

# TRATAMENTUL COMPLEX AL AFECȚIUNILOR PARODONȚIULUI ASOCIATE CU EDENȚAȚII PARȚIALE

Valeriu Fala<sup>1</sup>,  
d.m. conf. univ.,  
Vitalie Gribenco<sup>2</sup>,  
asist. univ.,  
Vitalie Pântea<sup>3</sup>,  
asist. univ.,  
Lilian Nistor<sup>4</sup>,  
doctorand,  
Igor Cazacu<sup>5</sup>,  
asist. univ.,  
Radu Bolun<sup>6</sup>,  
doctorand,  
Boris Golovin<sup>7</sup>,  
d.m. conf. univ.,

<sup>1,4,6,7</sup> Catedra Chirurgie  
OMF, Implantologie  
orală și Stomatologie  
terapeutică „Arsenie  
Guțan”, USMF „Nicolae  
Testemițanu“

<sup>2,3</sup> Catedra Stomatologie  
ortopedică „Iarion  
Postolachi”, USMF  
„Nicolae Testemițanu“

<sup>5</sup> Catedra Chirurgie  
OMF pediatrică,  
Pedodonție și  
Ortodonție, USMF  
„Nicolae Testemițanu“

## Rezumat

Au fost examinați complex (clinic și paraclinic) 34 pacienți (18b, 16f), cu vârsta cuprinsă între 35-52 ani, cu parodontite marginale cronice profunde lent progresive, complicate cu migrări dentare și asociate cu edentații parțiale. S-a constatat că patologia se caracterizează prin lezarea lentă, însă în progrese, a elementelor de suport ale dinților, iar în aspect clinicoradiologic, printr-o serie de semne și/sau simptome dominante: congestie gingivală și distrucție osoasă, ceea ce duce la apariția pungilor parodontale, mobilitate și migrarea dinților.

Particularitățile manifestărilor clinice, datele examenelor paraclinice utilizate de noi, au stat la baza elaborării metodei moderne de tratament complex a parodontitelor marginale cronice cu migrări dentare. Scopul acestei metode este asocierea unor măsuri moderne de diagnostic și tratament pentru refacerea echilibrului morfo-funcțional și ameliorarea homeostaziei locale și loco-regionale la pacienți cu parodontite marginale cronice lent progresive complicate cu migrări dentare și asociate cu edentații parțiale.

**Cuvinte cheie:** parodontită marginală cronică, migrare dentară, reabilitare ocluzală, imobilizarea dinților, diagnostic ocluzal funcțional.

## Summary

### COMPLEX TREATMENT OF PERIODONTAL DISEASES ASSOCIATED WITH PARTIAL EDENTATIONS

A complex examination (clinical and paraclinical) was conducted on 34 patients (18 m, 16 f, aged between 35-52 yrs.), presenting slowly-progressing deep marginal chronic periodontitis, complicated with dental migrations and associated with partial edentations. It was concluded that the disease is characterized by a slowly-progressing damage to the supporting elements of the teeth, and in a radiologically-clinical aspect, by a series of dominant symptoms and signs, like gingival congestion and bone destruction, which leads to periodontal pockets formation, mobility and migration of the teeth.

The particularities of the clinical signs and the data from paraclinical tests, were used to develop a modern method of complex treatment of the chronic marginal periodontitis, associated with dental migrations. The goal of this method is to associate modern diagnostic techniques with the treatment, in order to reestablish the morpho-functional balance and to improve local and loco-regional homeostasis, for patients with slowly-progressing deep marginal chronic periodontitis, complicated with dental migrations and associated with partial edentations.

**Key words:** chronic marginal periodontitis, dental migration, occlusal rehabilitation, tooth immobilization, functional occlusal diagnosis.

## Actualitatea temei

Afecțiunile parodontiului marginal constituie unele dintre cele mai frecvente afecțiuni ale aparatului dento-maxilar și implică peste 95-98% din populația adultă. [2;4]

Parodontita marginală cronică cu afectarea parodontiului profund, reprezintă la rândul său o afecțiune complexă, urmările ei fiind de ordin distructiv și proliferativ. [3;7]

Sistemul stomatognat, fiind prezentat de un complex de organe și țesuturi, este considerat un sistem complicat prin corelația dependentă dintre componentele sale morfologice și realizarea funcțiilor proprii.

După cum afirmă [5;9;12] etiologia parodontitelor marginale cronice cunoaște factori locali și cei generali, determinanți, cărora li se asociază factori favorizanți și influența factorilor de risc.

În acest context, prezența edentațiilor parțiale ne-tratate timp îndelungat poate fi considerată ca factor favorizant la apariția parodontitei marginale cronice (PMC). [4;9]

Edentațiile parțiale la rândul său produc modificări ale echilibrului morfo-funcțional ale sistemului stomatognat, datorită migrărilor dentare în leziunile parodontale cu modificări ale contactelor dento-dentare. În situațiile clinice respective dezechilibrul ocluzal, ce se manifestă prin micșorarea contactelor dento-dentare și transmiterea forțelor ocluzale în afara axului lung a dinților, declanșează procese patologice în parodontiu cu consecințele ulterioare. [3;5;12]

În literatura de specialitate sunt elucidate aprofundat informații privitor la rolul traumei ocluzale în evoluția parodontitei marginale cronice (PMC). Astfel contactele ocluzale nefuncționale produc instalarea unei ocluzii instabile cu dispersia forțelor ocluzale în afara axului lung a dinților, favorizând procesele de distrucție a parodontiului dinților respectivi.

În același timp, contactele premature și interferențele ocluzale produc suprasolicitarea dinților, capabile să provoace leziuni ale aparatului de susținere atunci când rezistența țesuturilor parodontale este redusă. Suprasolicitarea funcțională a dinților provoacă la rândul său tulburări de circulație sanguină, distrugerii ligamentare și lărgirea spațiului periodontal.

Slăbirea rezistenței țesuturilor parodontale produce mobilitate dentară, substituirea fibrelor parodontului cu țesut de granulație, apariția migrărilor dentare.

Metodele de tratament descrise în literatură sunt complexe, în conformitate cu cauzele apariției și entității nozologice de afecțiune parodontală.

Parodontita marginală cronică, reclamă metode de tratament conservative, chirurgicale, ortopedo-protective, redresări ortodontice, aplicate în mod oportun și asociate în diverse forme, care oferă posibilitatea de a executa un tratament efectiv, capabil să frâneze evoluția procesului morbid.

După cum susțin [2;3;4] terapia parodontitei marginale cronice include etape distincte de tratament etiologic și patogenetic cu utilizarea metodelor și mijloacelor de acțiune asupra diferitor verigi a procesului distructiv-inflamator.

Din necesitatea complexității tratamentului parodontitei marginale cronice, sistematizarea rațională a etapelor de tratament va asigura un prognostic favorabil.

Astfel etapa inițială (etiologică) are ca scop stoparea evoluției parodontitei marginale cronice, prin eliminarea și controlul asupra plăcii bacteriene.

O sistematizare de acest fel este dată de [3;7;8;9;12] unde etapa inițială cuprinde tratamentul parodontal, odontal și preprotetic, inclusiv și restaurări protetice provizorii.

Următoarea etapă denumită și corectivă cuprinde măsuri terapeutice tradiționale și moderne, având ca scop restabilirea funcției și a aspectului estetic prin terapie endodontică, metode chirurgicale, tratamente conservatoare și protetice cu reechilibrarea ocluzală.

Aici este important să menționăm că reabilitarea ocluzală își are ca obiectiv refacerea individuală și co-

relativă a parametrilor ocluzali care vor asigura o funcționalitate optimă.

