

Bibliografie

1. Constantin M., Voroneanu M. Patologia molarului de minte în practica chirurgicală dento-alveolară. Iași 2005. p. 7-20
2. Gănuță N., Bucur A. Chirurgie oro-maxilo-facială vol II. Editura Național 1998. pag 329-347
3. Fanea R. Pacientul – marker de eșec în chirurgia dento-alveolară. Doctorat. Iași 2010. p. 64-66
4. Nastas L., Popovici T. Pericoronarita – complicație a patologiei de erupție a molarului de minte. Analele științifice. Chișinău 2008. p. 677-679
5. Nastas L., Popovici T., Pălărie A. Tratatamentul complicațiilor erupției molarilor de minte inferiori.
6. Nastas L., Popovici T., Coșneanu R. Urgențele în accidentele de erupție a molarului de minte. Medicina stomatologică. 2004
7. Бернадский Ю.И. Основы челюстно – лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – 3-е изд. Перераб. и доп. Москва, Медицинская литература. 2003. с. 77-81.
8. Магид Е., Шейнберг В., Житницкий Г. Затрудненное прорезывание нижних зубов мудрости и связанные с ним осложнения. Волгоград 1970.
9. Farge P., Dallaire L., Melancon S.B. Role des genes dans l'odontogenes. Rev stomatol Chir Maxillofac 1984 p. 435-436.
10. Slavkin H.C., Shum L, Brijngas P., Werb Y: Endogeneous EGF. The Biological Mechanism of tooth Movement and Craniofacial Adaptation Ohio State University 1992, p. 37-45.

NIVELAREA PLANULUI DE OCLUZIE PRIN SUPRASOLICITAREA FUNCȚIONALĂ A DINȚILOR MIGRAȚI – POSIBILITĂȚI. CAZ CLINIC

¹Vadim Oineagra, ²Vasile Oineagra

¹Catedra Propedeutică stomatologică și implantologie dentară „Pavel Godoroja”

²Catedra Stomatologie ortopedică „Iarion Postolachi”

IP USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Leveling of the occlusal plan by overloading of migrated teeth – possibilities. Clinical case

This article represents the author's personal experience on the use of functional overloading of vertically migrated teeth to the occlusal plan leveling. They present clinical, radiological and photo datas during treatment and results.

Rezumat

Articolul reprezintă experiența personală a autorilor privitor la utilizarea suprasolicitării funcționale a dinților migrați vertical pentru intruzia lor, în scopul nivelării planului de ocluzie. Sunt prezentate datele clinice, radiologice și imaginile foto din timpul tratamentului și rezultatele finale.

Actualitatea temei

Tabloul clinic al edentației parțiale are la bază apariția breșelor la nivelul arcadei dentare [1,2,3,6,9]. Datorită acestui fapt are loc dereglarea integrității arcadei dentare ca unitate morfo-funcțională, cu apariția grupelor de dinți funcționali și nefuncționali, și posibilități majore în instalarea și evoluarea disarmoniilor ocluzale. În afară de aceasta, are loc fenomenul de migrare a dinților limitrofi și a celor antagoniști breșelor, care determină dereglarea armoniei arhitecturale a arcadei dentare, cu dezechilibrarea statico-dinamică a unităților dento-paradontale [4,5,7,8].

Conform datelor din literatura de specialitate migrările dentare în sens sagital medial sunt determinate, în principal, de vârsta instalării defectelor și de particularitățile relațiilor interdentare. Migrările dentare în plan vertical sunt determinate de vârsta edentației, numărul de dinți lipsă [1,7,8].

De asemenea, migrările dentare determină apariția și instalarea modificărilor la nivelul țesuturilor paradontale, care se manifestă clinic prin retracții gingivale, procese inflamatorii, lărgirea spațiului periodontal al dinților suprasolicitați, rezorbția țesutului osos, etc [1,9]. Mai mult decât atât, migrările dentare pot influența stabilitatea pozițiilor mandibulo-craniene și modificarea funcției mușchilor mobilizatori ai sistemului stomatognat.

