



Fig. 39-42 Controlul ocluziei funcționale în articulatorul adaptabil Reference



Fig. 43-46 Ajustarea construcțiilor protetice în cavitatea bucala. Aspect final

Concluzii

1. În baza manifestărilor clinice ale disfuncției mandibulo-craniene a fost elaborat algoritmul de reabilitare complexă care prevede: reabilitarea poziției mandibulei față de maxilă și menținerea rezultatelor repoziționării mandibulei prin diferite construcții protetice.
2. Determinarea mișcărilor mandibulare și înregistrarea grafică a poziției și traiectoriei condililor articulari ne oferă posibilitatea obținerii parametrilor ocluzali individuali și realizarea unui tratament strict individualizat.

Bibliografie

1. Burlui V. Malrelațiile cranio-mandibulare. Ed. Apollonia, Iași, 2002, 520 pag.
2. Burlui V. Morărașu C. Gnatologie. Ed. Apollonia, Iași, 2000, 566 pag.
3. Ioniță S., Petre Al. Ocluzia dentară. Editura didactică și pedagogică R.A. București 2003, 237 pag.
4. Ifteni G., Burlui V. Ghid practic de gnatologie. Ed. Apollonia, Iași, 1998, 176 pag.

5. Forna Norina Consuela. Tratat de protetică. Clinica și terapia edentației parțial întinse. Ed.Gr.T.Popa, Iași, 2008, 390 pag.
6. Slavicek Rudolf. The masticatory organ: Functions and Dysfunctions. Gamma Med.-wiss. Fortbildung-AG, 2002, 543 pg.
7. Безруков В., Семкин В., Григорьянц Л., Рабухина Н. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Москва, 2002, 45 стр.
8. Ивасенко П., Мискевич М., Савченко Р., Симахов Р. Патология височно-нижнечелюстного сустава: клиника диагностика и принципы лечения. Изд. Меди, Санкт-Петербург, 2007, 80 стр
9. Клинеберг И., Джагер Р. Оклюзия и клиническая практика. Перевод с английского под редакцией М. Антоника, Изд. Азбука, Москва, 2006
10. Пузин М., Вязьмин А. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. Изд. Медицина, Москва, 2002, 157 стр.
11. Смуkler X. Нормализация окклюзии при наличии интактных и восстановленных зубов. Перевод с английского под редакцией М. Антоника, Изд. Азбука, Москва, 2006, 136 стр.
12. Сёмкин В.А., Рабухина Н.А. Дисфункция височно-нижнечелюстных суставов (клиника, диагностика и лечение). ЗАО Редакция журнала „Новое в стоматологии“ Москва 2000, 53 стр.
13. Хватова В. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Изд. Медицина, Москва, 1982, 158 стр.

Data prezentării: 08.08.2013.

Recenzent: Ion Lupan

TRATAMENTUL RESTAURATIV DIRECȚIONAT LA PACIENȚI CU DIZARMONII OCLUZALE

Rezumat

Au fost selectați și examinați complex 20 pacienți (8b; 12f) cu dizarmonii ocluzale acute și cronice. Pacienții au fost divizați în două loturi: I-ul lot — 6 pacienți cu dizarmonii ocluzale, ce au prezentat semne de disfuncții temporo-mandibulare; al II-lea lot — 14 pacienți cu dizarmonii ocluzale fără semne de disfuncții temporo-mandibulare.

Examenul clinic al ocluziei dentare ne-a oferit unele date orientative de dereglări a morfologiei ocluzale. În acest context în cadrul reabilitărilor ocluzale sunt necesare informații suplimentare a statusului ocluzal, care pot fi obținute în urma unor investigații paraclinice. Îmbinarea unor investigații contemporane (studiul modelului în articulator, condilografia; teleradiografia; tomografia computerizată; cefalometria, etc.) au îmbunătățit esențial atât diagnosticul de disfuncții ocluzale, cât și posibilitățile de reabilitare.

Lilian Nistor, doctorand
Valeriu Fala, conf. univ.
Catedra stomatologie terapeutică FEMCF a USMF „N. Testemițanu“
Catedra stomatologie terapeutică FEMCF a USMF „N. Testemițanu“

Vitalie Gribenco, asist. univ.
Vitalie Pântea, asist. univ.
Catedra stomatologie ortopedică „Ilarion Postolachi“

Aceasta a permis o înregistrare și o evaluare mai precisă, prin intermediul unor programe de analiză sintetică a parametrilor ocluzali.