Astfel analiza unui șir de factori cum ar fi traiectoria condiliană, unghiul Bennett, unghiul dintre planul ocluzal și traiectoria condiliană, forma curbelor de ocluzie, care influențează mișcările cu contact dentar, guvernează modelarea și aranjamentele cuspizilor și al șanțurilor ocluzale.

Îndeplinirea acestor prevederi este indispensabilă fără utilizarea articuloarelor adaptabile. [1;8;10;11]

Respectiv înregistrarea datelor specifice prin intermediul arcurilor faciale anatomice sau cinetice, va oferi informația necesară pentru programarea articuloarelor.

Diagnosticul instrumental-funcțional efectuat pacienților cu parodontită marginală cronică de gravitate medie și grave, asociate cu edentații parțiale și cu migrări dentare îi va permite medicului să elaboreze schema de reabilitare ocluzală în baza conceptuală.

Respectarea acestui deziderat, la rând cu imobilizarea individuală a dinților restanți, pentru repartizarea uniformă a forțelor funcționale, va asigura în final un prognostic favorabil.

### Scopul lucrării

Asocierea unor măsuri moderne de diagnostic și tratament pentru refacerea echilibrului morfo-funcțional și ameliorarea homeostaziei locale și loco-regionale a pacienților cu parodontite marginale cronice profunde lent progresive, complicate cu migrări dentare și asociate cu edentații parțiale.

### Material și metode

Au fost examinați complex (clinic și paraclinic) 34 pacienți (18 b, 16 f), cu vârsta cuprinsă între 35-52 ani, cu parodontite marginale cronice profunde lent progresive, complicate cu migrări dentare și asociate cu edentații parțiale. Examenul clinic s-a efectuat după schema standart, completat cu examenul clinic al ocluziei dentare efectuat pe etape distincte: -examenul ocluzal general și cel specific. La rând cu aceasta s-a efectuat parodontometria, utilizând sonda gradată, recomandată de OMS. Datele examenului clinic au fost completate cu cele oferite de metodele imagistice (OPG, TRG, CT), diagnosticul funcțional-instrumental, condilografia. Investigațiile paraclinice sau efectuat până la tratament, în timpul, după tratament și la distanță de un an și trei ani.

### Rezultate și discuții

**Caz clinic: (Partea I)** Pacientul G.L. 44 ani, s-a adresat la C.S. „Fala-Dental“ prezentînd următoarele acuze:

- dureri în regiunea unor dinți;
- sângerări gingivale periodice;
- dificultăți în timpul masticăției, ca urmare a lipsei parțiale a dinților;
- dureri în regiunea ATM, cefalee matinală;
- oboseală musculară.

La examenul clinic primar prin inspecție au fost determinate următoarele semne:

- asimetria feței;
- igiena orală nesatisfăcătoare;
- migrări dentare în evantai a dinților frontali;
- prezența edentațiilor bilaterale terminale la ambele maxilare;

- multiple obturații pe suprafețele ocluzale și în regiunea coletului,
- au fost determinate afecțiuni carioase și uzuri ale smalțului.

Pacientul de sine stătător a îndeplinit ancheta standard, utilizată în cadrul C.S. „Fala Dental”, ce include întrebări privind starea medicală și cea stomatologică a

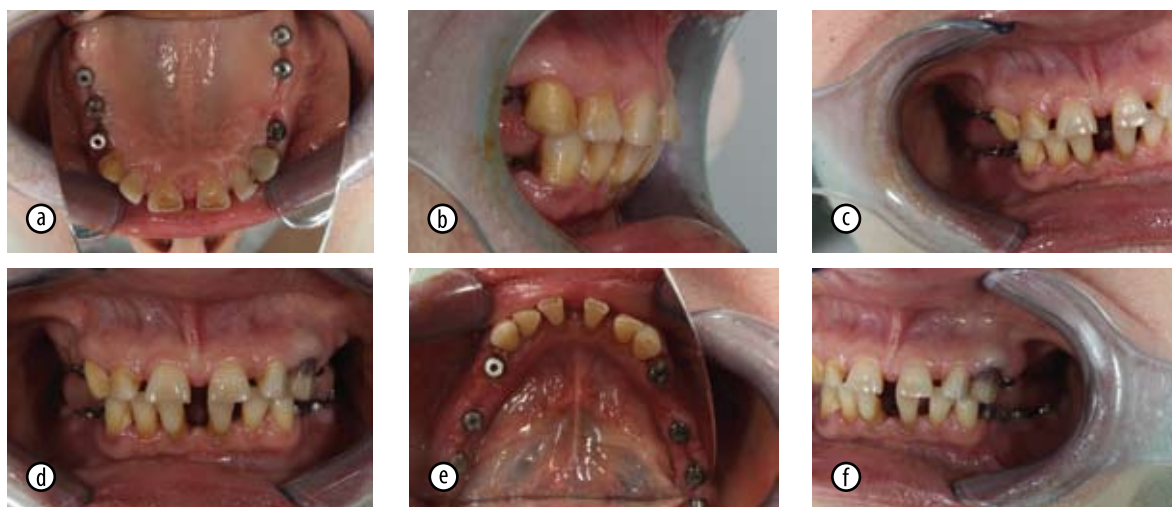
pacientului. În timpul discuției, din spusele pacientului nu au fost atestate reacții alergice la preparate medicamentoase (inclusiv și la anestezice). La anestezici s-a efectuat alergograma. Afecțiuni ale sistemului cardiovascular, boli cronice, hepatita B, C, HIV-infecții — pacientul a negat.



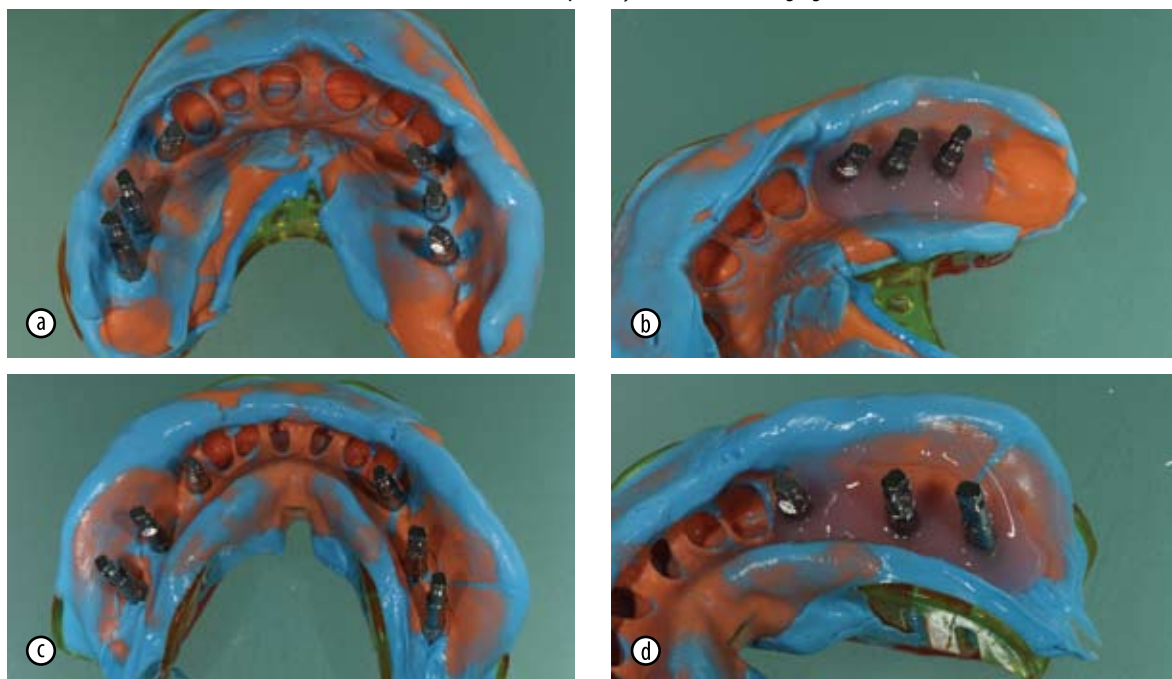
**Fig. 1** OPG pacientului până la tratament