Reieșind din cele menționate, este evident că nivelarea planului de ocluzie reprezintă obiectivul principal patogenetic al tratamentului protetic în cazul edentației parțiale. În acest scop, sursele literare menționează utilizarea diferitor metode: protetice, ortodontice, chirurgicale și mixte. Metoda utilizată pentru nivelarea planului de ocluzie va fi determinată de un șir de factori: vârsta pacientului, gradul de migrare a dinților, starea paradontului dinților migrați, tipul raportului de ocluzie, etc.

Scopul

Evaluarea posibilităților de utilizare a suprasolicitării funcționale a dinților migrați, în scopul nivelării planului de ocluzie.

Material și metode

Pacienta G., 52 ani, s-a adresat în Clinica Stomatologică Universitară prezentând acuze la lipsa parțial a dinților la ambele maxilare, dereglarea actului de masticatie, dereglări estetice. Dinții au fost extrași pe parcursul ultimilor 10-15 ani, ca urmare a cariei complicate, ultimele extracții au fost efectuate în urmă cu 2-3 săptămâni. Nu a fost supusă tratamentului protetic.

Examenul extraoral nu a constatat careva modificări.



Fig. 1. Brețele bilaterale terminale la mandibulă



Fig. 2. Brețe intercalate la maxilă



Fig. 3. Migrarea pe verticală a dinților



Fig. 4. Migrarea pe verticală și în sens medial



Fig. 5. Radiografia panoramică

Examenul endooral a determinat prezența breșelor terminale la mandibulă (fig.1), lipsa dinților 4.8, 4.7, 4.6, 3.6, 3.7, 3.8. La maxilla – breșe intercalate în zona laterală (fig. 2), lipsa dinților 1.6, 2.4, 2.5. S-a constatat migrarea pe verticală (fig. 3) a dinților 3.5, 2.6, 2.7, 2.8 și migrarea pe verticală și în sens medial al dinților 1.7, 1.8 (fig. 4). Deasemenea s-a nominalizat abraziunea patologică pe orizontală la nivelul dinților frontali atât la maxilă cât și la cei de la mandibulă, ca rezultat (după părerea noastră) a suprasolicitării funcționale.



Fig. 6. Proteza parțială mobilizabilă cu placă acrilică



Fig. 7. Corecția contactelor ocluzale



Fig. 8. Majorarea DVO



Fig. 9. Modelele de diagnostic la distanța de 3 luni



Fig. 10. Poziția dinților laterali superiori



Fig. 11. Microproteza parțială aplicată în cavitatea bucală

În scopul documentării cazului, a evaluării gradului de migrare a dinților și a altor caracteristici ale arcadelor dentare au fost confecționate modele de diagnostic (studiu).

Radiografia panoramică: dinții 1.3, 2.2 tratați endodontic (fig.5); la nivelul dinților migrați s-au confirmat prezența modificări caracteristice acestor situații relatate și de alți autori [1,4,5,7,9].



Fig. 12. Dintele 3.5 intrudat



Fig. 13. Nivelarea planului de ocluzie



Fig. 14. Proteza parțială mobilizabilă scheletată la mandibulă



Fig. 15. Microproteze parțiale mobilizabile hibride

Diagnosticul

Edentație parțială clasa I Kennedy la mandibulă, clasa III Kennedy la maxilă, ca urmare a cariei complicate. Migrarea dinților 3.5, 2.6, 2.7, 2.8 pe verticală și a dinților 1.7, 1.8 pe

verticală și în sens medial. Abraziunea patologică pe orizontală a dinților frontali superiori și inferiori. Dereglări de masticație și estetice.

Plan de tratament:

- nivelarea planului de ocluzie prin înfundarea dinților migrați pe verticală;
- tratament protetic adecvat de tranziție, cu utilizarea protezelor parțiale mobilizabile;
- proteze fixe implanto-purtate.

