiune intensă și aplicarea unor forțe de presiune continuă după vârsta de 3 ani, retrognația mandibulară se accentuează, apare inocluzia sagitală, spațierea interdentară superioară, lingualizarea cu incongruență dento-alveolară inferioară, iar buza inferioară pătrunde în spațiul

de inocluzie sagitală, accentuând prodenția superioară și retrognația inferioară. [5] Sugerea buzei inferioare este un obicei primar sau urmează sugerii degetului, tetinei, buza devenind adesea un veritabil înlocuitor al acestora. Sugerea buzei superioare determină o retroalveolodentie superioară. Interpoziția obrazilor poate determina o oprire în dezvoltarea verticală a arcadei în sectoarele laterale, cu apariția unei supraocluzii incisive accentuate. [5,11] (Fig.2)



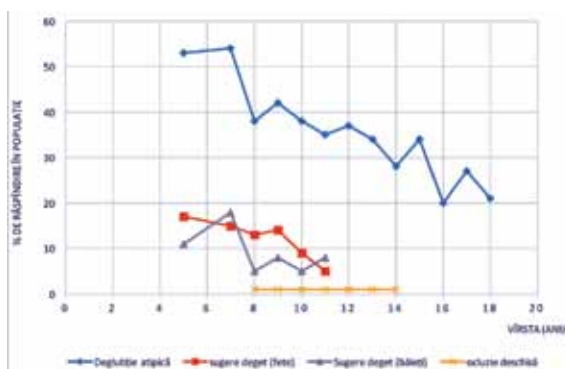
**Fig. 2.** Direcția de aplicare a forțelor în timpul sugerii degetului (după Moyers)

Obiceiurile vicioase și inocluzia verticală frontală sau laterală au o frecvență înaltă la copii. Aceste obiceiuri împiedică dezvoltarea normală a structurilor dentare și scheletale. Din obiceiurile vicioase ca factor de risc pentru inocluzia frontală verticală sunt: suptul îndelungat al tetinei, deglutiția infantilă și sugerea degetului. [9]

Un moment important este faptul ca practicarea unui obicei poate implica, în timp, și un alt obicei vicios, de exemplu efectele sugerii policelui asupra funcțiilor după Berard sunt:

- păstrarea deglutiției atipice
- prezența respirației orale prin compresiunea de maxilar și micșorarea volumului foselor nazale
- defecte de vorbire prin modificări labiale, linguale și nazale.

Obiceiurile bucale mai sus numite, se instalează și se întrețin în timpul dentiției deciduale și a celei mixte. (fig.3)



**Fig. 3.** Nivelul de răspândire a ocluziei deschise (>2 mm) asociate cu obiceiul de sugere a degetului și cel al deglutiției infantile, în dependență de vîrstă

Deoarece necesitatea de a respira este factorul determinant primar al poziției mandibulei și limbii, este considerat că modificarea tipului respirator, așa ca respirația bucală, dar nu cea nazală, poate modifica poziția capului, a maxilarelor și a limbii.

În repaus, respirația nazală necesită un efort mai mare decât respirația bucală, fapt favorizat de forma căilor respiratorii superioare, care prin traiectul său creează o anumită rezistență față de curentul de aer. Dacă nasul este parțial obstrucționat atunci, se asociază respirația bucală. Punctul de trecere de la respirația nazală la cea bucală- variază, dar în mediu atinge nivelul de rezistență de aproximativ 3,5-4 cm H<sub>2</sub>O/l/min. [7]

Respirația orală poate fi determinată de unele obstrucții în teritoriul O.R.L. (vegetații adenoide, deviații de sept nazal, polipi nazali, amigdale hipertrofice etc.) [1, 2, 5, 11]

În timpul respirației bucale, mandibula se coboară împreună cu limba, iar capul se află într-un grad anumit de extensie. La păstrarea acestor poziții induse, ca rezultat se mărește înălțimea facială și va avea loc o extruzie a grupului lateral de dinți, mandibula se va roti inferior-posterior formînd, ocluzia deschisă, iar presiunea mărită ca rezultat al tensiunii jugale, poate produce constricția maxilarului superior. [7]

Indivizii cu modelul de respirație bucală au fost descriși clasic, ca posedînd maxila îngustă în formă de „V” cu bolta palatină înaltă, din cauza poziției joase a limbii prezentă în timpul respirației bucale. (McNamara, 12)

O altă grupă de factori etiologici a anomaliilor dento-maxilare, sunt atitudinile posturale, care adesea sunt neglijate de părinții și chiar unii medici. Posturile în timpul activităților și al somnului pot determina modificarea echilibrului masivului cranio-facial, manifestat prin poziții mezializate sau distalizate ale mandibulei. [11]

### **Materiale și metode**

Studiul clinic a fost realizat pe datele selectate în cadrul Catedrei de Chirurgie OMF Pediatrică, Pedodontie și Ortodontie din incinta Spitalului Clinic Republican pentru copii „Em. Coșaga”, analizând datele obținute de la 13 pacienți cu vârsta cuprinsă între 5-12 ani, în dentiția deciduală și cea mixtă, cu diverse malocluzii produse și întreținute de obiceiuri vicioase.

