

NORMALIZAREA OCLUZIEI ÎN TRATAMENTUL PROTETIC A PACIENȚILOR CU PARODONTITE MARGINALE CRONICE ASOCIATE CU EDENȚAȚII PARȚIALE

Mariana Ceban,
Asistent universitar,

Ilarion Postolachi,
Profesor universitar

Catedra stomatologie
ortopedică, chirurgie
orală și implantologie

Rezumat

Au fost examinați complex (clinic și paraclinic) 23 pacienți (9m., 14 f.) cu parodontite marginale cronice de grad ușor și mediu asociate cu edentații parțiale. S-a constatat că patologia evaluează cu un tablou clinic complicat și aspecte clinice ce necesită normalizarea ocluziei dezechilibrate. Particularitățile manifestărilor clinice au stat la baza elaborării metodelor de normalizare pe taping echilibrului morfo-funcțional. În acest scop după pregătirea cavității bucale refacerea integrității arcadei dentare s-a efectuat cu proteze dentare-șini și sisteme de imobilizare a dinților restanți, orientate multidirecțional.

Cuvinte cheie: contacte ocluzale funcționale, contacte ocluzale nefuncționale, parodontita cronică marginală, edentația parțială, imobilizarea dinților.

Summary

NORMALISATION OF OCCLUSION IN PROSTHETIC TREATMENT OF THE PATIENTS WITH MARGINAL CHRONIC PERIODONTITIS ASSOCIATED WITH PARTIAL ADENTIA

Had been completely (clinical and paraclinical) examined 23 patients with slight and medium degree of chronic generalised marginal periodontitis associated with partial adentia. It was ascertained, that the pathology is represented by difficult clinical picture and clinical aspects requiring normalization of unbalanced occlusion. Clinical manifestations were put in the base of development of special methods for normalization morphological-functional balance. For this purpose after oral cavity preparation restoration of integrity of tooth arches was made with the help of artificial prostheses — splints and remained teeth immobilization systems, oriented multidirectional.

Key words: functional occlusal contacts, nonfunctional occlusal contacts, chronic marginal periodontitis, partial adentia, teeth immobilization.

Introducere

Sistemul stomatognat, fiind prezentat de un complex de organe și țesuturi situate în cavitate bucală, este considerat ca un sistem complicat atât prin corelația dependentă dintre toate componentele sale morfologice, cât și prin realizarea a mai multor funcții vitale [1, 2, 4, 7], printre care și actul de masticatie. Îndeplinirea acestei funcții de bază este asigurată de dinții implantați în oasele maxilare formând arcadele dentare superioară și inferioară. Mandibula, ca os mobil, datorită exercitării funcțiilor mușchilor mobilizatori ce inseră la ea îi permite să ocupe diverse poziții față de maxilă atât în contacte dento-dentare, cât și fără așa contacte. Prezența contactelor dento-dentare, indiferent de poziția mandibulei față de maxilă, numărul și caracterul lor se definește ca „ocluzie“. Prin urmare și contactele dento-dentare just pot fi numite „contacte ocluzale“. La rândul său contactele ocluzale pot fi funcționale (stabile) și nefuncționale (instabile). Contactele ocluzale funcționale sunt considerate cele materializate printr-un raport vârf cuspid – fund fosetă, numit contacte monopodice și cele dipodice și tripodice, realizate în situațiile clinice când volumul cuspidului este mai mare decât volumul fosetei. Datorită acestui fapt contactele ocluzale au loc între versantele cuspidului și versantele fosetei din ce motive vârful cuspidului nu contactează cu fundul fosetei ocluzale. Așa contacte în poziția de intercuspidare maximă (IM) între arcadele dentare asigură o ocluzie stabilă necesară pentru o stabilitate fermă a mandibulei față de maxilă la realizarea

actului de masticăție, deglutiție și a altor funcții. Din aceste considerente și contactele ocluzale realizate de lucrările protetice între dinții artificiali și naturali, sau numai între dinții artificiali trebuie să fie stabile și simultane cu cele de la nivelul dinților restanți. În acest scop în situațiile clinice când în zonele laterale ale arcadelor dentare nu s-a păstrat nici o pereche de dinți antagoniști naturali în protezele dentare fixe prin modelarea individuală a suprafețelor ocluzale se vor crea contacte ocluzale funcționale în conformitate cu relațiile caracteristice pentru stopurile ocluzale din grupul I (când cuspidii vestibulari ai premolarilor și molarilor mandibulare intră în contact cu fosele centrale și dintre crestele marginale ale dinților antagoniști) și grupul III (când cuspidii palatinali ai premolarilor și molarilor maxilari intră în contact cu fosele centrale și cele dintre crestele marginale ale antagoniștilor). Așa contacte sunt considerate stabile deoarece ele nu permit mandibulei nici un fel de deplasare, deci să nu derapeze nici într-o direcție [1, 4].