S-a convenit că inițial, prin procedeul de suprasolicitare, v-a fi nivelat planul de ocluzie de la maxilă. În acest scop a fost confecționată o proteză parțial mobilizabilă cu placă acrilică la mandibulă (fig.6), cu majorarea DVO cu 2,0-2,5 mm. Pacienta era examinată săptămânal cu corecția, la necesitate, a contactelor ocluzale și a bazei protezei mobilizabile. Corecția contactelor ocluzale și modificarea lor topoigrafică, la necesitate, s-a realizat cu ajutorul hârtiei de articulație "Bausch" cu grosimea de 300 și 60 mk (fig.7). Aproximativ la 3-4 săptămâni proteza era recondiționată ocluzal, în vederea majorării DVO cu 2-2,5 mm (fig. 8). La 3 luni de la începutul tratamentului au fost confecționate modele de diagnostic (fig. 9), care au permis să constatăm că dinții migrați au tendința de intruzie. La 8 luni distanță, după părerea noastră, s-a reușit intruzia solicitată a dinților de la maxilă migrați pe verticală (fig. 10). S-a luat decizia de a confecționa o microproteză parțială mobilizabilă pentru intruzia (fig. 11), prin același procedeu de suprasolicitare, a dintelui 3.5. În același timp, proteza de la mandibulă a fost păstrată cu scopul de a păstra (întări) rezultatele obținute. Pentru a preveni suprasolicitarea țesutului muco-osos din zona breșei de la maxilă, microproteza de la maxilă a fost dotată cu pineni ocluzali, care au asigurat în final direcționarea forțelor ocluzale asupra parodontului dinților stâlpi. Respectând aceleași criterii, la 11 luni distanță de la inițierea tratamentului s-a obținut intruzia solicitată și pentru dintele 3.5 (fig. 12).

În final, rezultatele suprasolicitării dinților migrați pe verticală au fost bune (fig.13). S-a obținut, după aproximativ 11-12 luni, nivelarea planului de ocluzie, care a permis planificarea și aplicarea tratamentului protetic definitiv. În acest scop s-a decis, pentru a menaja țesutul osos pe un anumit timp, la prima etapă, să fie confecționate și utilizate proteze parțiale mobilizabile de tranziție. Astfel au fost realizate o proteză parțială mobilizabilă scheletată la mandibulă (fig. 14) și două microproteze parțiale mobilizabile hibride în regiunea breșelor de la maxilă (fig.15). Tratamentul definitiv s-a preconizat de a fi realizat prin proteze fixe implanto-purtate atât la maxilă cât și la mandibulă.

Discuții.

Metoda de suprasolicitare a dinților migrați pe verticală reprezintă o posibilitate de nivelare a planului de ocluzie cu anumite avantaje: sinecost redus, gradul de suprasolicitare este reglat de proprioreceptorii paradontali. Mai mult decât atât, controlul reacției țesuturilor paradontale este unul relativ simplu și accesibil. În acest scop poate fi utilizată radiografia panoramică sau cea dentoparodontală.

Concluzii

Nivelarea planului de ocluzie prin intruzia dinților migrați pe verticală utilizând în acest scop suprasolicitarea lor funcțională, este o metodă de pregătire preprotetică, care prezintă avantaje deosebite:

- este accesibilă în instituțiile specializate cu dotare modestă;
- prezintă un sinecost redus, de aceea poate fi utilizată și în cazul pacienților cu posibilități materiale reduse;

Bibliografie

1. Bratu D., Bratu E., Antonie S. Restaurarea edentațiilor parțiale prin proteze mobilizabile. Editura Medicală, București, 2008, 1104 pag.
2. Costa E., Ene L., Dumitrescu S. Protetica dentară. Editura Medicală. București, 1975, pag. 11 - 241.
3. Forna N.C. Actualități în clinica și terapia edentației parțiale întinse – tratat de protetică dentară. Editura "Gr.T.Popa", U.M.F. Iași, 2008, 390 pag.

