

# IMOBILIZAREA MULTIDIRECȚIONALĂ A DINȚILOR MOBILI ÎN TRATAMENTUL COMPLEX AL PARODONTITEI MARGINALE CRONICE GENERALIZATE ASOCIATE CU EDENȚAȚII PARȚIALE

**Mariana Ceban**  
*Catedra Stomatologie  
ortopedică, chirurgie  
OMF și implantologie  
Universitate de Stat de  
Medicină și Farmacie  
„N. Testemițanu”*

## Rezumat

Studiul prezintă o problemă actuală la capitolul parodontitei marginale generalizate cronice datorită asocierii frecvente a tabloului clinic cu edentații parțiale. În lucrare sunt abordate principiile moderne de imobilizare multidirecțională a dinților mobili prin metode directe, indirecte sau/și cu proteze dentare cu elemente de imobilizare conform indicațiilor. Reechilibrarea funcțională în baza acestui principiu asigură protecția parodontiului dinților angrenați în bloc de forțele nocive transversale rezultate la actul de masticție.

**Cuvinte cheie:** parodontită cronică marginală, imobilizarea dinților, edentația parțială.

## Summary

### MULTIDIRECTIONAL IMMOBILIZATION OF MOBILE TEETH AT PROSTHETIC TREATMENT OF MARGINAL GENERALIZED CHRONIC PARODONTITIS ASSOCIATED WITH PARTIAL EDENTATION

The exploration represents actual problem in chapter of chronic marginal generalized parodontitis due to often association of clinical picture with partial edentation. In article the modern principles of multidirectional immobilization of mobile teeth with application of direct, indirect methods or / with application of tooth artificial prostheses with immobilization elements under the indications are discussed. The functional equilibration in a basis of this principle provides protection of parodontal tissues of the teeth included in the block resisting pernicious transversal forces during mastication act.

**Key words:** chronic marginal parodontitis, immobilization of the teeth, partial edentation.

## Întroducere.

Parodontita marginală generalizată cronică prezintă o maladie a parodontului cu afectarea întregului complex de țesuturi ce înconjoară dintele (gingia, periodonțiu, țesutul osos alveolar). Tabloul clinic al acestei patologii este polimorf și se manifestă prin afectarea parodontului a unui dinte, a unui grup de dinți sau a tuturor dinților de pe una sau ambele arcadele dentare.

În fazele incipiente de declanșare a procesului patologic pacienții prezintă acuze de sângerări și inflamație a gingiei, iar ulterior în fazele mai avansate și la mobilitatea patologică a dinților, dereglări de masticție, migrări dentare.

Dacă la această fază nu se întreprind măsuri curativo-profilactice procesul patologic se extinde asupra țesutului osos afectând inițial corticala septurilor interdentare și interradiculare, substanța spongioasă a țesutului osos, apoi periodonțiu cu crearea pungilor dento-parodontale, rețracția gingivală și dezgolirea unei porțiuni radiculare a dintelui. Ca urmare a acestor procese distructive datorită schimbării coraportului coroana-rădăcină prin majorarea coroanei clinice din contul dezgolirii porțiunii radiculare forțele ocluzale obișnuite și cele masticatorii devin traumatice pentru aparatul de susținere a dinților declanșând mobilitatea lor patologică și apariția dereglărilor ocluzale. Suprasolicitarea parodontală în mare măsură este condiționată și de lipsa unor dinți extrași din diferite cauze favorizând astfel procesele distructive în parodont. Prin urmare asocierea edentațiilor parțiale de comun cu dereglările ocluzale deja existente considerabil complică tabloul clinic al parodontitei cronice marginale. În așa situații clinice se majorează supra-