A fost evaluat gradul de risc a obiceiurilor bucale în dezvoltarea malocluziilor la pacienții incluși în studiu.

Diagnosticul pozitiv, complet și complex, precum și planul de tratament au fost stabilite în baza studiului clinic și paraclinic.

Examenul funcțional, s-a efectuat prin inspecția tonicității musculaturii periorale, palparea grupelor musculare masticatorii, inspecția poziției limbii în repaus, analiza datelor obținute prin testele funcționale de activitate musculară și testele clinice efectuate pentru aprecierea permeabilității căilor respiratorii superioare.

Pacienții au fost supuși examinării paraclinice prin următoarele metode:

- Examen fotometric, antropometric
- Ortodontografia
- Teleradiografia de profil
- Studiul pe model
- Analiza concluziilor date de medicul otorinolaringolog (inclusiv datele rinomanometriei).

### **Rezultate**

În urma studiului efectuat, prin examinarea pacienților cu diverse anomalii dento-maxilare produse sau întreținute de obiceiuri vicioase s-a constatat faptul că, corelația dintre tulburările funcționale și anomaliile dento-maxilare are un dublu aspect. Tulburările funcționale sunt cauza unor anomalii dento-maxilare, pe de altă parte, anomalii dento-maxilare cu etiologie de altă natură atrag după sine desfășurarea anormală a unor funcții, deci tulburări funcționale secundare, care la rîndul lor sunt factori de întreținere sau chiar agravare pentru anomalia respectivă. Astfel, se instalează un cerc vicios. Acest fapt este relevant prin importanța reeducării funcționale a masticăției, deglutiției, respirației și fonației ca principiu de bază a terapiei ortodontice moderne. [1]

Tratamentul profilactic și curativ al anomaliilor dento-maxilare, fiind unul din cele mai accesibile și efective tipuri de tratament, urmărește înlăturarea cauzelor ce intervin în geneza acestor anomalii- una din cauze fiind obiceiurile vicioase. Acest tip de tratament vizează combaterea respirației orale și reeducarea funcției respiratorii (în colaborare cu medicul O.R.L.-ist), reeducarea funcției de deglutiție (se îndepărtează, astfel, factorul cel mai important de interpoziție, ce frînează dezvoltarea normală a procesului alveolar și a dinților în sens vertical), educarea și reeducarea vorbirii, deconținerea obiceiurilor vicioase (de interpoziție, combinate sau nu cu un element de sugere) și reeducarea funcțională a musculaturii labio-jugale. De asemenea se vor combate atitudinile posturale inadecvate, prin grija pentru o poziție corectă a corpului în timpul activităților și al repausului. [5,11]

Reeșind din cele menționate mai sus, un screening a copiilor în dentiția deciduală și în cea mixtă ar trebui efectuat pentru a determina prezența malocluziilor și a disfuncțiilor oro-faciale. [15, 13]

### **Importanța practică**

Aprecierea frecvenței malocluziilor produse prin obiceiuri vicioase și analiza epidemiologică a acestor pacienți are o importanță teoretică și valoare practică majoră datorită impactului pozitiv asupra metodelor de profilaxie. Analiza retrospectivă a metodelor de tratament va contribui la formularea unor concluzii vizavi de eficacitatea acestora și, prin urmare, la obținerea unor rezultate estetice și funcționale, și la micșorarea numărului de recidive posttratament.

### **Concluzii**

1. Tulburările funcționale constituie un important capitol etiologic al anomaliilor dento-maxilare.

2. Obiceiurile orale induc anomalii și sunt dependente de frecvența, intensitatea și durata acțiunii obiceiului. Modelele funcționale și obiceiurile, ce pot produce anomalii ocluzale, sunt privite ca potențiali agenți etiologici din punct de vedere a teoriei echilibrului.
3. Se consideră, de alt fel, că eliminarea obiceiurilor vicioase constituie unul din cele mai valoroase servicii ortodontice interceptive. Asocierea reeducării funcționale la tratamentul cu aparate ortodontice scurtează durata tratamentului și micșorează pericolul recidivelor.
4. Tratamentul profilactic vizează combaterea respirației orale și reeducarea funcției respiratorii (în colaborare cu medicul O.R.L.-ist), reeducarea funcției de deglutiție, educarea și reeducarea vorbirii, deconținerea obiceiurilor vicioase (de interpoziție, combinate sau nu cu un element de sugere) și reeducarea funcțională a musculaturii labio-jugale.
5. În tratamentul anomaliilor dento-maxilare produse de obiceiurile vicioase și de atitudinile posturale vicioase pe primul plan se situează deconținerea lor cât mai precoce.
6. Un screening a copiilor în dentiția deciduală și în cea mixtă ar trebui efectuat pentru a determina prezența malocluziilor și a disfuncțiilor oro-faciale, la momentul cel mai favorabil pentru a interveni cu un tratament ortodontic, care ar fi cel mai efektiv, ținând cont de receptivitatea înaltă a complexului cranio-facial în această perioadă de dezvoltare.