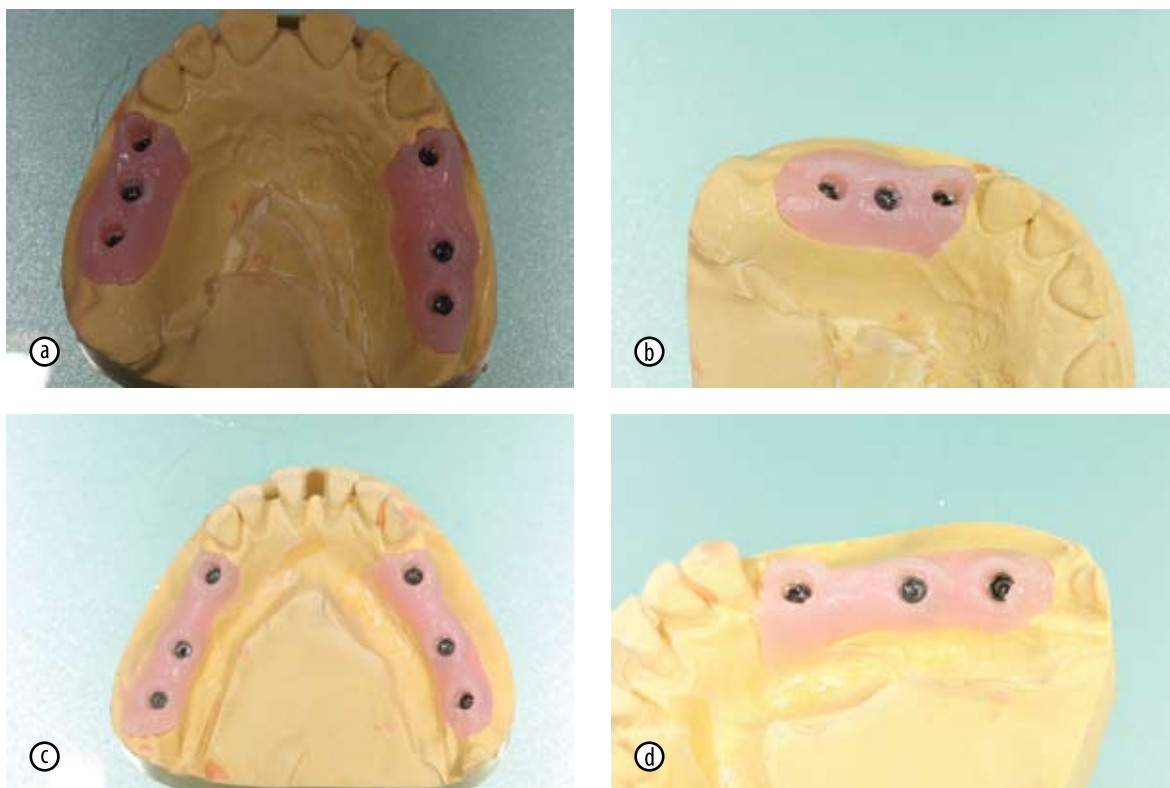
**Fig. 2** OPG pacientului după etapa chirurgicală de implantare



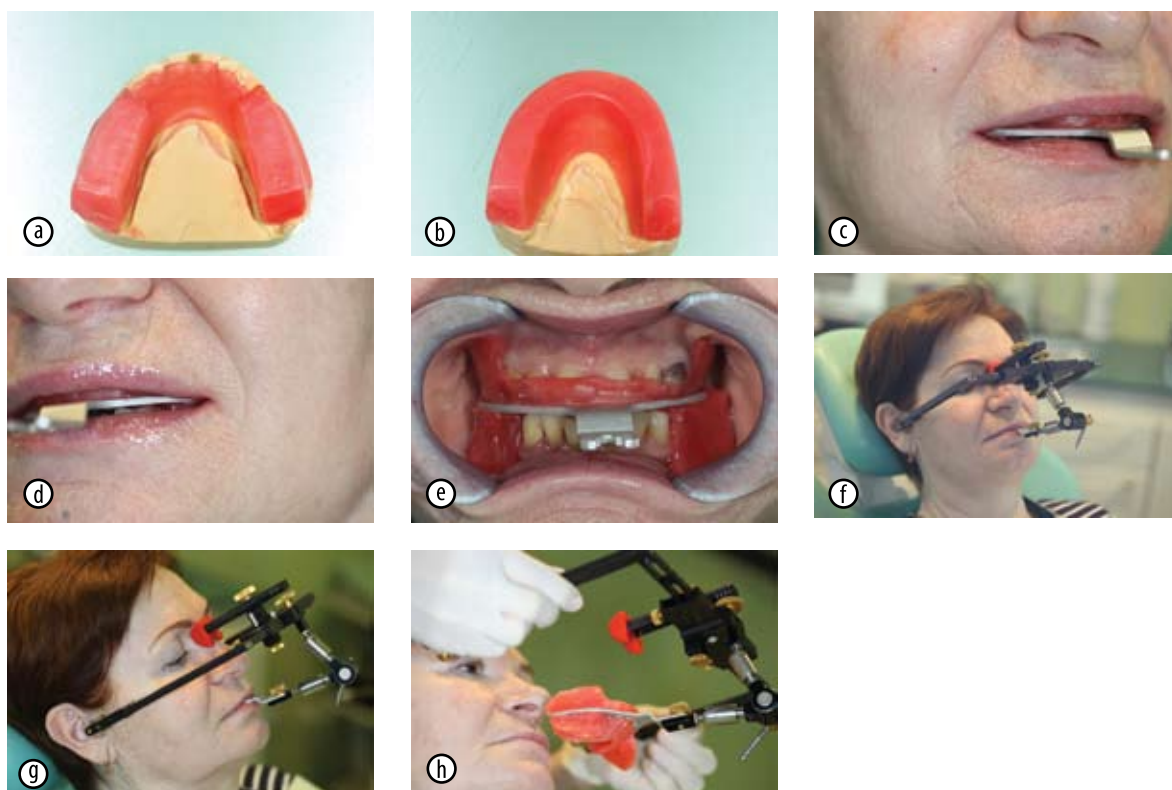
**Fig. 3.** Aspectul arcadelor dentare cu edentații bilaterale terminale a arcadei dentare superioare, dinții restanți cu semne de uzură dentară, tremu și diasteme (ca urmare a migrațiilor dentare). (a,b,c,d,e) — în zonele edentate sunt prezente formatoarele de gingie arcadele dentare angrenate semnificativ prezenta migrațiilor dentare, (f) — aspectul arcadei dentare inferioare cu prezența diastemei și tremeloz, semne de uzură dentară, în zonele edentate prezenta formatoarelor de gingie .



**Fig. 4.** Amprente finale monofazice cu dispozitivele de transfer, pentru confecționarea construcțiilor provizorii: (a,b) la maxilla; (c,d) la mandibulă.