Contactele dento-dentare nefuncționale din care fac parte contactul vârf cuspid – versant foseta, versant cuspid – versant fosetă, vârf cuspid – vârf cuspid și cele în suprafață nu asigură stabilitatea mandibulei față de maxilă datorită instalării unei ocluzii instabile. Așa relații interocluzale declanșează dispersia forțelor ocluzale în afara axului lung a dinților, considerate nefuncțional, atipic favorizând astfel procesele de distrucție în parodontiul dinților respectivi. Prin urmare numai contactele ocluzale funcționale asigurând dispersia solicitărilor ocluzale în axul lung a dinților sunt apte a stimula procesele fiziologice din țesuturile parodontale. Astfel în ocluzia dentară fiziologică datorită contactelor dento-dentare funcționale maxime în poziția de intercuspidare maximă (IM) între arcadele dentare și toate componentele sistemului stomatognat și în primul rând ale articulației temporo-mandibulare, sistemul muscular și parodontiul dinților se instalează un echilibru morfo-funcțional necesar funcționalității întregului sistem stomatognat. Însă acest echilibru frecvent este dereglat datorită modificărilor contactelor dento-dentare ca urmare a leziunilor țesuturilor dure a dinților, extracțiilor dentare cu ulterioară migrare a dinților din zonele edentate, apariția mobilității patologice a dinților, migrările dentare în leziunile parodontale, a intervențiilor stomatologice incorecte în procesul de refacere morfologică prin obturare, restaurări, cât și prin protezarea cu microproteze sau a edentațiilor parțiale, etc. În așa situații clinice dezechilibrul ocluzal manifestat nu numai prin micșorarea contactelor dento-dentare în leziunile coronare și în edentațiile parțiale, dar și prin transmisia forțelor ocluzale în afara axului lung a dinților respectivi declanșează procese patologice în parodontiu lor cu toate consecințele. Așa dar, prezența edentației parțiale netratate timp îndelungat poate fi considerată ca factor favorizant la apariția parodontitelor marginale cronice [3, 5, 6, 16].

În acest context o problemă dificilă o prezintă și restaurările protetice care trebuie realizate în confor-

mitate cu conceptele ocluziei stabile [8, 9, 10]. Restaurările protetice v-or începe numai după nivelarea planului de ocluzie realizată prin șlefuirea selectivă a supracontactelor dentare, a dinților migrați sau și prin aplicarea altor tehnici în acest scop (de exemplu – ortodontice, etc.). La rând cu acest scop trebuie de menționat că conceptul modern al restaurărilor protetice la prezența parodontitelor marginale cronice prevede refacerea integrității arcadelor dentare cu imobilizarea dinților restanți în fiecare caz clinic individual, pentru a asigura dispovărea lor prin repartizarea forțelor funcționale uniforme între toți dinții obținând astfel echilibrul ocluzal optimal [2, 4, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 19, 20, 22]. La prezența indicațiilor către aplicarea protezelor dentare fixe e necesar de a realiza conceptul „long centric” care prevede crearea posibilității deplasării mandibulei din relația centrică în intercuspidare maximă. Acest obiectiv se obține prin modelarea în lucrările protetice a contactelor ocluzale cuspid – fosă în așa mod ca vârful cuspidului să aibă o ușoară libertate în interiorul fosetei. Așa contacte ocluzale asigură o glisare fiziologică a mandibulei și în mișcările de lateralitate, fenomen cunoscut ca „wide centric”. Așa dar „long centric” și „wide centric” sunt acele obiective care determină funcționalitatea mandibulei în mișcările de propulsie și lateralitate numită „freedom în centric”. În situațiile clinice când sunt indicate protezele parțiale mobilizabile contactele ocluzale se realizează prin „point centric”, situație când relația centrică coincide cu intercuspidarea maximă [3, 5, 8, 9, 10, 13, 15]. Prin urmare normalizarea ocluziei în restaurările protetice a edentațiilor parțiale asociate cu parodontite marginale cronice prezintă o problemă dificilă și continuă să rămână în atenția specialiștilor.

Scopul lucrării

De a studia aspectele clinice de normalizare a ocluziei la pacienții cu parodontite marginale cronice de grad ușor și mediu asociate cu edentații parțiale în dependență de particularitățile manifestărilor clinice ale patologiilor.

