

# PARTICULARITĂȚILE TABLOULUI CLINIC ȘI TRATAMENTULUI PACIENȚILOR CU HIPODONȚIE

## Rezumat

În studiu au fost implicați 8 pacienți cu hipodonții cu vârste cuprinse între 17 și 31 de ani, dintre care 6 de sex feminin și 2 masculin. Examenul clinic s-a efectuat conform cerințelor acceptate în protetica dentară și ortodonție. Analiza distribuției cazurilor de dinți lipsă în raport cu maxilarele a dovedit o incidență mai mare a hipodonției la maxilar, care a fost egală cu 30 dinți față de mandibulă – 18. Datele obținute permit a concluziona că:

1. hipodonția se întâlnește ca anomalie de sine stătătoare sau asociată cu sindroame plurimalformative, despicături labio-maxilo-palatine etc.;
2. factorii etiologici ai acestei patologii sunt multipli: filogenetici, genetici, generali și de mediu;
3. incidența hipodonțiilor este dependentă de forma patologiei, tipul dențatiei, sex, rasă, localizare, etc.;
4. variabilitatea și complexitatea tabloului clinic dictează necesitatea efectuării unui tratament complex cu implicarea specialiștilor endodontiști, ortodonți, chirurghi, proteticieni, precum și a medicilor generaliști;
5. tratamentul hipodonției trebuie să poarte un caracter complex – ortodonto-chirurgical-implanto-protetic.

**Mihaela Stratan** –  
*medic stomatolog-  
rezident*

**Mihai Cojocaru** –  
*DM, conferențiar  
universitar*

**Aureliu Gumeniuc** –  
*asistent universitar*

## Summary

### FEATURES AND TREATMENT OF PATIENTS WITH CLINICAL HYPODONTIA

The study involved eight patients with hypodontia aged between 17 and 31 years, including 6 females and 2 males. Clinical examination was performed according to the accepted requirements in prosthetic dentistry and orthodontics. The analysis of distribution of cases of missing teeth in the jaws showed a higher incidence of hypodontia in the maxilla which was equal to 30 teeth, while in the mandible it was 18. The data obtained allow to conclude that:

1. hypodontia occurs as the abnormality alone or associated with acute plurimalformative, labio-maxillo-palatine cleft etc.;
2. etiological factors of this pathology are multiple: phylogenetic, genetic, environmental and general;
3. hypodontia incidence is dependent on the form of pathology, such as dentition, sex, race, location, etc.;
4. variability and complexity of the clinical picture dictates the need for complex treatment involving specialists in endodontia. Orthodontists, surgeons, prosthetists, and general practitioners;
5. hypodontia treatment must have a complex character - ortodonto-surgical-prosthetic-implant.

## Introducere

Hipodonția este reducerea primară a numărului de dinți temporari sau permanenți. Ea reprezintă una din problemele importante ale stomatologiei, deoarece numărul pacienților cu astfel de patologii este în creștere. Conform informațiilor din literatura de specialitate, frecvența absolută a hipodonției variază de la autor la autor de la 0,7% până la 6,8%, iar media este de 4,07% din numărul pacienților cu anomalii dento-maxilare [16]. Incidența acestei patologii depinde în mare măsură de maxilare, dinții afectați (temporari sau permanenți), dențatia interesată, sex, rasă etc. Dențatia permanentă este mai frecvent afectată decât cea temporară și variază între 1,6% și 9,65% din populația totală cu excluderea molarului III. În

dentafia temporară ea se întâlnește doar la 0,5-0,9% din populație [1, 4, 16].

În literatura de specialitate se utilizează mai mulți termeni pentru descrierea acestei patologii, cel mai frecvent utilizați sunt: hipodontie, („hipo”- sub, redus) față de numărul dentar normal, anodontie, aplazie, adenție, agenezie, oligodontie etc.

Hipodontiile, ca anomalii dentare de sine stătătoare, se întâlnesc asociate ca: simptom a unor sindroame genetice plurimalformative, cu despicăturile labio-maxilo-palatine etc., iar numărul de dinți absenți poate varia de la unul până la lipsa totală a lor.

Hipodontia este cunoscută de mii de ani însă factorii etiopatogenetici până în prezent nu sunt cunoscuți. Unii autori consideră că reducerea numerică a dinților este un fenomen proterogenetic, se întâlnește în evoluția filogenetică la om sau la alte mamifere și cu cât individul va urca mai mult pe scara evoluției, cu atât mai frecvent va avea dinți mai puțini și mai mici. [6, 8].