solicitarea funcțională a dinților restanți, iar apariția migrărilor dentare contribuie la blocarea mișcărilor mandibulare în plan transversal cu declanșarea factorului traumatic nociv în plan orizontal. Din aceste considerente în literatura de specialitate problemelor de imobilizare, tratament protetic și echilibrare ocluzală în terapia complexă a parodontitei marginale cronice se acordă o atenție cuvenită (2, 4, 5, 6, 9, 11). În acest context se subliniază importanța șlefuirii selective a dinților atât în scopul lichidării contactelor dento-dentare premature, cât și la nivelarea planului de ocluzie (1, 3, 5, 6, 7, 8, 14). La rândul său imobilizarea dinților mobili, ca tratament parodontal special se divizează în imobilizarea provizorie și permanentă sau definitivă. Actulmente există un mare număr de sisteme de imobilizare a dinților mobili printre care vom menționa și cele perfecționate în ultimii ani prin aplicarea compozitelor fotopolimerizabile și a fibrelor de sticlă sau polietilenă (Connect, Ribbon). Referitor la principiile imobilizării se pledează pentru o imobilizare cât mai extinsă incluzând și dinții stabili din vecinătatea celor mobili, pentru o angrenare multidirecțională capabilă să se opună nu numai forțelor paraaxiale, dar și a celor transversale cu componentele oblice rezultate în timpul actului de masticatie, care nociv influențează parodontul (3, 5, 6, 10, 11, 13). În situațiile clinice complicate cu asocierea edentațiilor parțiale restaurarea protetică prevede o combinare a componentelor protetice cu cele de imobilizare asigurând astfel reechilibrarea ocluzală individualizată. Însă actualmente rămân insuficient studiate mai multe aspecte ale imobilizării multidirecționale a dinților mobili în combinație cu restaurările protetice la prezența edentațiilor parțiale. Studiul acestei probleme în continuu v-a sporit eficiența tratamentului complex al parodontitelor cronice marginale asociate cu edentații parțiale.

Scopul lucrării: studiul particularităților de imobilizare multidirecțională a dinților mobili în combinație cu tratamentul protetic al parodontitelor marginale generalizate cronice asociate cu edentații parțiale.

### Material și metode

Studiul a fost realizat pe un număr de 34 de pacienți cu vârsta cuprinsă între 29–34 ani, 21 de sex feminin și 13 de sex masculin cu parodontite marginale generaizate cronice de grad ușor și mediu asociate cu edentații parțiale. La alegerea pacienților s-a ținut cont de faptul că să nu prezinte antecedente medicale semnificative și în primul rând maladiile sistemului endocrin, tractului digestiv. Referitor la diagnosticul de parodontită marginală generalizată cronică acesta a fost stabilit în baza sumării datelor anamnestiche cu rezultatele investigațiilor clinice și paraclinice. Varietatea edentației parțiale se determină conform clasificării Kennedy. La rând cu examenul clinic-instrumental obișnuit s-a efectuat parodontometria, înregistrarea contactelor dento-dentare cu hârtie de articulare și a ocluziogramelor în ceară, biometria modelelor de studiu, ortopantomografia, radiografia

intraorală, se întocmea odontoparodontograma și s-a determinat indicele gingival (Silness-Loe; PBI).