Material și metode

Au fost selectați și investigați 23 pacienți (9 m., 14 f.) cu vârsta cuprinsă între 32 și 58 ani cu parodontite marginale cronice de grad ușor și mediu cu prezența breșelor arcadelor dentare de diferit tip generate de extracția dinților ca urmare a proceselor carioase complicate. Examenul clinic a fost completat cu cel radiologic (ortopantomografia și radiografia retroalveolară), s-au obținut modele de diagnostic realizate din superghips, ocluziograme după metoda elaborată de I.Șeptelici, I.Postolachi (1993), s-a efectuat parodontometria utilizând sonda gradată recomandată de Organizația Mondială a Sănătății (OMS), s-au întocmit odontoparodontograma după Курляндский, iar starea igienei cavității bucale s-a determinat conform rezultatelor testului Șiller-Pisarev. Investigațiile paraclinice s-au efectuat la majoritatea pacienților până și după tratament la distanță (6–18 luni).

Rezultate și discuții

Analiza rezultatelor examenului subiectiv s-a efectuat în concordanță cu obiectivul că până la adresarea la consultație în scopul conceperii tratamentului protetic pacienților li s-a efectuat o cură de tratament conservativ, care la rând cu detartrajul a inclus și proceduri de lichidare în parodontiul marginal a procesului inflamator. Din aceste considerente la această etapă de examen complex pacienții au prezentat acuze preponderent la dereglări ale actului de masticație, fizionomie și fonație și numai 15 din ei au indicat la o mobilitate nesemnificativă a unor dinți, menționând că acest obiectiv a fost mult mai exprimat până la tratamentul conservativ. Analizând evoluția procesului patologic s-a constatat că debutul afecțiunii parodontale a avut cu 5 luni-1,5 ani în urmă manifestat cu semne de sângerare din gingie în timpul periajului sau în timpul folosirii unor alimente dure, însă până în prezent tratament specific pacienții nu au urmat. Referitor la lipsa unor dinți s-a stabilit că ei au fost extrași în urma cariei complicate pe parcursul a 8 luni - 5,5 ani, iar 7 pacienți au fost tratați protetic cu punți dentare din două bucăți sau dintr-o bucată mixte (metalo-ceramice, metalo-acrilice).

Rezultatele examenului clinic subiectiv, clinic-instrumental și paraclinic au stat la baza determinării la toți pacienții a diagnosticului: parodontită cronică marginală de grad ușor și/sau mediu asociată cu edentație parțială. În dependență de forma clinică a edentației toți pacienții au fost divizați în 3 loturi: lotul I — 4 pacienți cu edentații parțiale intercalate la unul sau ambele maxilare încadrate în cl. III Kennedy, care după întindere, starea dinților limitrofi breșei și a relațiilor interocluzale din zona edentată presupunea restabilirea integrității arcadei dentare prin punți dentare; lotul II — 3 pacienți cu edentații terminale bilaterale sau unilaterale la unul sau ambele maxilare încadrate în cl. I — II Kennedy cu păstrarea integrității arcadei dentare restante ce presupunea restabilirea integrității arcadei dentare cu proteze parțiale mobilizabile; lotul III — 16 pacienți cu forme clinice combinate ale edentației parțiale la unul sau ambele maxilare (clasele I, II, III Kennedy cu subdiviziunile lor) ce presupunea utilizarea atât a protezelor dentare fixe, cât și a celor mobilizabile. Acești criterii de comun cu gradul de manifestare a parodontitelor marginale cronice au stat la baza conceperii tratamentului protetic complex cu imobilizarea dinților respectivi și normalizarea ocluziei.

Rezultatele parodontometriei efectuate sextant pentru fiecare dinte examinat au depistat prezența pungilor parodontale sub 3,5 mm considerat ca indice obiectiv pentru parodontitele marginale cronice de grad ușor și cu o adâncime de 3,6 - 5,0 mm ce marturisează prezența procesului patologic de grad mediu. La acești pacienți a fost depistată și mobilitatea patologică a unor dinți de gr. I - II. Trebuie de remarcat, că noi nu am constatat o dependență fermă dintre gradul de mobilitate patologică a dinților și adâncimea pungilor parodontale. Acest obiectiv a fost confirmat și prin

studiul filmelor radiologice (ortopantomografice). Noi, ca și [3, 5, 8, 18, 21] explicăm acest fenomen prin prisma prezenței și gradului procesului inflamator în parodontul marginal.