**Butler** (1939), citat după **V.Țărmure** [16], a elaborat o teorie conform căreia în fiecare câmp (anterior, mediu, posterior) există un dinte-cheie care se presupune a fi stabil, iar ceilalți devin din ce în ce mai instabili pe măsură ce se îndepărtează de la dintele-cheie. Potrivit acestei teorii, premolarul prim (Pm1) și molarul 3 (M3) sunt destinați a fi cei mai variabili ca mărime și formă. [16]. La maxilarul superior această zonă e situată între procesele mugurilor nazal median și maxilar, loc ce corespunde incisivului lateral (In2), iar la mandibulă – incisivilor centrali (In1), unde fuzionează procesele mandibulare, formând sutura mediană, predispusă hipodontiilor incisivilor centrali [17]. Hipodontia incisivului lateral poate fi simetrică, însoțită de diastemă, tremă, cu păstrarea caninului temporar concomitent cu cel permanent (fig.2) iar uneori, chiar cu păstrarea incisivului lateral temporar. [4, 9, 12, 14, 16, 19, 20].

Cercetători geneticieni atribuie un rol important în apariția acestei patologii factorilor ereditari. Ei au descoperit mutații în două gene și anume gena MSX-1, cromozomul 4 (4p16), [18] și gena PAX-9, pe cromozomul 14 (14q21-q13), [6, 11].



Figura 1



Figura 2

Un rol important în etiologia hipodontiei o au la fel factorii generali și de mediu ca: iradieri ale craniului în dezvoltarea precoce; bolile infecțioase și intoxicații ale mamei în timpul sarcinii; carențele alimentare; traumatismele mecanice; tulburările metabolismului mineral; hipotiroidismul; etc. [2, 6, 8, 12, 20, 25], manifestate clinic prin: absența unor dinți permanenți care ar trebui să se erupă; persistența dinților temporari; lipsa dinților temporari și permanenți în anumite segmente; micșorarea de volum (microdontie) și formă de cui ( fig.1, 2) a unor dinți; etc.

Unii factori locali, precum sunt extracțiile grosolane ale dinților de lapte, leziunile traumatiche iatrogene, osteomielite, tumorile, procesele supurative periapicale ale dinților temporari, la fel pot să distrugă mugurii subiacenți și să cauzeze hipodontia [1, 4, 8, 16].

Hipodontia întinsă afectează mult creșterea și dezvoltarea scheletului facial, deoarece dinții reprezintă centre osteogenice importante de creștere secundară. Din aceste considerente, arcadele dentare devin mai scurte, dinții restanți migrează în diferite planuri, creând obstacole la mișcările mandibulei, dereglând funcțiile de bază ale sistemului dento-maxilar [1, 4, 9, 14]. Hipodontiile subtotale și totale se întâlnesc foarte rar, provoacă dereglări esențiale organismului în creștere, sunt asociate cu diferite sindroame plurimalformative, displazii extoderme etc. [1, 6, 13].

Displazia ectodermală anhidrotică congenitală este o maladie cu transmitere genetică recesivă t-lincată și mai rar cu transmitere autosomală. Pentru acești pacienți sunt caracteristice mai multe semne clinice și anume: frunte bombată, nas în formă de șa, piele subțire, uscată, datorită funcției reduse a glandelor sebacee și sudoripare, unghii displazice, lipsă severă de dinți, iar forma celor rămași e de țărnuș (fig. 3) [2].

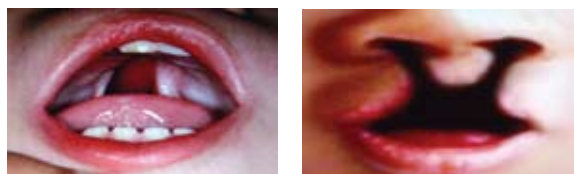
Despicăturile labio-maxilo-palatine sunt destul de frecvente, gravitatea dezechilibrelor intermaxilare și ocluzale se datorează lipsei centrelor de creștere a maxilarului, anomaliilor severe de număr, formă, poziție etc., iar dereglările morfologice și funcționale sunt foarte grave (fig. 4) [10].

Sindromul Van der Wood este caracterizat de asimetrie facială gravă, buză superioară și palat despicate sindromic, hipodontie severă, depresiuni, dinți incluși în buza inferioară etc. (fig. 5) [3, 7].