Pe modele de diagnostic montate în articulorul adaptabil s-a efectuat modelarea în ceară a morfologiei ocluzale după tehnica propusă de echipa Slavicek, care ulterior au servit ca ghid în reabilitarea direcționată prin tehnici modificate de restaurare directă.

Cuvinte cheie: *dizarmonie ocluzală, disfuncții temporo-mandibulare, tratament restaurativ direcționat.*

Summary

RESTAURATIV TREATMENT DIRECTED AT PATIENTS WITH OCCLUSAL DISHARMONIES

20 patients (8 Males and 12 Females) were selected and examined, who presented acute and chronic occlusal disharmonies. The patients were divided into two lots: the first lot — 6 patients with occlusal disharmonies, who presented signs and symptoms of temporomandibular dysfunctions; the second lot — 14 patients with occlusal disharmonies, but missing those signs.

The clinical examination of dental occlusion gives us some guidance data on morphological occlusal disorders. In this context, in the occlusal rehabilitation additional data is necessary, regarding occlusal status, which can be obtained by paraclinical investigations. The combination of contemporary diagnostic procedures — condylography, teleradiography, computer tomography, cephalometry, have improved the diagnosis of occlusal dysfunctions, as well as the rehabilitation possibilities.

This has allowed for a more accurate recording and evaluation, through some programs for synthetic analysis of occlusal parameters.

On diagnostic moulds mounted in an adjustable articulator, the occlusal morphology technique by Slavicek was used, afterwards serving as a guide in directed rehabilitation through modified techniques of direct restorations.

Key words: *occlusal disharmony, temporomandibular dysfunction, directed restorative treatment.*

Actualitatea temei

Dizarmoniile ocluzale sunt un factor etiologic important al disfuncțiilor temporo-mandibulare (DTM) [1,2,3]. Studiile epidemiologice [1], enumeră un șir de parametri ocluzali, care se asociază mai des cu simptomele disfuncționale (ocluzia deschisă, overjet mai mare de 6-7 mm, alunecare în centric (longcentric) mai mare de 2 mm, ocluzie inversă posterioară).

După cum afirmă [1,2,3] dizarmoniile ocluzale acute (de ex: restaurare cu modelaj ocluzal incorect) produc modificarea bruscă a aferențelor proprioceptive, ca urmare se modifică și tonusul mușchilor ridicători cu apariția disfuncției musculare.

Autorii [1,2,3] susțin că sistemul neuro-muscular se poate adapta la contactele premature acute din intercuspidare maximă și interferențele de partea nelucrătoare în cursul mișcărilor excentrice ale mandibulei într-o perioadă scurtă. Tot acești autori afirmă că dacă fenomenul compensator nu se produce, apare o formă mai severă de DTM — miogenă.

Respectiv, fiecare individ are capacitatea unică de a se adapta, la imperfecțiuni, nivelul de adaptare fiind reprezentat de toleranța fiziologică individuală.

Dupa datele [1,3,5,7,8] că dizarmoniile ocluzale cronice nu declanșează în mod obligatoriu DTM și dacă pacienții nu prezintă semne și simptome disfuncționale, se consideră că ocluzia se găsește în limitele toleranței fiziologice.

Se intervine terapeutic numai în momentul apariției simptomatologiei disfuncționale sau în echilibrarea ocluzală preprotetică, pentru a evita introducerea unor noi dizarmonii ocluzale, care solicită capacitatea de adaptare a sistemului stomatognat.

Toate cele descrise anterior confirmă efectele produse de dizarmoniile ocluzale în cadrul activității funcționale musculare.

Studiile recente [1,2,3] contrazic conceptul potrivit căruia dizarmoniile ocluzale pot iniția activitatea parafuncțională (de ex: bruxism), ele modificând numai modul de transmitere al solicitărilor la nivelul sistemului stomatognat.