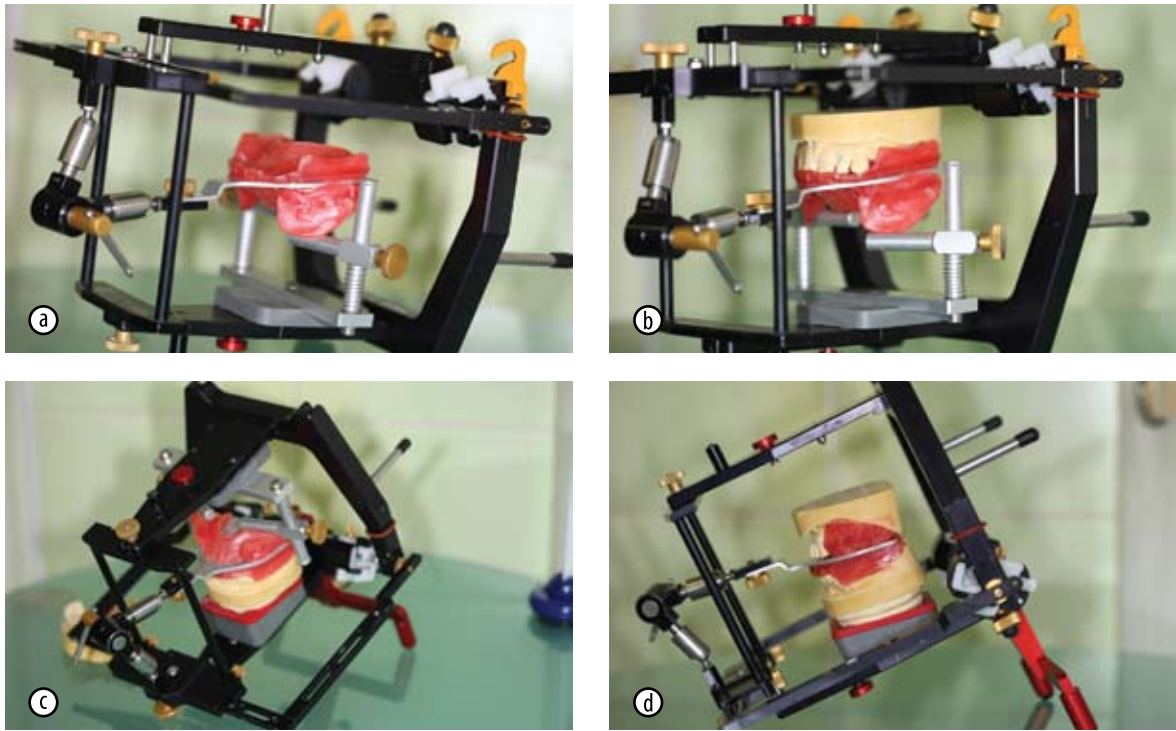


**Fig. 5.** Modele de lucru cu stâlpi analogi ai implantelor:  
(a,b) la maxillă;  
(c,d), la mandibulă.

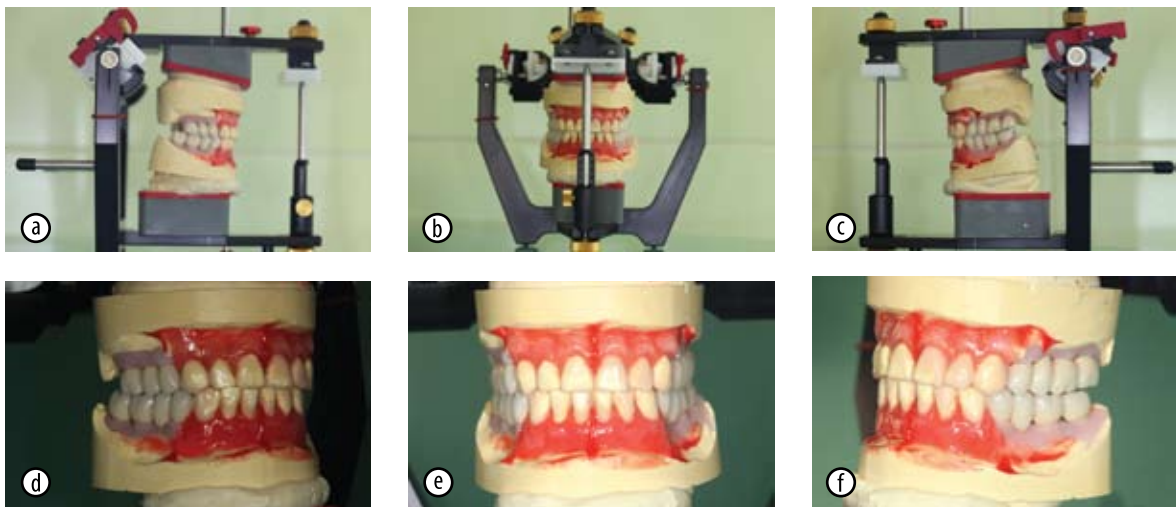


**Fig. 6.** Determinarea relațiilor intermaxilare:  
(a,b)- șabloane cu borduri de ocluzie confecționate din ceară;  
(c,d)- poziționarea sablonului cu bordură de ocluzie la maxillă împreună cu (e) fixarea sabloanelor cu borduri de ocluzie în RC împreună cu (f,g) aplicarea arcului facial anatomic.  
(h) - Înlăturarea arcului facial anatomic împreună cu sabloanele cu borduri de ocluzie.

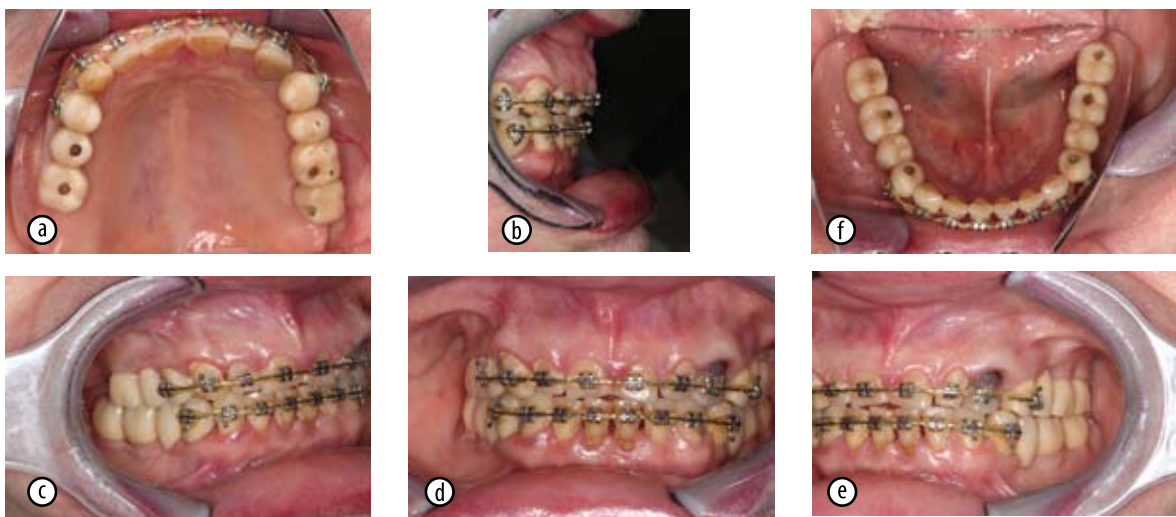




**Fig. 7.** Montarea modelelor de lucru în articulatorul adaptabil "Reference":  
 (a) poziționarea sabloanelor cu borduri de ocluzie; (b) montarea modelului de lucru a maxilei;  
 (c) montarea modelului de lucru a mandibulei; (d) aspectul modelelor montate în articulatorul adaptabil.



