

TABLOUL CLINIC ȘI TRATAMENTUL PROTETIC AL ABRAZIUNII DENTARE

9.1. Etiopatogenia abraziunii dentare

După erupția dinților și stabilirea contactelor dentodentare, pe parcursul vieții, datorită funcției și factorilor endogeni și exogeni are loc abraziunea țesuturilor dure, care este socotită ca un proces fiziologic. Acest fenomen treptat duce la schimbarea morfologiei dinților numită morfologie secundară. Caracterul și gradul de abraziune va depinde de tipul de ocluzie, rezistența țesuturilor dure, tipul de masticatie, mărimea presiunii masticatorii, prezența, mărimea și topografia breșelor arcadei dentare, consistența alimentelor, de influența factorilor externi în raport cu profesia, de starea generală a organismului etc. Pentru abrazia fiziologică este caracteristică abrazia țesuturilor dure în limitele smalțului până la hotarul smalț-dentină. Aceasta are o deosebită importanță la menținerea echilibrului fiziologic în rapoartele ocluziei dinamice, deoarece treptat cuspizii dinților laterali se rotunjesc micșorându-se în înălțime ca și dinții anteriori, ce duce la o alunecare mai lină a arcadei dentare inferioare pe cea superioară în timpul funcției.

Abrazia fiziologică are loc și la nivelul suprafețelor proximale în zonele de contact datorită mobilității fiziologice a dinților. Acest fenomen se manifestă prin transformarea punctelor de contact interdentare în suprafețe de contact, însă datorită tendinței fiziologice de migrare a dinților spre mezial între dinți nu apar spații. Aceste migrări duc la micșorarea dimensiunii arcadei dentare în direcție sagitală până la 0,5—1,0 cm.

La nivelul suprafețelor vestibulare și orale abrazia țesuturilor dentare are loc sub influența acțiunii funcționale a mușchilor obrazilor, limbii, alunecării alimentelor și a periajului.

Afară de abraziunea fiziologică există diferite forme patologice care se caracterizează printr-o abraziune rapidă și intensivă a smalțului și dentinei într-un timp comparativ scurt. Datele literaturii contemporane ne dovedesc că etiologia acestui proces este multiplă și abraziunea poate apărea ca rezultat al acțiunii factorilor endogeni și exogeni sau a îmbinării lor. Din factorii endogeni fac parte: dereglările metabolismului, a procesului de mineralizare a țesuturilor dure, a funcției glandelor endocrine, structura deficientă a țesuturilor dure de caracter congenital, ce poate apărea ca urmare a maladiilor mamei și copilului sau a eredității, procesele neurodistrofice ale țesuturilor dure etc. Variații sînt și factorii

exogeni, însă o deosebită importanță o are suprasolicitarea funcțională a dinților. Aceasta poate fi influențată de edentația parțială în raport de numărul dinților absenți și funcția mixtă a celor rezanți, de tipul de masticatie, hiperfuncția mușchilor, caracterul alimentelor, scrișnitul nefuncțional din dinți (bruxismul, ticuri profesionale), parafuncții musculare. Abrazia intensivă a țesuturilor dure poate apărea și ca urmare a maladiilor sistemelor cardiovascular, nervos, tractului gastrointestinal, la fel ca și sub influența acțiunii nocive a diferitelor obiceiuri vicioase, a factorilor influențați de profesie (leziuni provocate de aburii acizilor, substanțelor alcaline, a prafului de cărbune la mineri; obiceiul vicios de a ține cu dinții diferite piese metalice: croitorii, instrumentalisti suflători, cizmarii etc.).

A. Șcerbacov (1984) a sistematizat factorii etiologici ce pot duce la abraziunea dentară patologică:

1. Insuficiența funcțională a țesuturilor dure, condiționată de morfologia lor deficientă: congenitală — ca urmare a dereglărilor de amelo- și dentinogeneză; ereditară (de tipul maladiei Capdepond); dobândită — ca urmare a proceselor neurodistrofice, dereglări ale sistemului cardiovascular și a aparatului endocrin, dereglări ale metabolismului de diferită etiologie.