Conform datelor [1,3,4,5,8], examenul clinic al ocluziei dentare este foarte important în diagnosticul DTM și este divizat în examenul ocluzal general (evaluarea dimensiunii verticale de ocluzie (DVO), curbura de ocluzie, calitatea restaurărilor existente) și examenul ocluzal specific (contactele ocluzale din poziție inter maxilară (PIM), ocluzie în relație centrică (ORC), protruzie și laterotruzie). Tot aici vom menționa că ocluzia funcțională este caracterizată sintetic de unele criterii:

- La închiderea cavității bucale condilii se găsesc în poziția lor cea mai superioară și anterioară, în raport cu versantul posterior al tubercului articular, discul articular fiind interpus corespunzător. Este poziția musculo-scheletică stabilă. În această poziție există contacte egale, multiple, stabile, simultane și echilibrate ale tuturor dinților laterali, fără relevanță în menținerea DVO.
- În PIM se realizează un număr maxim de contacte dento-dentare stabile, simultane și echilibrate. Ele asigură transmiterea forțelor în axul lung al dinților.
- Deplasarea în și dinspre PIM se face fără interferențe.
- Există o DVO corectă, în acord cu lungimea optimă de contracție a mușchilor ridicători.

- În mișcarea de propulsie a mandibulei cu contacte dento-dentare există ghidaj dentar anterior și dezocluzia dinților posteriori.
- În mișcarea de lateralitate cu contacte dento-dentare există un ghidaj dentar de partea lucrătoare și dezocluzie de partea nelucrătoare. Ghidajul preferat este cel oferit de canini.

După datele literaturii de specialitate, în ultimii ani, nu toți pacienții satisfac criteriile ocuziei funcționale, respectiv posedă o ocuzie de obișnuință (habituală), la care s-a adaptat sistemul stomatognat. Din aceste considerente, echilibrarea ocuzală se recomandă în anumite condiții:

- Dizarmonii ocuzale acute iatrogene (obturații, restaurări protetice cu un modelaj ocuzal inadecvat), care determină de obicei o formă de DTM mioгенă;
- Dizarmonii ocuzale cronice, în cazurile când toleranța fiziologică individuală a fost depășită, cu apariția consecutivă a durerii și a tulburărilor funcționale la nivelul componentelor a sistemului stomatognat;
- Echilibrarea ocuzală preprotetică, pentru a evita introducerea unei noi dizarmonii ocuzale, care ar putea epuiza capacitatea de adaptare a sistemului stomatognat.

Completarea examenului clinic al ocuziei dentare cu studiul modelelor de diagnostic, montate în articuloare adaptabile, a înlesnit esențial stabilirea diagnosticului de stare ocuzală.

Aplicarea unor metode contemporane de investigație a stării elementelor componente a sistemului stomatognat (condilografia, teleradiografia, tomografia computerizată, cefalometria, etc.), urmăresc aprecierea statusului funcțional sau disfuncțional la pacienții examinați.

Datele investigațiilor clinice și paraclinice la pacienții cu dizarmonii ocuzale oferă clinicienților informații referitor la elaborarea schemelor de reabilitare ocuzală, ținând cont de parametrii ocuzali individuali.

Schemele respective pot fi materializate prin intermediul tehnicii de modelare diagnostică în ceară (Wax-up), propusă de echipa profesorului Slavicek.

Terapia ocuzală se referă la modificarea temporară sau permanentă a contactelor ocuzale în vederea îmbunătățirii funcției sistemului stomatognat.

Conform [1,2], metodele terapeutice, care se divizează în reversibile și ireversibile, înregistrează un procent de succes asemănător pe termen lung (70-85%). Din acest motiv se recurge inițial la tratamente reversibile.

În funcție de obiectivul urmărit, metodele de tratament al DTM pot fi încadrate în terapia definitivă sau în cea simptomatică.

Tratamentul definitiv cuprinde în sine terapia ocuzală, a stresului emoțional, tratamentul chirurgical.

Terapia ocuzală la rândul său urmărește corectarea poziției mandibulei sau a tiparului contactelor ocuzale.

Terapia ocuzală reversibilă prevede în sine aplicarea de șini ocuzale, dar întrucât stabilitatea ortopedică

este menținută numai pe parcursul purtării șinii, aceasta este considerată o metodă de tratament reversibilă.

Terapia ocuzală ireversibilă corectează permanent contactele ocuzale sau poziția mandibulei. Exemple în acest sens sunt restaurările direcționate a morfologiei ocuzale [5,6]. Prin aceasta se asigură o reabilitare ocuzală funcțională.

Prin urmare examenul clinic al ocuziei dentare, urmat de investigațiile paraclinice, cum ar fi studiul modelelor de diagnostic montate în articulatorul adaptabil, condilografia, teleradiografia ne oferă informații referitor la statusul funcțional sau disfuncțional al ocuziei dentare.