**Fig. 8.** Reglarea articulatorului și modelarea set-up-ului



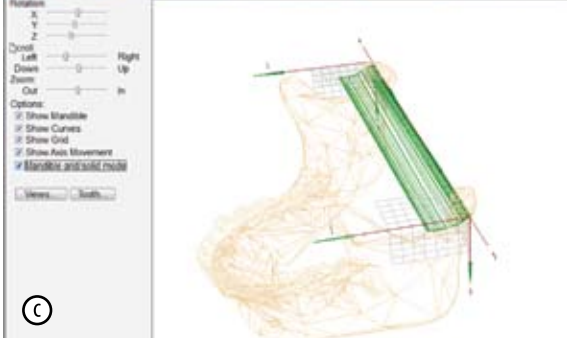
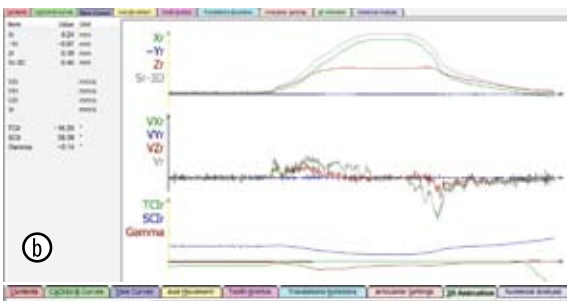
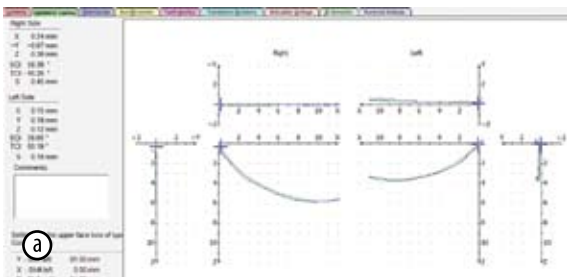
**Fig. 9.** Aspectele arcașelor dentare la etapele de tratament complex prin redresarea ortodontică și utilizarea construcțiilor protetice provizorii demontabile pe suporturile implantare



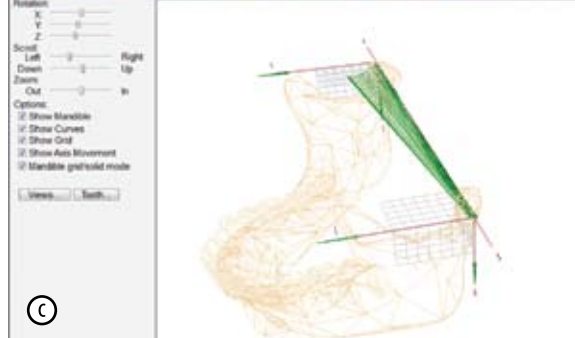
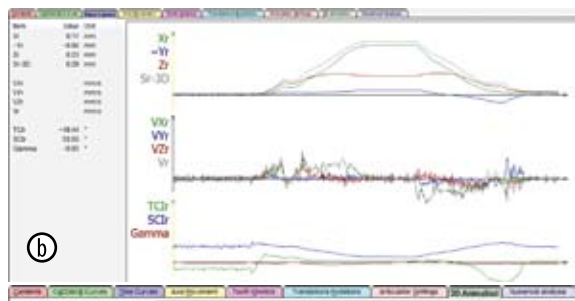
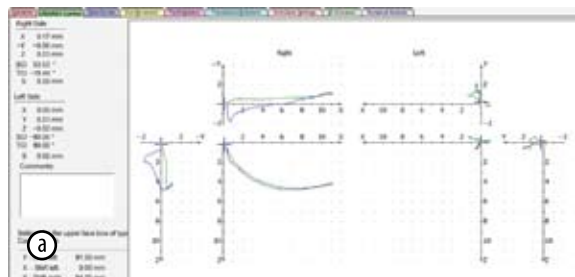
**Fig. 10.** (a) - aspectele arcadelor dentare la finalizarea tratamentului ortodontic  
(b) - secvențe ale imobilizării dinților frontali inferiori prin tehnica directă