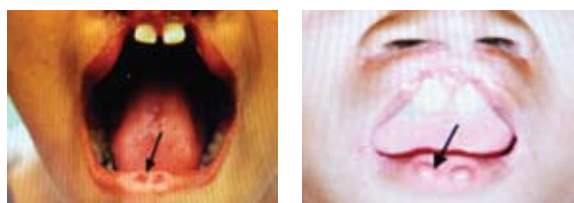
**Figura 3**

Pacient de 9 ani, sex m. Displazie ectodermală hipohidrotică (După Arina Vinereanu).



**Figura 4**

Despicături palatine și labio-maxilo – palatine asociate cu hipodontii severe.



**Figura 5**

Sindromul Van der Wood, însoțit de hipodontii severe, alte modificări patologice.

### Scopul lucrării:

Studiul particularităților tabloului clinic și tratamentul pacienților cu hipodontie.

### Material și metode

Au fost selectați pentru studiu și tratament șapte pacienți cu hipodontii parțiale reduse, și unul – cu forma parțială întinsă. Vârsta pacienților era cuprinsă între 17 și 31 ani, dintre care șase de sex feminin și doi masculin. Examenul a fost efectuat prin metoda clinico-instrumentală și completat cu studiul de model, ortopantomografie, radiografie retroalveolară și fotografie.

### Rezultate și discuții

La examenul clinic s-a constatat că toți pacienții s-au adresat la specialist în scopul protezării arcadelor dentare din cauza lipsei unor dinți, prezenței de spații interdente și a unor dinți temporari lezați, modificați în formă și culoare care dereglau masticția, înrăutățeau aspectul fizionomic.

Formele clinice a hipodontiilor au fost determinate după clasificarea Gh. Boboc [1].

Analizând numărul dinților absenți, din totalul persoanelor afectate, câte un singur dinte au lipsit la patru pacienți, iar la ceilalți au fost depistate lipse de doi, trei, patru și cincisprezece dinți (tab. 1).

**Tabelul 1**

Repartizarea cazurilor de dinți absenți

Număr subiecți	Număr cazuri cu dinți absenți				
	1 dinte	2 dinți	3 dinți	4 dinți	15 dinți
♂-2	2	—	—	—	—
♀-6	2	1	1	1	1
Total	4	1	1	1	1

Analiza distribuției cazurilor de dinți lipsă în raport cu maxilarele a permis să observăm că incidența cea mai mare a lipsei dentare se stabilește pe maxilarul superior, care a fost egală cu 30 dinți față de mandibulă – 18 (tab. 2).

**Tabelul nr. 2**

Distribuția cazurilor de dinți lipsă pe maxilare

Dinți interesați	Maxilar		Mandibulă		Total	
	n	%± ESm	n	%± ESm	N	%± ESm
In1	—	—	2	4,17±2,89	2	4,17±2,89
In2	10	20,83±5,86	—	—	0	20,83±5,86
Pm1	3	6,25±3,49	—	—	3	6,25±3,49
Pm2	3	6,25±3,49	3	6,25±3,49	6	12,50±4,77
M1	—	—	—	—	—	—
M2	2	4,16±2,88	1	2,09±2,06	3	6,25±3,49
M3	12	25,00±6,25	12	25,00±6,25	24	50,00±7,22
total	30	62,49±6,99	18	37,51±6,99	48	100

Topografic, regiunea molarilor trei, cu câte 12 dinți lipsă pe fiecare maxilar, păstrează supremația în raport cu alte sectoare de pe ambele maxilare, urmată de incisivii superiori laterali cu un număr de 10 dinți, regiunea premolarilor secunzi inferiori și superiori, cu valori egale, de câte trei dinți lipsă pe fiecare maxilar și, în sfârșit, urmează premolarii primi mandibulari cu trei și incisivii centrali inferiori cu doi dinți lipsă.

S-a constatat că hipodontia afectează ambele maxilare, dar se regăsește mai frecvent pe maxilarul superior. Conform datelor obținute, în scadență, cel mai des afectat este molarul trei, urmat de incisivul lateral superior și mai apoi de premolarul secund inferior și superior, molarul secund și incisivii centrali inferiori. Datele găsite pe acest lot corespund în mare măsură datelor altor autori [1, 4, 9, 14].