Tratamentul restaurativ direcționat prevede în sine reabilitarea ocuzală cu utilizarea tehnicii wax-up după Slavicek pe modele de diagnostic montate în articuloare adaptabile, care vor servi ca ghid de referință în efectuarea tratamentului propriu-zis.

Scopul

Implementarea parametrilor ocuzali individuali în tratamentul restaurativ direcționat a dizarmoniilor ocuzale.

Materiale și metode

Au fost selectați și examinați complex 20 pacienți dintre care 8 bărbați și 12 femei, cu dizarmonii ocuzale acute și/sau cronice. Pacienții au fost divizați în două loturi:

I-lot, 6 pacienți cu dizarmonii ocuzale, prezentând semne de DTM;

II-lot, 14 pacienți cu dizarmonii ocuzale, fără semne de DTM.

Datele anamnezei au fost colectate prin intermediul unui chestionar, elaborat de noi. Aceasta a permis la etapa inițială de examinare selectarea semnelor, care orientează diagnosticul spre o anumită formă de DTM.

Examenul clinic-instrumental s-a efectuat conform schemei obișnuite.

Examenul clinic al ocuziei dentare a fost divizat în examenul ocuzal general (evaluarea DVO, curbelor de ocuzie, calitatea restaurărilor existente) și examenul ocuzal specific (contactele ocuzale din PIM, ORC, protruzie și laterotruzie).

Studiul modelelor de diagnostic la lotul I de pacienți s-a efectuat în articulatorul adaptabil GAMA-Reference, după transferul datelor cu ajutorul arcului facial cinetic și a registratului obținut în poziție de relație centrică (poziției de referință) a mandibulei. La lotul II de pacienți transferul datelor în articulatorul adaptabil s-a efectuat prin intermediul arcului facial anatomic și a registratului obținut în poziție de relație centrică (poziției de referință) a mandibulei.

Din metodele paraclinice imagistice, pacienților din lotul I s-au folosit radiografia panoramică, tomografia computerizată, teleradiografia, cefalometria, iar celor din lotul II doar radiografia panoramică.

Rezultate și discuții

Datele chestionării și examenului clinic la pacienții din lotul I pe lângă prezența dizarmoniilor ocuzale

acute și/sau cronice ne-a orientat diagnosticul spre o formă clinică de DTM.

În cursul examenului ocluzal general, la 3 pacienți din lotul I, s-a depistat micșorarea dimensiunii verticale de ocluzie (DVO), denivelarea planului ocluzal și prezența semnelor odonto-parodontale ale traumei ocluzale.

Examenul ocluzal specific, la toți pacienții din lotul I, a relevat contacte ocluzale premature și interferențe ocluzale. Aceasta a fost posibil prin intermediul relevatorilor coloranți și anume hârtia de articulație de tip „Bausch“ de culoare roșie și albastră.

La toți acești pacienți s-a efectuat de asemenea ortopantomografia, pentru a evidenția unele probleme existente ale statusului odontal și parodontal a dinților prezenți pe arcadele dentare. Dinții care au prezentat semne de afectare a organului pulpar și a periodontului, au fost supuși tratamentului endodontic.

Modelele de diagnostic au fost studiate separat, unde s-a atras atenție la morfologia ocluzală a dinților, poziția lor, forma arcadele dentare, etc.

Condilografia s-a efectuat cu ajutorul condilografului Cadiax-GAMA. Ea ne-a permis să înregistrăm poziția axei balama-terminale individuale și a graniței orbitei inferioare, traiectoriile condiliene, care ulterior au fost combinate cu datele obținute în urma cefalometriei și teleradiografiei, apoi printr-o programă de analiză sintetică au fost obținuți parametrii ocluzali individuali.

Înregistrările condilografice au fost transferate în articulaturul adaptabil (GAMA-Reference) prin intermediul arcului facial cinetic și registratului în poziția de referință (RC), în care au fost montate modelele de diagnostic.

Examenul mișcărilor limită în protruzie și laterotruzie ne-au oferit informații despre starea ocluziei funcționale.

Datele examenului clinic și metodelor paraclinice, descrise anterior, au permis elaborarea diagnosticului de stare ocluzală și elaborarea unei scheme de reabilitare ocluzală individuală.