**Fig. 11.** Imobilizarea dinților restanți inferiori și restaurările dentare estetice prin tehnica directă



**Fig. 12.** Protruzia-retruzia, Condylografia



**Fig. 13.** Laterotruzia. (Medio-right free). Condylografia



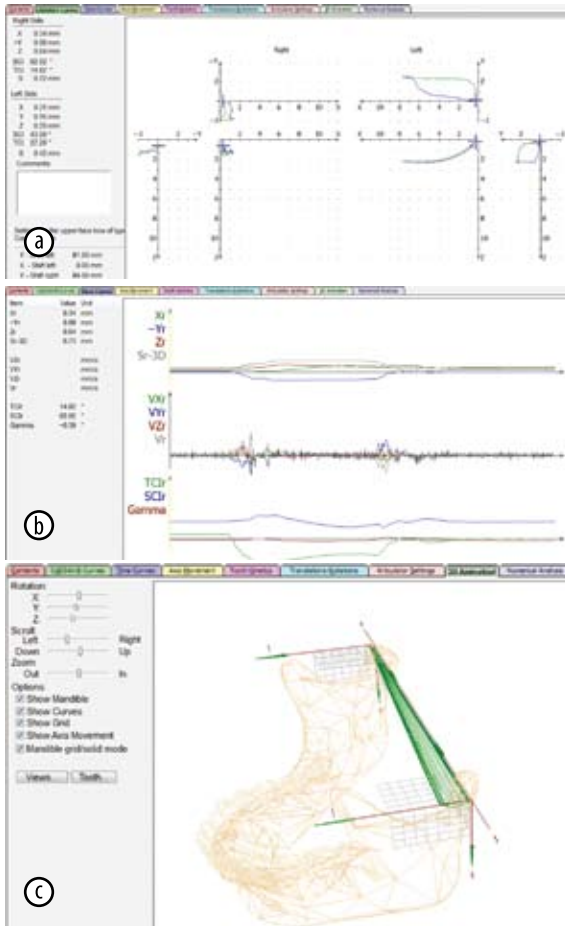


Fig. 14. Laterotruzia. (Medio-left free). Condilografia

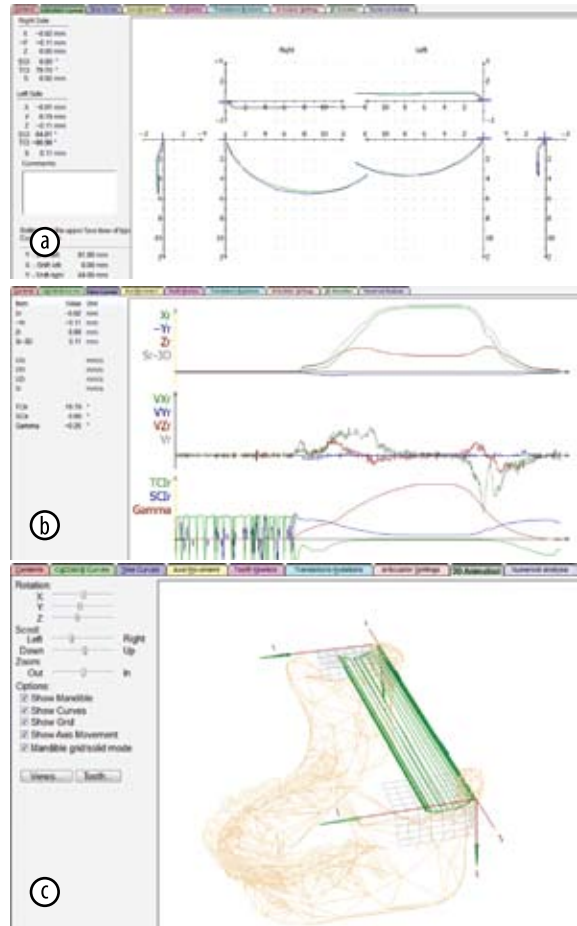


Fig. 15. Mișcări de deschidere/închidere. (Open/close). Condilografia

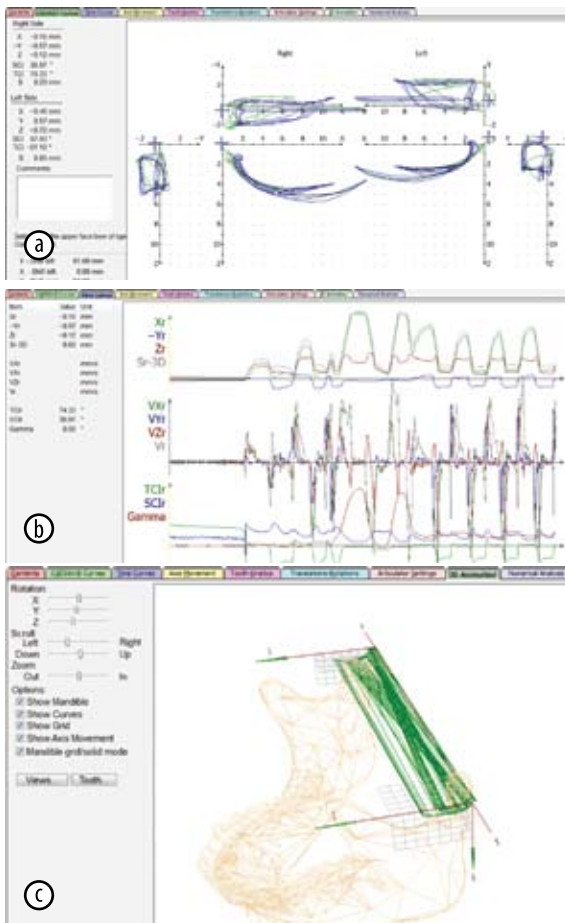


Fig. 16. Mișcări libere ale mandibulei (Free movement). Condilografia



Fig. 17. Teleradiograma de profil cu evidențierea bilei metalice care indică axa balamă-terminală individuală și punctul infraorbital

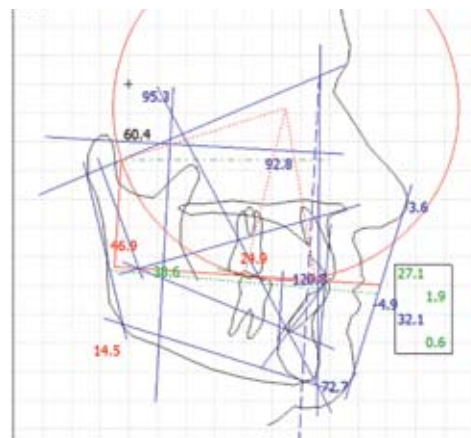


Fig. 18. Cefalometria radiologică. Analiza după Slavicek

Slavicek Analysis				
Skeletal Measurement		Norm	Value	Trend
Facial Axis	90.0 °	95.3	18*	
Facial Depth	89.0 °	92.7	1+*	
Mandibular Plane	24.0 °	14.4	2B**	
Facial Taper	68.0 °	72.7	1B*	
Mandibular Arc	29.0 °	46.8	4B***>	
Maxillary Position	65.0 °	78.8	5+***>	
Convexity	0.0 mm	3.6	1X*	
Lower Facial Height (by R.Slavicek)	40.8 °	38.5		
Lower Facial Height to Point D	50.3 °	45.8		
Dental Measurement		Norm	Value	Trend
Interincisal Angle	132.8 °	120.8	1+*	
Upper Incisor Protrusion	4.3 mm	1.8		
Upper Incisor Inclination	23.1 °	27.0		
Upper Incisor Vertical	mm	-0.7		
Lower Incisor Protrusion	1.2 mm	0.6		
Lower Incisor Inclination	24.1 °	32.0	1+*	
Upper Molar Position	18.0 mm	24.9	3+***	
Occlusal plane		Norm	Value	Trend
Occlusal Plane - Axis Orbital Plane (Slavicek)	----- °	3.7		
Idealized Occlusal Plane - Axis Orbital Plane	----- °	6.1		
Distance Occlusal plane - Axis (DPO)	40.9 mm	37.6		
Radius of Curve of Spee	----- mm	60.3		
Lip Embrasure	0.0 mm	2.8		
Occlusal Plane X Distance	-1.4 mm	-0.2		
Functional Measurement		Norm	Value	Trend
Horizontal Condylar Inclination right	*			
Horizontal Condylar Inclination left	*			
Horizontal Condylar Inclination	*			

a

Slavicek Interactive Verbal Analysis				
<b>The skeletal trend of the skull is brachyfacial</b>				
The skeletal trend of the mandible is extremely brachyfacial				
Skeletal class is severe II				
The maxilla is positioned extremely prognathic				
The mandible is positioned stark prognathic				
The lower facial height is normal				
Dental class unknown				
The protrusion of the upper incisor is normal				
The inclination of the upper incisor is normal				
The protrusion of the lower incisor is normal				
The inclination of the lower incisor is increased				
The interincisal angle is diminished				
Occlusal concept: Tendency to group function				
No functional statement available				
Explanation				
Determinants	Norm	Value	Trend	
Facial Axis	90.0 °	95.3	18*	
Facial Depth	89.0 °	92.7	1+*	
Facial Taper	68.0 °	72.7	1B*	
Mandibular Plane	24.0 °	14.4	2B**	
Related Values		Norm	Value	Trend
Bjorker Sum	396.0 °	378.1	7+***>	
Facial Length Ratio	63.5 %	79.2	7+***>	
Y Axis to S-N	67.0 °	60.5	2+**	
Y Axis (Downs)	61.2 °	54.7	2+**	
S-N to Gonion Gnathion Angle	32.6 °	18.1	4+***>	

b

Fig. 19. Analiza interactivă verbală Slavicek

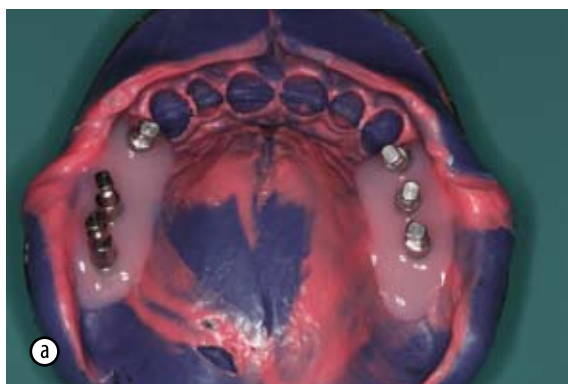
Slavicek Interactive Verbal Analysis				
The skeletal trend of the skull is brachyfacial				
The skeletal trend of the mandible is extremely brachyfacial				
<b>Skeletal class is severe II</b>				
The maxilla is positioned extremely prognathic				
The mandible is positioned stark prognathic				
The lower facial height is normal				
Dental class unknown				
The protrusion of the upper incisor is normal				
The inclination of the upper incisor is normal				
The protrusion of the lower incisor is normal				
The inclination of the lower incisor is increased				
The interincisal angle is diminished				
Occlusal concept: Tendency to group function				
No functional statement available				
Explanation				
Determinants	Norm	Value	Trend	
Maxillary Position	65.0 °	78.8	5+***>	
S N A Angle s-n-ss	80.5 °	90.7	5+***>	
Maxillary Depth	90.0 °	96.5	2+**	
Facial Depth	89.0 °	92.7	1+*	
S N B Angle	78.3 °	85.3	3+***	
S N D Angle	76.0 °	83.2	3+***	
Maxilla/Mandibula differential skeletal	0.0 %	235.4	2P**	
Maxillary skeletal location	0.0 %	469.4	4P***>	
Mandibular skeletal location	0.0 %	234.0	2P**	
Related Values		Norm	Value	Trend