Din numărul total de pacienți, la doi, hipodontia era familială, moștenită datorită mutațiilor. La unul din ei, sora (fig. 6), concomitent cu hipodontia tuturor molarilor de minte, mai lipseau și trei molari secunzi – doi la maxilă și altul pe mandibulă, toți premolarii superiori, premolarii doi la mandibulă, incisivii laterali superiori, cu prezența tuturor molarilor secunzi temporari pe ambele maxilare și a incisivului lateral superior de pe hemiarcada stângă. Modificări ale dimensiunilor verticale ale feței nu au fost depistate.



**Figura 7**

Hipodonție redusă de 1.2, 1.5, 2.2, 2.4, 3.8.



**Figura 6**

Hipodonție întinsă de 1.2, 1.4, 1.5, 1.7, 1.8, 2.2, 2.4, 2.5, 2.7, 2.8, 3.5, 3.7, 3.8, 4.5, 4.8.

La frate, (fig. 7), a fost identificată hipodonția incisivilor laterali, premolarului doi superior dreapta și a molarului de minte din partea stângă a mandibulei.

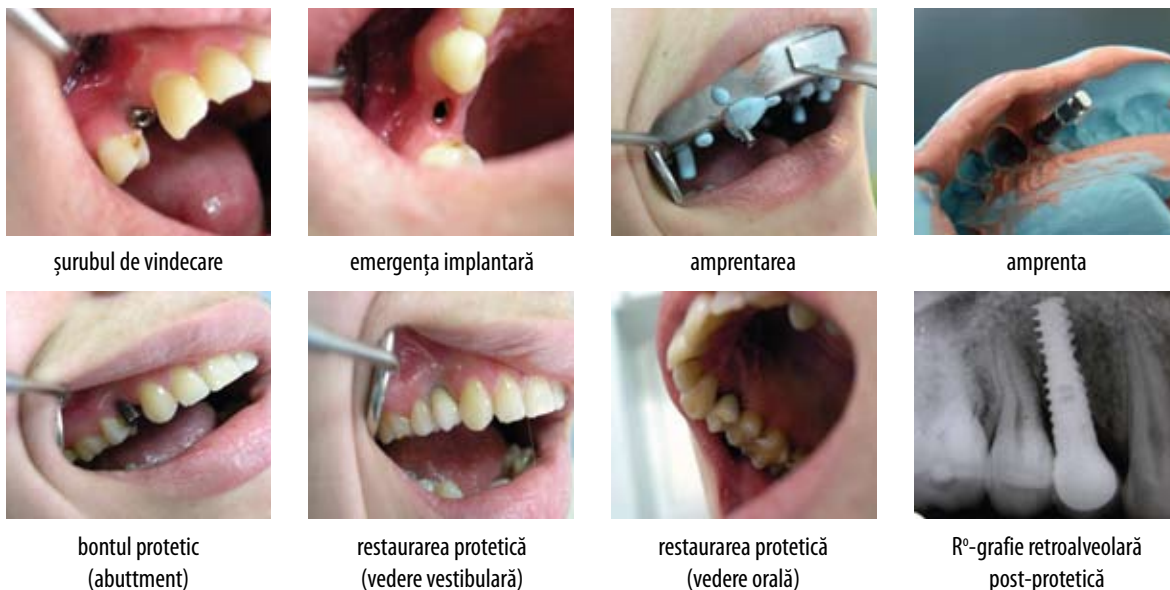
Ambii frați aveau diasteme, tremе, migrări dentare, prezentau dereglări funcționale și fizionomice. Din anamneza acestor pacienți s-a constatat că patologii dentare asemănătoare cu ale lor au și au mai avut și alți membri ai familiei, precum și unele rude.

La cinci pacienți, prin metria modelelor, a fost determinată micșorarea lungimii și lățimii arcadei dentare superioare în regiunea frontală, iar la șase dintre ei, datorită migrărilor dentare, spațiile edentate erau micșorate (fig. 8).



**Figura 8**

Leziuni odontale coronare au fost depistate la patru pacienți, dintre care la doi au fost afectați dinții



**Figura 9**

Metoda de soluționare a hipodonției 1.4 prin proteză implanto-purtată

temporari. Dereglări parodontale, ale DVO, musculare, articulare etc., n-au fost constatate.