2. Suprasolicitarea funcțională a dinților condiționată de: edentația parțială (micșorarea numărului dinților antagoniști în ocluzie, funcția mixtă etc.); parafuncțiile musculare (bruxismul); hiper-tonusul mușchilor masticatori de proveniență encefalică sau condiționat de profesie (vibrare, încordare fizică); trauma cronică a dinților (în același număr și obiceiurile nocive);

3. Factorii profesionali nocivi (necrozele acidice și alcaline).

Conform opiniei autorului unele din cauzele indicate pot provoca abraziie generalizată, iar altele — locală.

Mecanismul dezvoltării, sporirii și caracterul abraziiei țesuturilor dure va depinde de etiologie, varietățile și particularitățile individuale de ocluzie influențate de contactele dento-dentare în mișcările funcționale de propulsie și lateralitate a mandibulei. Este clar că acest proces va depinde de rezistența țesuturilor dure; în condiții de normă smalțul este cel mai dur țesut al organismului, având o rezistență variabilă în diferite zone ale suprafeței coronare și la diferită adâncime — 408—334 kg/mm². Aceleași particularități sînt caracteristice și pentru țesutul dentinar, acesta, însă, avînd o rezistență mult mai scăzută. În zonele porțiunii coronare rezistența dentinei atinge 84—48 kg/mm², avînd tendința de descreștere spre apexul radicular. Pe parcursul vieții indicii rezistenței țesuturilor dure variază considerabil în raport cu starea generală a organismului. Sub influența abraziunii cu timpul pe suprafețele ocluzale ale dinților apar zone de dentină lipsite de smalț. Rezistența dentinei în aceste zone la suprafață este mai mare decît în zonele protectate de smalț și atinge 100—110 kg/mm². Acest fenomen se lămurește printr-o mineralizare mai intensă a zonelor dezgolite ca rezultat al stimulării metabolismului prin acțiunea excitanților externi și

este socotită ca o reacție de compensare. În asemenea cazuri suprafața insușilor de dentină dezgolită poate fi netedă cu un luciu de poleire, avînd o duritate mai crescută (100—120 kg/mm²), sau dentina poate fi laxă. Deoarece duritatea smalțului restant este mult mai mare în zonele dezgolite, abraziunea va progresa vădit, fiind accelerată de marginile ascuțite ale smalțului. Prin urmare, patogenia abraziei patologice a țesuturilor dure ale dinților se reduce în principiu la o îmbinare a următorilor doi factori principali: deficiența țesuturilor dure și suprasolicitarea funcțională a dinților. De menționat că deseori ne întîlnim cu o îmbinare mai amplă a factorilor etiologici. Această îmbinare, fiind multiplă în dependență de caracterul raportului ocluzal dintre arcadele dentare, va duce la o abrazie generalizată sau locală. Practic deseori este foarte greu de a depista cauza și patogenia acestei patologii și în prezent nu dispunem de o clasificare a abraziei patologice după factorii etiologici, prin urmare, și tratamentul se efectuează nu pe baza principiului patogenetic, dar simptomatic.

9.2. Tabloul clinic al abraziunii dentare

Particularitățile tabloului clinic al abraziunii dentare sînt variate și depind de factorii etiologici, tipul de ocluzie, vîrstă, prezența sau absența breșelor arcadelor dentare, topografia lor, timpul ce s-a scurs de la declanșarea procesului, starea reactivă și generală a organismului, gradul de abraziune, complicațiile apărute etc. Simptomul principal evidențiat în cadrul examenului medical al pacientului este prezența abraziunii avansate a țesuturilor dure ale dinților sau ale unui grup de dinți, care a dus la dereglările de structură anatomică a coroanelor. Din cauza abraziei progresive dispar cuspizii dinților laterali, marginile incisive ale dinților frontali, iar înălțimea coroanei este micșorată. În raport de tipul ocluziei se va găsi și tipul de abrazie. La pacienții cu tipul de ocluzie cap la cap abraziiei sînt supuse marginile incisivale și suprafețele ocluzale ale tuturor dinților. În caz de ocluzie deschisă abraziiei avansate sînt supuși dinții ce se găsesc în contact, iar ceilalți dinți își păstrează forma anatomică. La pacienții cu ocluzia ortognatică acest proces este localizat pe sectoarele suprafețelor vestibulare ale dinților frontali inferiori și respectiv celor orale ale antagoniștilor în raport cu gradul de supraacoperire; cuspizii dinților laterali se vor abrazia în dependență de caracterul rapoartelor interdentare specifice pentru așa tip de ocluzie. Pentru ocluzia adîncă este caracteristică abrazia suprafețelor vestibulare ale dinților frontali inferiori și a celor orale ale antagoniștilor.