a

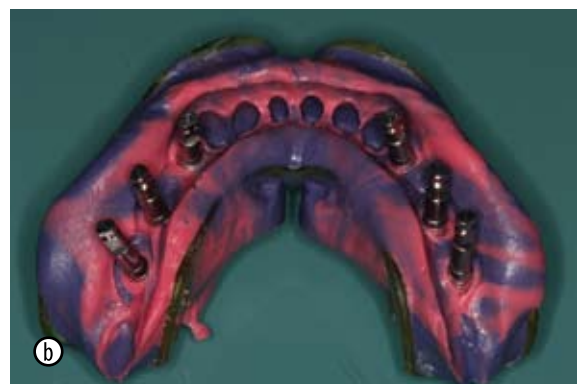
Incisal Pin Table													
Incisal Pin Height	0.0	1.0	2.0	3.0	4.0	5.0	6.0	8.0	10.0	12.0	14.0	16.0	20.0
Lower Facial height	38.6	39.0	39.3	39.7	40.0	40.4	40.7	41.4	42.1	42.7	43.3	43.9	45.1
LFH (Norm)	41.8	41.9	42.0	42.1	42.2	42.3	42.4	42.6	42.8	43.0	43.2	43.4	43.8
LFH (Variation)	0.0	0.4	0.7	1.1	1.5	1.8	2.2	2.8	3.5	4.1	4.7	5.3	6.5
Menton Vertical	0.0	0.4	0.9	1.3	1.7	2.1	2.5	3.2	3.9	4.6	5.3	5.9	7.1
Pogonion Sagittal	0.0	-0.8	-1.5	-2.3	-3.0	-3.8	-4.6	-6.1	-7.7	-9.3	-10.9	-12.6	-15.6
Incision Inf. Vertical	0.0	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.9	4.8	5.7	6.6	7.4	8.9
Incision Inf. Sagittal	0.0	-0.5	-1.1	-1.6	-2.2	-2.7	-3.3	-4.4	-5.6	-6.8	-8.0	-9.2	-11.7
Incisal Pin Height	0.0	-1.0	-2.0	-3.0	-4.0	-5.0	-6.0	-8.0	-10.0	-12.0	-14.0	-16.0	-20.0
Lower Facial height	38.6	38.2	37.8	37.4	37.0	36.6	36.1	35.3	34.3	33.4	32.4	31.3	29.1
LFH (Norm)	41.8	41.7	41.6	41.5	41.4	41.3	41.2	41.0	40.8	40.6	40.4	40.2	39.8
LFH (Variation)	0.0	-0.4	-0.8	-1.2	-1.6	-2.0	-2.4	-3.3	-4.2	-5.2	-6.2	-7.2	-9.5
Menton Vertical	0.0	-0.4	-0.9	-1.4	-1.8	-2.3	-2.8	-3.8	-4.9	-6.0	-7.2	-8.5	-11.1
Pogonion Sagittal	0.0	0.7	1.5	2.2	3.0	3.7	4.4	5.8	7.2	8.6	9.9	11.2	13.6
Incision Inf. Vertical	0.0	-0.5	-1.1	-1.6	-2.2	-2.7	-3.3	-4.5	-5.7	-7.0	-8.3	-9.7	-12.6
Incision Inf. Sagittal	0.0	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.9	4.8	5.7	6.4	7.2	8.4