Tratamentul acestui lot de pacienți a fost divizat în două etape. La prima etapă acestor pacienți li s-a confecționat șini de stabilizare, rolul cărora a fost eliminarea semnelor de DTM.

După o perioadă de 4-6 săptămâni, la dispariția semnelor de DTM și datelor condilografiei repetate, s-a recurs la tratamentul direcționat de reabilitare ocluzală prin tehnici de restaurare directă.

Până la începerea tratamentului propriu-zis, utilizând tehnica Wax-up pe modele de diagnostic, din ceară specială s-a modelat morfologia ocluzală conform schemei elaborate anterior. Aceste modele au servit ca ghid în reabilitarea ocluzală propriu-zisă.

La finalizarea tratamentului restaurativ, pacienților li s-a efectuat șini reziliante (elastice) cu rol de protecție și s-a repetat examinarea paraclinică prin condilografie.

Datele obținute ne-au confirmat obținerea parametrilor ocluzali individualizați.

Datele examenului clinic și a chestionării pacienților din lotul II, au exclus semnele și simptomele subclinice de DTM.

Examenul clinic al ocluziei dentare a fost sistematizat de asemenea în două etape, ca și la pacienții din lotul I, în: examenul ocluzal general și examenul ocluzal specific.

Examenul ocluzal general a relevat absența semnelor odontoparodontale ale traumei ocluzale, lipsa modificării DVO și a planului ocluzal.

Examenul ocluzal specific s-a bazat pe analiza ocluzală, care a urmărit depistarea dizarmoniilor ocluzale, care împiedicau realizarea unor raporturi stabile și armonioase între arcadele dentare, ducând la instabilitatea ortopedică. Contactele dento-dentare patologice (contacte premature și interferențele ocluzale) au fost identificate clinic prin mai multe metode: cu utilizarea relevatorilor coloranți (hârtia de articulație tip „Bausch“ de culoare albastră și roșie).

Ulterior examenul ocluzal s-a efectuat pe modelele de studiu separate și montate în articulaturul adaptabil (GAMA-Reference), datele fiind transferate prin intermediul arcului facial anatomic și a registratului în poziție de referință (RC). Aceste date ne-au confirmat prezența contactelor premature și a interferențelor ocluzale, orientându-ne către tratamentul direcționat de reabilitare ocluzală.

Ulterior, pe modele de diagnostic, prin intermediul tehnicii Wax-up, modificată de echipa profesorului Slavicek, s-a recurs la materializarea viitorului relief ocluzal.

Tratamentul de reabilitare ocluzală la pacienții din lotul II s-a efectuat prin metode ireversibile, și anume prin restaurări directe.

Examinarea complexă a pacienților, aflați în studiu, ne-a permis selectarea metodelor de reabilitare ocluzală (reversibile sau ireversibile).

Concluzie

Datele examenului complex al pacienților aflați în studiu, au permis determinarea și implementarea parametrilor ocluzali individuali în tratamentul restaurativ direcționat al dizarmoniilor ocluzale.

Bibliografie

1. Bratu D. *Disfuncția temporo-mandibulară*, ed. Lito-U.M.F.T., Timișoara, 2002, 251 pag.
2. Bluche L.R., Ciurescu C. *Reabilitarea orală complexă — o abordare sistematică. Partea a II-a. Tratamentul protetic*, *Viața Stomatologică*, 1/2007, pag 25-28
3. Burlui V., Morărașu C. *Gnatologie*, ed. Apollonia, Iași, 2000, 566 pag.
4. Ieremia L., Bratu D., Negruțiu M. *Metodologia de examinare în protetica dentară*, ed. SIGNATA, Timișoara, 2000, 302 pag.
5. Slavicek Rudolf *The masticatory organ : Functions and Dysfunctions*, Gamma Med.-wiss. Forbildung-AG, 2002, 543 pag.
6. Fala V., Burlacu V. *Metodologia endodontologiei clinice. Ghid Practic*, H&M Design, Chișinău, 2012, 116 pag.
7. Клинеберг И., Джагер Р. *Окклюзия и клиническая практика*, Перевод с английского под редакцией М. Антоника, Изд. Азбука, Москва, 2006
8. Смуkler X. *Нормализация окклюзии при наличии интактных и восстановленных зубов*, Перевод с английского под редакцией М. Антоника, Изд. Азбука, Москва, 2006, 136 стр.

Data prezentării: 06.08.2013.

Recenzent: Ion Lupan