Analiza ocluziogramelor obținute cu hârtie de articulație Bausch și în ceară a demonstrat prezența dezchilibrului ocluzal manifestat prin micșorarea numărului contactelor ocluzale, apariția contactelor dento-dentare nefuncționale în zonele dinților migrați cât și a supracontactelor ca urmare a mobilității patologice a unor dinți. În acest context măsurările efectuate pe modelele de diagnostic au evidențiat unele aspecte de denivelare ale planului de ocluzie, a relațiilor interarcadiene și, în special, în zonele edentate. Toate aceste ne marturisează despre prezența dereglărilor ocluzale.

La rând cu acestea în baza rezultatelor utilizării testului Șiller-Pisarev s-a obținut informația despre starea igienei cavității bucale care la toți pacienți a fost constatată ca satisfăcătoare datorită respectării recomandărilor din timpul tratamentului conservativ.

În scopul determinării stării funcționale ale arcadei dentare s-a întocmit odontoparodontograma după Курляндский, care a permis de a stabili gradul modificării rezistenței parodontiului dinților restanți pentru fiecare arcadă dentară și corelația de rezistență dintre ele. Acest obiectiv, la rând cu celelalte obținute pe parcursul investigațiilor, cât și particularitățile individuale ale tabloului clinic caracteristice pentru fiecare lot de pacienți au stat la baza conceperii și realizării tratamentului protetic etapizat orientat la normalizarea ocluziei. Etapa I a inclus măsurile de asanare a cavității bucale cu aplicarea unei cure de tratament conservativ antiinflamator pe parcursul a 14 zile. Etapa II, efectuată deseori concomitent cu măsurile din etapa I prevedea șlefuirea selectivă a contactelor dentare premature conform ocluziogramelor și nivelarea planului de ocluzie prin șlefuirea lor selectivă sau amputarea coronară a dinților migrați. Etapa a III, deseori la fel realizată pe parcursul etapelor I - II a inclus imobilizarea provizorie a dinților mobili de gr. I - II cu utilizarea compozitelor fotopolimerizabile (Carisma, Opticor, ProFil TM, Polofil Supra, Arabesk, Grandio). Etapa IV, considerată etapa finală de normalizare a ocluziei se materializa prin tratament protetic cu imobilizarea de lungă durată a dinților respectivi. Realizarea acestei etape s-a efectuat în concordanță cu particularitățile tabloului clinic a patologiei pentru fiecare lot de pacienți.

La pacienții din lotul I refacerea integrității arcadei dentare și normalizarea ocluziei s-a efectuat cu punți dentare-șini (întregturnate, metalo-acrilice, metalo-ceramice) în care numărul dinților stâlpi se determina conform calculelor indicilor odontoparodontogramei. De menționat că dinții stâlpi la colet se preparau cu prag sub unghi drept paralel festonului gingival, iar relieful ocluzal se modela în concordanță cu particularitățile individuale de structură a suprafețelor ocluzale a dinților restanți creând contacte dentare funcționale conform conceptului „long centric“.

Însă s-a constatat că modelarea contactelor ocluzale de așa tip deseori este dificilă și în mare măsură este dependentă de situația clinică care poate fi manifestată prin prezența dinților antagoniști naturali cu relieful ocluzal individualizat la un maxilar sau de absența dinților antagoniști din această zonă la ambele maxilare. Totodată materializarea conceptului „long centric” s-a constatat a fi mai simplă de realizat în a doua situație clinică, deoarece în așa situații clinice are loc modelarea concomitentă a arhitecturii ocluzale a dinților ambelor maxilare în așa mod ca vârfulurile cuspidelor intrând în contact cu fosetele dinților antagoniști să aibă o ușoară libertate în interiorul lor.

La pacienții din loturile II–III în depedență de particularitățile tabloului clinic sau confecționat numai proteze parțiale mobilizabile (scheletizate, acrilice cu elemente de șinare a dinților restanți) sau în combinație cu punți dentare în zonele respective ale arcadele dentare restante la fel cu elemente de imobilizare a dinților mobili. La 8 pacienți (2 din lotul I, 3 din lotul II, 3 din lotul III), în zonele restante ale arcadele dentare au fost confecționate șini de imobilizare permanentă din compozite fotopolimerizabile (Optacor, ProFil, Rx Force Kit (RxFlow, Rx Crown&Pontic, RxForce), Carisma, Polofil Supra) armate cu fibre de polietilenă Ribbond (SUA), Connect (SUA), Construct (SUA).

Observațiile clinice și analiza ocluziogramelor după tratament și la distanță (6–18 luni) a confirmat normalizarea ocluziei prin prezența stabilității dinților restanți și a contactelor ocluzale funcționale caracteristice unei ocluzii echilibrate.