Din cele expuse reiese că hipodonțiile pot fi asociate cu unele modificări ale sistemului dento-maxilar. Această patologie nu pune probleme la stabilirea diagnosticului, însă alcătuirea planului de tratament și efectuarea lui obligă la colaborarea a mai multor specialiști.

Durata tratamentului depinde de vârstă, starea generală și de potențialul biologic al pacientului la deplasările dentare orizontale, care în cazul hipodonțiilor este mai redus decât în alte situații.

Când hipodonțiile nu sunt întinse, iar spațiile edentate au fost menținute prin persistența dinților temporari, diagnosticul și alcătuirea planului de tratament pre-protetic, pro-protetic și efectuarea lui e mai ușor de efectuat decât atunci când dinții temporari au fost pierduți cu mai mulți ani în urmă iar pe arcade s-au produs deja modificări esențiale datorită migrațiilor dentare.

A fost finalizat tratamentul mixt la patru pacienți cu hipodonții parțiale reduse iar la alți patru, tratamentul continuă.

Pentru elucidarea materialului propus spre discuție în anterior prezentăm unele cazuri clinice.

### Caz clinic 1

Bolnava V., 27 ani. S-a adresat pe motivul prezentei lipsei unui dinte superior din dreapta cu dereglări fizionomice. La examinare s-a depistat lipsa molarilor de minte de pe ambele maxilare și a 1.4. Dinții adiacenți spațiului edentat nu sunt migrați. În baza acuzelor, anamnezei și datelor obiective a fost stabilit diagnosticul: edentație parțială primară clasa a III-a Kennedy la maxilar ca urmare a hipodonției 1.4, dereglări funcționale și fizionomice.

Obiectivul tratamentului a inclus refacerea integrității arcadei dentare superioare prin restaurare implanto-protetică. La etapa pre- și pro-protetică s-a efectuat pregătirea psihică a pacientului prin explicarea necesității tratamentului mixt, consultația în comun cu chirurgul, întocmit planul de tratament, coordonați termenii intervențiilor chirurgicale și protetice.

După înlăturarea șurubului de vindecare, (fig. 9) amprentarea câmpului protetic a fost efectuată prin metoda directă (tehnica „lingură deschisă”) cu utilizarea portamprentei standard perforată la nivelul emergenței implantare.



**Figura 10**

Hipodonție de 1.2, 2.2 și a molarilor 3, persistența 6.2 (după Valentina Trifan).

## Caz clinic 2

Pacienta V., 17 ani. S-a adresat în scopul protezării spațiului edentat al maxilarului superior, dereglări de incizie și fizionomice (fig. 10). Examenul subiectiv, clinic, paraclinic și cel efectuat în comun cu medicul ortodont, chirurg, a permis să stabilim diagnosticul: edentație primară parțială clasa III-a Kennedy la maxilar ca urmare a hipodonției a 1.2, 2.2, persistența 6.2, diastema și treme dereglări funcționale și fizionomice.

A fost luată decizia de a efectua tratament mixt (ortodonto-chirurgical-protetic), începând cu cel ortodontic, fără a extrage incisivul lateral temporar din stînga, care e stabil. La moment, diastemele și tremele au fost înlăturate cu ajutorul aparatului fix – tehnica “Arcului Drept” [5, 15], înlocuit apoi cu un aparat de contenție fix și menținător de spațiu mobilizabil pentru dintele 1.2 cu un dinte artificial. După finalizarea perioadei de contenție și atingerii vârstei necesare, se va trece la efectuarea tratamentului chirurgical și implanto-protetic definitiv.

## Concluzii:

1. Hipodonția se întâlnește ca anomalie de sine stătătoare sau asociată cu sindroame pluriformative, despicături labio-maxilo-palatine etc.
2. Factorii etiologici ai acestei patologii sunt multipli: filogenetici, genetici, generali și de mediu.
3. Incidența hipodonțiilor este dependentă de forma patologiei, tipul dențației, sex, rasă, localizare, etc.
4. Variabilitatea și complexitatea tabloului clinic dictează necesitatea efectuării unui tratament complex cu implicarea specialiștilor endodonțiști, ortodonți, chirurghi, proteticieni, precum și a medicilor generaliști.
5. Tratamentul hipodonției trebuie să poarte un caracter complex – ortodonto-chirurgical-implanto-protetic.