b

Fig. 20. Analiza verbală interactivă Slavicek



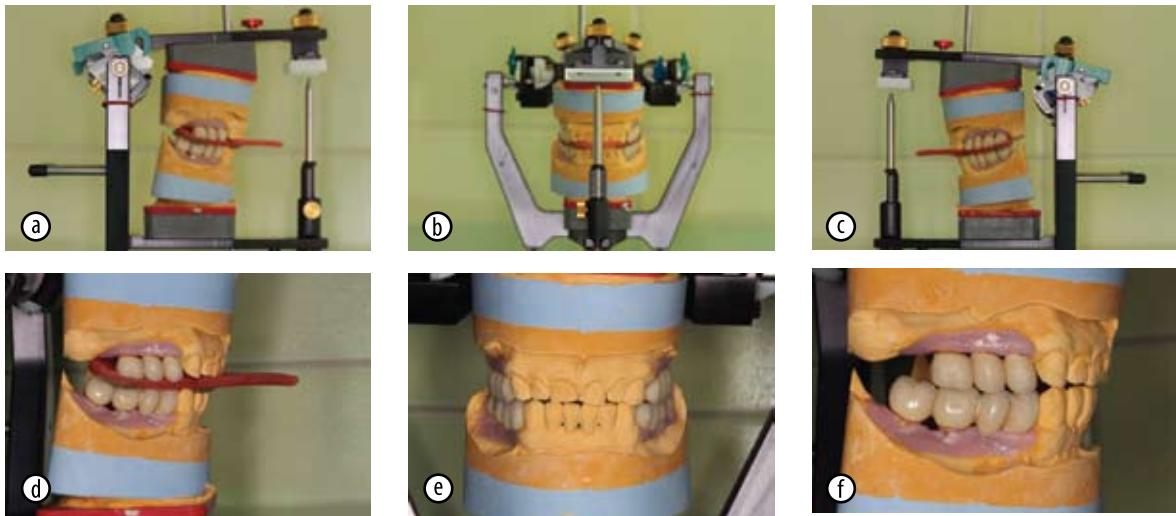
a



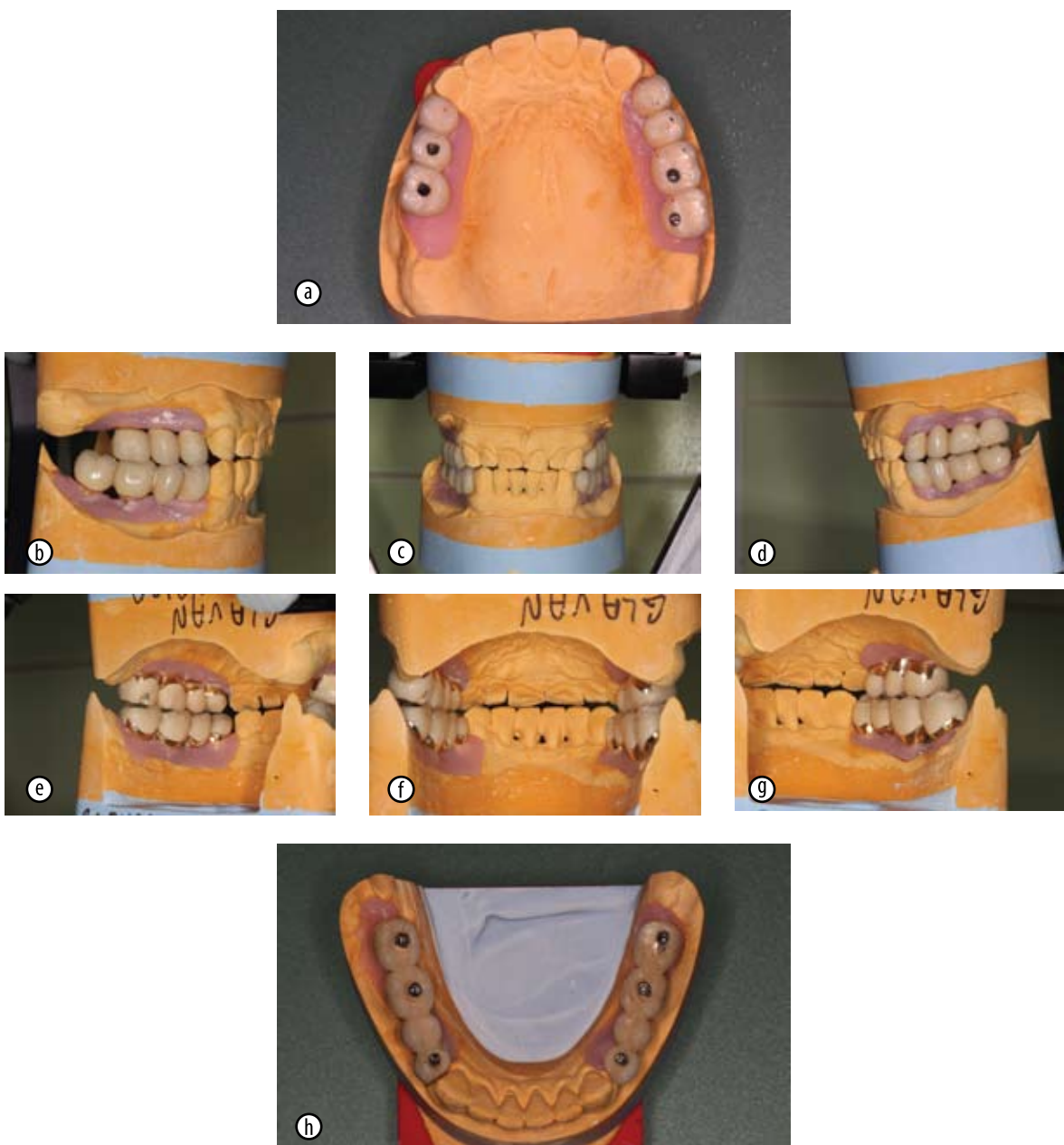
b

Fig. 21. Amprente monofazice cu dispozitive de transfer pentru confecționarea construcțiilor protetice de durată, la 12 luni după începerea tratamentului complex.  
a) - la maxilă b) - la mandibulă

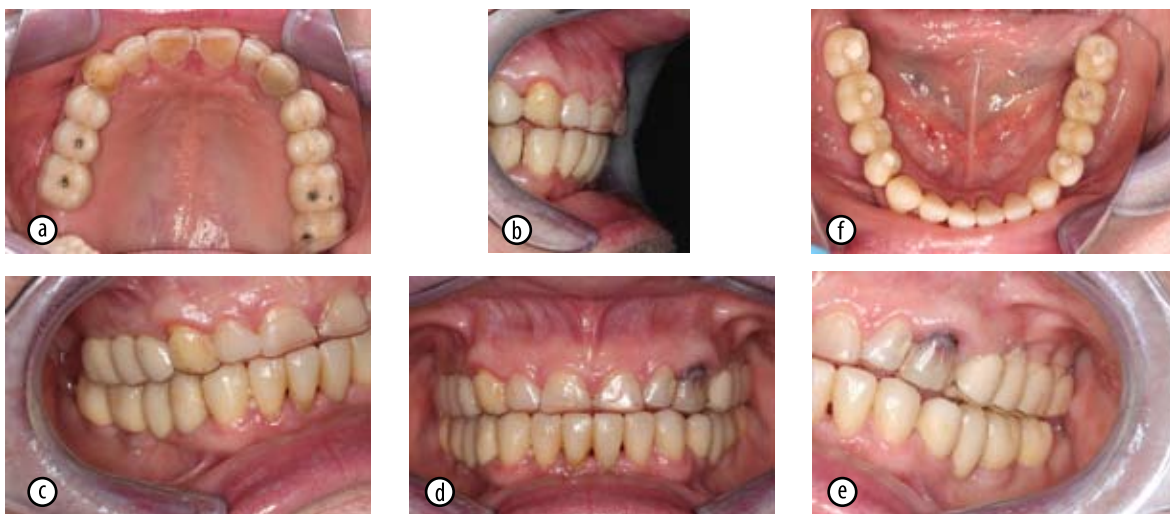




**Fig. 22.** Montarea modelelor de lucru cu restaurările protetice fixe provizorii în articulatorul adaptabil "Reference", prin intermediul "registratului" în poziția de referință/relația centrică



**Fig. 23.** Modelele de lucru și design-ul restaurărilor protetice provizorii, fixe demontabile cu sprijin implantar



**Fig. 24.** a,b,c,d,e) - aspectul arcadei dentare cu restaurări protetice provizorii și aplicarea șinei ocluzale reziliante la maxilă.  
f) – aspectul arcadei dentare inferioare cu imobilizarea dinților frontali prin tehnica directă și restaurări protetice provizorii susținute pe implanturi

### Concluzii: (Partea 1)

1. Tratatamentul complex al parodontitelor marginale cronice lent progresive prevede etape distincte în dependență de obiectivele curative stabilite.
2. Succesiunea etapelor depinde de particularitățile tabloului clinic, acuratețea abordărilor terapeutice interdisciplinare, exigențele pacienților și competența echipei curative.

### Bibliografie

1. Bratu E, Bratu D.- Stabilitatea și mobilitatea implantelor dentale-criterii de apreciere a succesului sau eșecului terapeutic, Ed. Eurostampa, Timișoara 2009.
2. Carvalho L.H. et al. Scaling and root planning, systemic metronidazole and professional plaque removal in the treatment of chronic periodontitis in a Brazilian population II- microbiological results. J.Clini.Periodontol, 2005; 32:402-411.
3. Ciobanu Sergiu. Tratatamentul complex în reabilitarea pacienților cu parodontite marginale cronice. Chișinău 2012.
4. Dumitriu A.I. Îndrumar teoretic și practic de regenerare parodontală prin tehnici de adăție. Editura Cerniaprint, România, București, 2006.
5. Forna N. și colab.-Actualități în clinica și terapia edentației parțiale întinse-Tratat de protetică dentară. Ed. Gr. T.Popa, UMF Iași 2008, 390 pag.
6. Mărcăuțeanu C., Uram-Tuculescu S.-Noțiuni de ocluzologie (partea a II-a). Disfuncția temoro-mandibulară, Lito-UMF „Victor Babeș”, Timișoara, 2002.
7. Mărțu, Mocanu C.- Parodontologie clinică, Ed. Apollonia, Iași, 2001.
8. Naoschi Sato. Chirurgia parodontală. Juzawa, Japonia, 2006.
9. Postolachi I. și colab.-Protetică dentară, Ed. Știința, Chișinău, 1993.
10. Sandu S.A., Hutu E. Corelația dintre diagnosticul de ocluzie și determinarea relațiilor intermaxilare la edentatul parțial. Revista română de Stomatologie. Vol.L2, N2, 3-4, 2006, p.99-105.
11. Slavicek Rudolf The masticatory organ: Functions and Dysfunctions, Gamma Med.-wiss. Forbildung-AG, 2002, 543 pag.
12. Шептелич И.М., Постолаки И.И.-Ортопедические методы в комплексной терапии пародонта. (Методические рекомендации). Кишинёв, 1988.

Data prezentării: 27.03.2014.  
Recenzent: Gheorghe Nicolau