4. Martinez-Canut P., Carrasquer A., Magán R., Lorca A. A study on factors associated with pathologic tooth migration. Journal of Periodontology. 1997, vol. 24 nr. 7, pag. 492 - 497.
5. Michael A. Brunsvold. Pathologic tooth migration. Journal of Periodontology. 2005, vol. 76, nr. 6, pag. 859-866.
6. Oineagra V., Postolachi I., Oineagra V. V. Manifestările clinice ale edentației parțiale la nivelul arcadei dentare. USMF „Nicolae Testemițanu”. Anale științifice. Ediția X-a, vol. 4. Chișinău, 2009, pag. 517-520.
7. Oineagra Vadim. Argumentarea clinică a nivelării planului de ocluzie USMF „Nicolae Testemițanu”. Anale științifice. Ediția XII-a, vol. 4. Chișinău, 2011, pag. .
8. Oineagra Vadim, Oineagra Vasile. Migrările dentare în edentația parțială - aspecte clinice contemporane. USMF „Nicolae Testemițanu”. Anale științifice. Ediția XIII-a, vol. 4. Chișinău, 2012, pag. 447- 451.
9. Postolachi I. și colaboratorii. Protetica dentară. Chișinău, „Știința”, 1993, pag. 334-402.

ÎNCHIDEREA PALATINALĂ POSTERIOARĂ LA PROTEZAREA TOTALĂ- ASPECTE CLINICE ȘI MORFOFUNCȚIONALE CONTEMPORANE

Oineagra Vasile, Agapie Larisa

Catedra Stomatologie Ortopedică „Ilarion Postolachi”, IP USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Distal palatal closure in total edentia- modern clinical and morphofunctional issues

Based on complex clinical examination of 34 (12 b, 22 f) patients, with total edentulous upper jaw, morphofunctional aspects of the distal palatal area have been studied. It was established that the determination of the palatal closure distal limit at the total edentulous is in strict correlation with the clinical aspects of individual and morphofunctional features of the nominated area.

Rezumat

În baza examenului complex a 34(12 b., 22 f.) pacienți, cu edentații totale la maxilarul superior s-au studiat aspectele morfofuncționale ale zonei distale palatinale. S-a stabilit că determinarea limitei distale de închidere palatinală la edentatul total este în strictă corespondență cu aspectele clinice individuale și particularitățile morfofuncționale ale zonei nominalizate.

Actualitatea

Edentația totală este o patologie a sistemului stomatognat care se caracterizează prin pierderea tuturor unităților odontoparodontale de pe unul sau ambele maxilare. Această stare patologică reprezintă în sine cea mai dificilă situație și crează numeroase probleme atât pentru pacient cât și pentru medicul practician [1,2,8,9]. Odată cu pierderea dinților are loc perturbarea tuturor funcțiilor proprii sistemului stomatognat cu consecințe asupra organismului în general. Mai mult decât atât, se produc modificări în toate componentele sistemului stomatognat: țesutul osos și fibromucos, mușchi și articulația temporo-mandibulară, glandele salivare etc. Din aceste considerente edentația totală reprezintă un test dificil privitor la procesul de diagnostic.

În aceeași ordine de idei, conform datelor din literatura de specialitate, tratamentul edentației totale are de rezolvat o problemă deosebit de dificilă: de a asigura fixarea și stabilizarea protezei totale în timpul funcției, inclusiv a celor cu contact dento-dentar [1,2,3,6,8,9].

În literatura de specialitate sunt descrise un șir impunător de metode (mecanice, biomecanice, fizice și biofizice) care sunt utilizate pentru fixarea și stabilizarea protezelor totale în conformitate cu particularitățile respective ale câmpului protetic edentat total la maxilă și mandibulă [5,8,9]. Din această diversitate de oportunități, metoda biofizică reprezintă metoda cea