Datorită diferenței de rezistență a țesuturilor dure după dezgolirea dentinei în aceste zone are loc o abrazie mai intensivă, aprofundată, iar în zonele unde s-a păstrat stratul de smalț, ea decurge mai lent. Caracterul suprafeței atacate va varia de la in-

divid la individ avînd fațete netede, lucioase sau fiind undulată cu adîncituri condiționate de marginile ascuțite ale smalțului. Pe parcursul avansării procesului patologic tabloul clinic se va complica în raport cu forma și gradul de abraziie. Deseori acest proces declanșează hiperestezia smalțului și a dentinei. Din cauza micșorării înălțimii coroanelor este posibilă micșorarea înălțimii interalveolare și a treimii inferioare a feței (abrazia generalizată). Micșorarea acestor parametri va influența apariția diverselor simptome caracteristice pentru disfuncțiile musculare și ale articulației temporomandibulare. Disfuncțiile enumerate se vor agrava cînd, ca urmare a abraziiei, apar deformații ale apofizelor alveolare și ale arcadei dentare ce duc la blocarea alunecărilor line a arcadei dentare inferioare pe cea superioară. Ca urmare a abraziiei țesuturilor dure vor surveni schimbări și în parodontul dinților atașați, însă lezări caracteristice pentru parodontite și parodontoză se vor dezvolta cînd suprasolicitarea funcțională va fi condiționată de prezența anomaliilor dentare, a breșelor în arcadele dentare, parafuncții musculare etc.

Abrazia patologică a dinților în fazele incipiente și chiar cea de gradul I, dacă nu este însoțită de hiperestezia țesuturilor dure, nu provoacă dereglări funcționale. În cadrul proceselor mai avansate vor surveni dereglări ale actului de masticatie, deglutiție, fonatie, disfuncții musculare și a articulației temporomandibulare. Ultimele sînt manifestate printr-un complex de simptome caracteristice cunoscut în literatură ca sindromul Costen: pocnit, crepitații și zgomot în zonele articulației, care pot fi însoțite de dureri nu numai în articulație, dar și în mușchii masticatori, urechi, în zona facială, dureri de cap, glosalgie, scăderea auzului, dereglări de secreție salivară. Totodată trebuie de subliniat că acest sindrom în practică rar se întîlnește în întregime. Ca regulă dereglările funcționale sînt manifestate prin unul sau cîteva simptome.

Abrazia progresivă duce la modificări esențiale în tot complexul dinte—parodont. Afară de hipermineralizarea țesuturilor dure care a fost menționată, au loc schimbări în pulpă și parodont. După H. Kalamkarov (1984) aceste schimbări se manifestă prin vacuolizarea stratului de odontoblaști, sclerotizarea vaselor sangvine, lezarea nervilor și se dezvoltă atrofia pulpei. Concomitent pulpa produce dentină secundară care treptat micșorează volumul camerei pulpare. În raport cu schimbarea mărimii și direcției forțelor masticatoare asupra dinților are loc deformarea spațiului periodontal: se micșorează în zona de presiune și se lărgeste în zona de tracțiune. În țesutul osos al apofizelor alveolare, dacă nu are loc suprasolicitarea funcțională a dinților, se observă numai o condensare a țesutului de tip sclerotic. În clinică despre gradul de manifestare a acestor procese vom judeca după datele examenului radiografic și a determinării electroexcitabilității pulpei care deseori este scăzută.