### Rezultatele și discuții

În baza analizei rezultatelor examenului clinic s-a stabilit extinderea procesului patologic (localizat, generalizat) cât și gradul de manifestare (ușor, mediu) a parodontitei cronice marginale cu prezența semnelor clinice de remisie a procesului patologic ca urmare a tratamentului conservativ-chirurgical finalizat. Examenul clinic a depistat semne de retracție gingivală de diferit grad în limitele 1 – 4 mm la un grup de dinți sau a tuturor dinților prezenți pe una sau ambele arcade dentare. Rezultatele parodontometriei au remarcat prezența pungilor dento-parodontale cu adâncime de până la 6 mm. În baza acestui obiectiv pacienții au fost divizați în două loturi: 1) cu parodontită cronică marginală de grad ușor (1 – 4 mm) și 2) cu parodontita cronică marginală de grad mediu (4 – 6 mm). În procesul de determinare a gradului de mobilitate patologică a dinților s-a apreciat o manifestare individuală cu prezența în majoritatea cazurilor a mobilității unor dinți de grad I – II. Însă o oarecare corelație dintre gradul de mobilitate dentară și adâncimea pungilor dento-parodontale nu a fost evidențiată. Acest fapt a fost confirmat și prin rezultatul analizei filmelor ortopantomografice pe care s-a evidențiat atrofia și resorbția țesutului osos alveolar, lărgirea spațiului alveolo-dentar, iar în unele cazuri și a prezenței pungilor osoase. Asocierea edentației parțiale în evoluția parodontitelor cronice marginale complică considerabil tabloul clinic al patologiei date favorizând dezagregarea sistemului dentar cu instalarea dezechilibrului ocluzio-articular și a disfuncției musculare. Aceste criterii au stat la baza sistematizării situațiilor clinice conform clasificării edentației parțiale după Kennedy. Ținând cont de faptul că la o persoană edentația parțială deseori era manifestată printr-o îmbinarea topografică variată a celor 4 clase pe ambele arcade dentare pacienții au fost sistematizați în raport de clasa edentației pe fiecare arcadă dentară: clasa I – 9 cazuri, clasa a II – 12 cazuri, clasa a III – 35 cazuri, clasa a IV – 3 cazuri; iar în 9 cazuri arcadele dentare erau integre. Examenul clinic endobucal a permis de a evidenția în 21 (61,7 %) cazuri prezența diferitor varietăți de proteze dentare conjuncte (coroane de înveliș, punți dentare) sau/și a protezelor parțiale amovibile. Referitor la sistematizarea pacienților în depezență de extinderea procesului patologic în parodont (localizat, generalizat) s-a apelat la diagnosticul diferențiat determinat în baza însumării datelor anamnestiche, examenului clinic și radiologic. Necătând la faptul că pacienții au fost selectați și în baza anamnezei cu afirmația subiectivă despre absența maladiilor generale, noi nu excludem prezența lor în multe cazuri, care la rând cu factorii locali au influențat declanșarea parodontitei cronice marginale generalizate. În acest context parodontita cronică marginală localizată ca urmare a traumei mecanice de marginile obturațiilor incorect confecționate, marginile coroanelor de înve-

liș, suprasolicitarea funcțională a dinților restanți, etc. a fost diagnosticată la 9 pacienți, iar forma generalizată – la 25 pacienți.

Conceperea și realizarea tratamentului complex au fost determinate de particularitățile tabloului clinic și statusul stomatologic. În baza acestor criterii a fost întocmit algoritmul de tratament complex cu asigurarea imobilizării multidirecționale a dinților mobili și a echilibrării ocluzale. Ținând cont de influența nocivă a forțelor transversale cu componentele oblice rezultate în timpul funcției asupra parodontului dinților în dependență de poziția lor și curbura arcadei dentare conform principiilor biomecanice angrenarea multidirecțională asigură neutralizarea factorului traumatizant prin grupul de dinți din altă direcție. Prin urmare imobilizarea multidirecțională trebuie să includă dinți din două sau mai multe direcții (imobilizarea circulară). Reezind din aceste principii algoritmul de tratament complex a inclus:

- 1) șlefuirea selectivă a contactelor ocluzale premature cu nivelarea planului de ocluzie (la indicații);
- 2) restaurări unidentare a reliefului ocluzal a dinților laterali cu refacerea individuală a microprotezelor și restabilirea echilibrului ocluzal
- 3) imobilizarea multidirecțională a dinților mobili prin consolidare în blocuri ca tratament de reabilitare a stabilității dinților mobili;
- 4) tratament protetic cu elemente de imobilizare multidirecțională prin extinderea maximă a sistemului proiectat.

Acest algoritm a fost realizat individual în tratamentul a 8 pacienți prin imobilizarea multidirecțională a dinților restanți cu fotopolimeri (Opticor, Amaris, Master Fill, Arabesk) cu/sau fără ramforsate cu fibre de sticlă, polietilenă „Connect”, „Ribbond”, „Construct”. La 8 pacienți acest tratament parodontal specific a fost completat de confecționarea punților dentare stabilizatoare întreg turnate (6), metalo-ceramic (22), metalo-acrilice (14). În situațiile clinice încadrate în clasa I, II sau clasa a III Kennedy extinse s-au confecționat proteze dentare mobilizabile cu elemente de imobilizare tip Kemeny din Valplast s-au acrilate termopolimerizabile.