## Bibliografie

1. Grivu O., Sinescu C., Monica Florescu, Dragomirescu D., Abdalla N., Lenlardt F. — Ortodonție și ortopedie dento-facială, Ed. Mirton, Timișoara, 2001.
2. Grivu O., Ortodonție, Miron, Timișoara, 1998, 286 p.
3. Bratu E., Schiller E., Practica pedodontică, Helicon, Timișoara, 1998.
4. Bușmachi I., Tratamentul anomaliilor clasa II/1 Angle: (recomandare metodică), Chișinău 2011.
5. Fratu v. Aurel, Ortodonție: Diagnostic-Clinică-Tratament, Vasiliu, Iași, 2002, 551 p.
6. Trifan V., Godoroja P., Ortodonție compendiu, Centrul Editorial-Poligrafic Medicina, Chișinău, 2009, 141p.
7. Профит У., Современная ортодонтия, перевод с английского под редакцией члена-корреспондента РАМН, проф. Л.С. Персина, ед. МЕДпресс-информ, 2006.
8. Cocărlă E., Stomatologie pediatrică, Ed. Medicală Univ. Iuliu Hațieganu, Cluj-Napoca, 2000.
9. Urzal V., Braga A.C., Ferreira A.P., „Oral habits as risk factors for anterior open bite in the deciduous and mixed dentition-cross-sectional study“, European Journal of Pediatric Dentistry vol. 14/4- 2013, p 299-302.
10. Cuc E.A., Maghiar T.T., Evaluarea particularităților epidemiologice ale anomaliilor dento-maxilare în perioada dentiției mixte, Oradea, 2014.
11. Dorobăț V., Stanciu D., Ortodonție și ortopedie dento-facială, Ed. Medicală, 2011, 491 p.
12. Boboc L., Temelcea A., Stanciu D., Stanciu R., Ortodonție practică — Aparate ortodontice, Ed. Medicală, 2011.
13. Primozic J., Franchi L., Perinetti G., Richmond S., Ovsenik M., „Influence of sucking habits and breathing pattern on palatal constriction in unilateral posterior crossbite-a controlled study“, European Journal of Orthodontics Nov. 2012.
14. [http://rjs.com.ro/articles/2015.4/Stoma\\_Nr-4\\_2015\\_Art-7.pdf](http://rjs.com.ro/articles/2015.4/Stoma_Nr-4_2015_Art-7.pdf)
15. Нанда Р., Биомеханика и эстетика в клинической ортодонтии, перевод с английского, ед. МЕДпресс-информ, 2009.

Data prezentării: 17.05.2017.

Recenzent: Oleg Solomon

## PARTICULARITĂȚI DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT A PERIODONTITEI APICALE CRONICE GRANULANTE

**Eugen Potlog,**  
studentă anul V  
Facultatea de  
Stomatologie

**Lidia Eni,**  
conferențiar universitar

**Sergiu Ciobanu,**  
profesor universitar

Catedra Odontologie,  
Parodontologie și  
Patologie orală USMF  
„Nicolae Testemițanu“

### Rezumat

Periodontita apicală reprezintă o patologie frecvent întâlnită în Republica Moldova practice la toate vârstele. Periodontitele apicale cornice granulante se dezvoltă de obicei când dintele în cauză a fost tratat endodontic incorect sau ca urmare a unei pulpite netratate. Pacienții de obicei se adresează la medic când procesul inflamator capătă caracter cronic, din care cauză tratamentul complet necesită un timp mai îndelungat.

**Cuvinte cheie:** periodontită cronică granulantă, tratament, endodontic.

### Summary

#### SPECIFIC FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT IN CHRONIC APICAL GRANULATING PERIODONTITES

Apical chronic periodontitis represents a pathology that is frequently met in the Republic of Moldova at all ages. This disease develops when the tooth was treated endodontically incorrect or as a consequence of non-treated pulpitis. Patients usually addresses to dentist when the inflammatory process transforms in chronic that is a reason for a long-termed treatment.

**Key words:** cronic granulating periodontites, treatment, endodontic.