Formele clinice. Studiul clinic al abraziiei țesuturilor dure ale dinților a dovedit că acest proces are un caracter individualizat și poate leza una sau mai multe suprafețe ale coroanei dintelui. Fiind

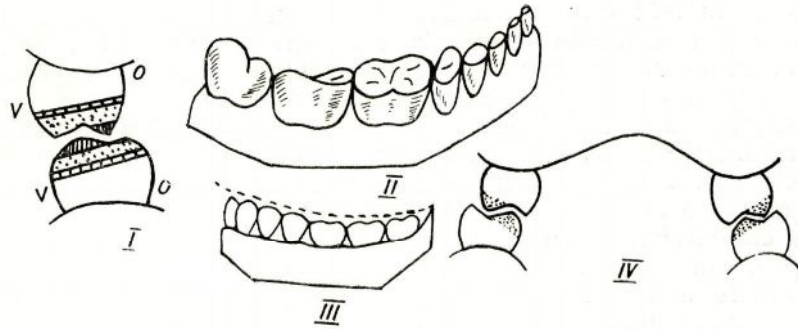


Fig. 140. Patru grupuri de abraziune dentară după Barandun: O — oral; V — vestibular. Explicație în text

luate în considerație diverse criterii au fost propuse mai multe clasificări ale formelor clinice de abraziie.

Barandun (citată după Iu. Chira) deosebește următoarele grupe de abraziie:

I. Formele de abraziie la care planurile de ocluzie sînt oblic înclinate dinspre vestibular spre oral, planul de ocluzie general avînd forma unui sector de calotă cu convexitatea în sus. Așa tip de abraziie este caracteristic pentru ocluzia adîncă.

II. Formele de abraziie la care suprafețele ocluzale ale molarilor inferiori prezintă o abraziie neuniformă, selectivă:

— primul molar are suprafața ocluzală oblică înclinată spre vestibular;

— al treilea molar are suprafața activă oblic înclinată spre oral;

— al doilea molar face trecerea între aceste două forme astfel că jumătatea ocluzală mezială este orientată oblic spre vestibular, în timp ce jumătatea ocluzală distală este oblic în sens lingual. Această formă pentru prima dată a fost descrisă de Ackerman care a numit-o abraziie helicoidală cu pasul de elice la nivelul molarului doi. Ackerman socotea că abraziia helicoidală poate avea loc numai la persoanele cu arcadele dentare întregi în caz de ocluzie ortognatică sau dreaptă (cap-la-cap).

III. Formele de abraziie la care planul de ocluzie prezintă forma unui segment de cilindru:

— în sens sagital planul de ocluzie este curb cu convexitatea orientată în jos;

— în sens transversal suprafețele ocluzale sînt orizontale. Acest tip de abraziie se observă la ocluzia dreaptă (cap-la-cap).

IV. Formele de abraziie la care planul de ocluzie este înclinat oblic spre lingual, semănînd cu un sector de calotă cu convexitatea orientată inferior. Așa tip de abraziie este caracteristic pentru progenie (ocluzie inversă) și ocluzia încrucișată (fig. 140).

Afară de aceste patru grupe tipice mai există un șir de forme intermediare sau cu semne caracteristice pentru două sau mai

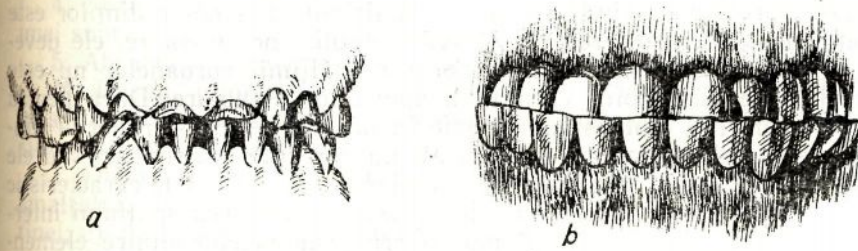


Fig. 141. Abraziunea patologică a dinților: *a* — formă localizată; *b* — formă generalizată

multe grupe, în dependență de particularitățile individuale de ocluzie.