Concluzii:

1. Evoluția parodontitelor marginale cronice asociate cu edentații parțiale contribuie la modificări de ocluzie cu instalarea dezechilibrului ocluzal.
2. Tabloul clinic al parodontitelor marginale cronice asociate cu edentații parțiale este influențat de gradul de afectare a parodonțiului, forma clinică a edentației și modificările de ocluzie.
3. Normalizarea ocluziei în tratamentul parodontitelor marginale cronice asociate cu edentații parțiale prevede măsuri etapizate de refacere a integrității arcadele dentare cu rapoarte corecte interarcadiene.

Bibliografie

1. Costin G. P. Morfologia funcțională a sistemului stomatognat. Iași: Apollonia, 2002. 376p.
2. Dumitriu Haria Traian. Parodontologie. Editura veața mediacălă Românească. București, 1997. 352 p.
3. Forna N.C. Actualități în clinica și terapia edentației parțiale întinse. Tratat de protetică dentară. Editura „Gr.T.Popa”, UMF, Iași, 2008. 390 p.
4. Ionița Sergiu – Ocluzia dentară – noțiuni de morfologie, fiziologie, patologii și tratament. Ediția a III-a. București. Editura didactică și pedagogică, 2003. 254p.
5. Lungu I., Duma I., Pop A. Si a. – Parodontologie și boala de focar. Cluj-Napoca. Tipografia UMF, 1995. 124p.
6. Maria Negucioiu, Liana Sipoș Lascu, L. Pascu – Importanța examenului clinic și diagnosticarea cazurilor de „trauma ocluzală”. Clujul medical. Vol. LXXII. 1999. Nr.3.
7. Maria Negucioiu, Liana Sipoș Lascu Alina Picos, Mariana Constantiniuc. Posibilități terapeutice în trauma ocluzală (partea a doua). Clujul medical. Vol.LXXIII. 2000. Nr.3. p. 448-453.
8. Oineagră Vasile. Morfologia și fiziologia ocluziei dentare: recom. metodice. Chișinău, 2005. 57p.
9. Sandu S.A., Hutu E. Corelația dintre diagnosticul de ocluzie și determinarea relațiilor intermaxilare la edentatul parțial. Revista română de Stomatologie. Vol. LII, Nr. 3-4, 2006. p.99 – 104.
10. Григорян А. С., Грудянов А. И., Рабухина Н. А., Фролова О. А. Болезни пародонта (текст): патогенез, диагностика, лечение. Руководство для врачей. Москва. МИА. 2004, 288 стр.
11. Дворникова Т.С. Волоконное армирование в повседневной клинической практике. Часть I. Пародонтальное шинирование. Научно-практический журнал „Институт стоматологии”, №3 (44). Москва, 2009. стр. 31-34.
12. Ряховский А.Н., Гаврилов Л.Л. Анализ точности сопоставления зубных рядов при использовании окклюзионных регистратов. Научно-практический журнал „Институт стоматологии”, №3 (44). Москва, 2009. стр. 28-31.
13. Шарова Т. В., Рогожников Г. И. Факторы нарушения окклюзии и методы ее нормализации. Пермь. Книжное издательство. 1990.446 стр.
14. Dinh X. Bui, D.D.S., M.S. Occlusion and Tooth Mobility. <http://www.drbug.com/artocclusionmobility.html>
15. Dinh X. Bui, D.D.S., M.S. Removable Partial Denture and its Effects on Periodontal Health. <http://www.drbug.com/artcpd.html>
16. Dinh X. Bui, D.D.S., M.S. Occlusion and Periodontitis. <http://www.drbug.com/artocclusionperio.html>
17. Furuki I – The effect of splinting on the tooth displacement. // Dentistry in Japan. 1993. Vol. 30. p. 69-73.
18. Giorgia M, Lindhe J. – Tooth mobility and periodontal disease. //I. Clin. Periodontol. 1997-24p. 785-795.
19. Heinz B. – Fabrication and strategic significance of a special resin composite splint in advanced periodontitis. Quintessence International. 1996. Vol. 27. #1, p.41-51.
20. Ingimarsson S., von Arx T. A. New splint technique in dental traumatology. Schweiz Monatsschr Zahnmed 2002 ; 112 (12): 1263-73.
21. Kleinfelder I. W., Ludwigt K. – Maximal bite force in patients with reduced periodontal tissue support with and without splinting. J. Periodontol.2002. Oct.; 73 (10):1184-7.
22. Rappelli G., Putignano A. – Tooth splinting with fiber-reinforced composite materials: achieving predictable aesthetics. Pract proced Aesthet Dent. 2002 – Aug; 14(6) p.495-500; quiz 501.