## Bibliografie

1. Boboc Gh. Tratamentul anomaliilor dento-maxilare. Principii și tehnici, Ed. Medicală, București, 1982.
2. Bratu D., Fetzer W., Bratu E., Rominu M. Puntea pe implant, Timișoara, 1996.
3. Britchi A. Hipodonția, consecință a displaziei ectodermale. Volum de rezumate. Congresul internațional de medicină dentară pentru studenți și tineri medici, ediția a II-a, Iași, 2006.
4. Cocirlă E. Ortodonție, Litografia, UMF Cluj-Napoca, 1995.
5. Cojocar M. Metode de tratament ortopedic și mixt a diastemelor și tremelor la adulți. Materialele Congresului al XIII-lea al medicilor stomatologi din RM, Chișinău, 2006.
6. Goldenberg H., Das P. Clinical radiographic and genetic evaluation of a novel form of autosomal dominant oligodonția, J. of Dental Research, 79(7): 1469-1475, 2000.
7. Gorlin J. Robert. Hereditary hearing loss and its syndromes, 1995, p. 355.
8. Gumeniuc A., Topalo V., Țira G. Unele aspecte ale esteticului albu-roșu în implantologia orală. Prezentări de cazuri. Medicina stomatologică, 1, ( 14 ), 2010, p. 52-56.
9. Ionescu Ecaterina. Anomaliile dentare de număr. București, 2000
10. Kjaer I., Kocsis G., Nodal M. Etiological aspect of mandibular tooth agenesis-focusing on the role of nerve, oral mucoasa and supporting tissues, European j. of Orthodontics, 23(2): 238-239, 1994.
11. Kobiela A. The novel polymorphic variants within the paired box of the PAX-9 gene are associated with selective tooth agenesis, Folia Histologica et Citobiologica, 39(2): 111-112, 2001.
12. Popa-Molea V. Anomaliile dentare de număr, studiu clinic și terapeutic, București, 1974.
13. Rupp NWM, Bowen RL, Rafflenbarger GC. Bonding colt curing denture base acril, resin to acrylic resin teeth, European journal of orthodontics, nov, 667-669, 2001.
14. Solomon O. Prevenția recidivei în tratamentul ortodontic prin protezare cu proteze parțiale la copii și adolescenți. Teza de doctor în medicină, Chișinău, 2009.
15. Trifan V. et al. Eficiența problemelor complexe de redresare a incluziilor dentare. Probleme actuale de stomatologie. Materialele congresului XII Național al stomatologilor din Republica Moldova. Chișinău, 2003, p. 97- 98.
16. Țarmure V. Hipodonția, diagnostic și posibilități terapeutice, UNF Cluj-Napoca, 2006.
17. Ulm M. R., Ulm C., Plockinger B. Sonografic depiction of fetal tooth germs, Prenatal Diagnosis, 15(4): 368-372, 1995.
18. Vastardis H. The genetics of human tooth agenesis: New discovers for understanding dental anomalies, Am. J. of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 17(6): 650-656, 2000.
19. Агаджанян С. Х. Диагностика и лечение зубо-челюстных аномалий при частичном врожденном отсутствии зубов. Автореферат. Москва, 1985.
20. Хорошилкина Ф. Я., Персин Л. С., Окушко В. П. Ортодонтия. Москва, 2005.

## TRATAMENTUL ORTOPEDIC AL EDENȚĂȚII SECUNDARE PARȚIALE CU UTILIZAREA PROTEZELOR METALOCOMPOZITE FIXE ÎN FORMĂ DE PUNTE

Gribenco Vitalii,  
Bardarean Denis

*Catedra Stomatologie ortopedică, Chirurgie OMF și implantologie orală „Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu”*

### Rezumat

În ultimul timp se acordă o atenție sporită acordării ajutorului stomatologic diferitor straturi sociale de populație.

Instalarea protezelor fixe straturilor sărace de populație are loc cu precădere cu proteze în formă de punte cu căptușire din masă plastică de întărire la cald, de scurtă durată din cauza roaderii semnificative, higrosopicității și colorarea de către componenții produselor alimentare.

Deja un timp îndelungat peste hotare este elaborată tehnologia de aplicare a căptușirii protezelor în formă de punte din materiale compozite. În condițiile de acordare a ajutorului stomatologic straturilor de populație care beneficiază de înlesniri sociale protezele în formă de punte cu căptușire din compozite au avantaje indiscutabile față de protezele metaloplastice datorită durabilității sale, și față de protezele metalo-ceramic datorită scăderii esențiale a prețului de cost și a cheltuielilor temporare.