Observațiile clinice pe parcursul a 1 – 1,5 ani după finisarea tratamentului au confirmat stabilizarea dinților mobili în toate cazurile cu utilizarea imobilizării multidirecționale cu/sau fără tratamentul protetic cu punți dentare stabilizatoare. La 5 pacienți cu proteze dentare mobilizabile și sisteme de imobilizare tip Kemeny din acrilate termopolimerizabile s-a constatat extinderea recesiei gingivale cu majorarea mobilității patologice a unor dinți limitrofi breșelor.

## Concluzii

1. Imobilizarea multidirecțională a dinților mobili în tratamentul complex al parodontitei marginale generalizate cronice asigură reechilibrarea ocluzală cu protecția de forțele funcționale transversale traumatizante parodontului dinților consolidați într-un bloc pluridental.
2. În situațiile clinice ale parodontitei marginale generalizate cronice asociate cu edentații parțiale reechilibrarea funcțională poate fi realizată prin combinarea angrenării dinților restanți mobili prin tehnici directe cu utilizarea fotopolimerilor și/sau cu proteze dentare cu elemente de imobilizare conform indicațiilor.

## Bibliografie

1. Calmaz Daniela, Ursache Maria. Considerații biologice parodontale și dentare ale compozitelor indirecte utilizate în terapia de acoperire. Zilele facultății de medicină dentară. Ed. a II-a. Iași, 2005, partea a I-a, p. 55-58.
2. Gheorgescu I.B.T., Georgescu Carmen, Vargida Daniela. Trauma și terapia ocluzală. Zilele facultății de medicină dentară. Ed. a II-a. Iași, 2005, partea a I-a, p. 144-146.
3. Constantinescu M., Mocanu Constanța, Nicolaescu V. Corelații privind designul, conceperea și realizarea restaurărilor coronare și condiția parodontală. Zilele facultății de medicină dentară. Ed. a II-a. Iași, 2005, partea a I-a, p.79-81.
4. 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.
5. Ingimarsson S., von Arx T. A. New splint technique in dental traumatology. Schweiz Monatsschr Zahnmed 2002 ; 112 (12): 1263-73.
6. Daniela Condor. Monitorizarea etapelor de tratament în parodontopatiile marginale cronice. Rezumat tezei de doctor în medicină. Cluj-Napoca, 2009 [http://www.umfcluj.ro/Document\\_Files/Doctorat-Rezumate-Teze-de Doctorat/00000278/exrnb\\_Condor%20rezumat.pdf](http://www.umfcluj.ro/Document_Files/Doctorat-Rezumate-Teze-de Doctorat/00000278/exrnb_Condor%20rezumat.pdf)
7. Forabosco A., Grandi T., Cotti B. The importance of splinting of teeth in therapy of periodontitis. Minerva Stomatol. 2006 Mar; 55 (3):87-97 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16575381>
8. Акулович А. В., Орехова Л. Ю. Современные методики шинирования подвижных зубов в комплексном лечении заболеваний пародонта. Новое в стоматологии. 1999. №4. стр.25-32.
9. Арутюнов С. Д., Борисов Н. А., Косырева Т. Ф. Лечение болезни пародонта с применением современных материалов на основе полиэтиленовых волокон Риббонд (лекция). Проблемы нейростоматологии и стоматологии. 1997. №1. стр.69-71.
10. Белоусов Н. Н., Петрикас О. А. Адгезивные шины – современный метод выбора при шинировании зубов. Новое в стоматологии. 2000. № 4, стр. 75-77.
11. Бронников О.Н. Клинико-функциональная сравнительная оценка методов шинирования у больных хроническим генерализованным пародонтитом. Автореф. Дис. канд.мед. наук. Москва. 2005 – 21 стр.
12. Жолудев С. Е., Шустов Е. Л., Ворожцов Ю. Д. Шинирование зубов при заболеваниях пародонта. Уральский стоматологический журнал. 2002. №1. стр. 42-44.
13. Ряховский А.Н. Вантовые зубные протезы. Часть 1. Шинирование зубов. Стоматология, Москва, № 2, 2003, с.45-50.
14. Целов Л.М., Николаев А.И., Михеева Е.А. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта. 272 стр. 2008 г.