A. Grozovski, studiind tabloul clinic al abraziei patologice a dinților, a evidențiat trei forme: verticală, orizontală și mixtă în raport cu suprafețele lezate ale dintelui. Prima formă se întâlnește la pacienții cu ocluzia ortognatică când abrazia este localizată pe suprafețele vestibulare ale dinților frontali inferiori și pe cele palatinale ale antagoniștilor sau invers, în caz de raport interdental caracteristic pentru progenie. A doua formă se manifestă când sînt lezate suprafețele orizontale ale dinților (marginile incisivale ale frontalilor și suprafețele ocluzale ale celor laterali); este tipică pentru ocluzia dreaptă (cap-la-cap). Dacă particularitățile de ocluzie și factorii etiologici duc la abrazia suprafețelor verticale și orizontale ale dinților atunci ea va fi de tip mixt.

V. Kurleandski deosebește două forme clinice: localizată și generalizată. Pentru forma localizată este caracteristică abrazia locală a dinților de pe un sector al unei sau ambelor arcade dentare; abrazia generalizată se manifestă printr-un proces ce cuprinde toți dinții. E. Gavrilov de asemenea deosebește două forme de abrazie dentară: limitată și difuză. Pentru prima formă este caracteristic localizarea procesului pe un dinte sau un grup de dinți (fig. 141 a). Clinic această formă poate fi manifestată prin abrazia progresivă numai a unor dinți de pe una sau ambele arcade dentare, ceilalți dinți fiind abraziați în limitele fiziologice. În așa cazuri dimensiunea verticală de ocluzie nu se va modifica, deoarece dinții abraziați în limitele fiziologice vor menține înălțimea de ocluzie. În zona dinților atacați, deși înălțimea coroanelor este micșorată, datorită creșterii apofizei alveolare acești dinți își vor păstra contactul cu antagoniștii. În unele cazuri în această zonă există un spațiu de inocluzie egal sau puțin mai mic decît înălțimea porțiunii coronare abraziate. Datorită menținerii dimensiunii verticale de ocluzie această formă de abrazie nu provoacă dereglări în rapoartele elementelor articulare ale articulației temporomandibulare sau disfuncții articulo-musculare.

Pentru forma generalizată este caracteristic micșorarea uniformă a înălțimii coroanelor dinților prezenți (fig. 141 b). După particularitățile tabloului clinic E. Gavrilov deosebește două variante ale

acestui proces: 1) cînd micșorarea înălțimii coroanelor dinților este compensată de creșterea respectivă a apofizelor alveolare, ele devenind mai masive; 2) cînd micșorarea înălțimii coroanelor nu este însoțită de hipertrofia vacantă a apofizelor alveolare. Dacă pentru prima variantă dimensiunea verticală de ocluzie, ca și raportul dintre elementele articulare ale A.T.M. nu vor suferi schimbări sau ele vor fi neesențiale, atunci pentru varianta a două va fi caracteristic micșorarea dimensiunii verticale de ocluzie, mărirea spațiului interocluzal pînă la 1—1,5 cm, modificarea rapoartelor dintre elementele articulare, ceea ce provoacă dereglări funcționale articulo-musculare. Datorită micșorării treimii inferioare a feței ca rezultat al acestor dereglări aspectul fizionomic al pacientului este asemănător cu cel al edentatului total: sînt bine pronunțate plicile nazolabiale, plica mentonieră, comisurile gurii sînt coborîte, buzele prăbușite spre oral, iar în timpul vorbirii dinții nu mai sînt observați. Micșorarea dimensiunii verticale de ocluzie duce la apropierea mandibulei de maxilă și deplasarea condililor articulari în fosa articulară în sus și posterior, creînd condiții funcționale nefavorabile. Această modificare de poziție a condililor articulari favorizează ofensarea discului articular în timpul funcției și o presiune neadekvată în zonele posterioare ale fosei articulare creînd astfel condiții de suprasolicitare funcțională a elementelor articulare și de apariție a artrozelor (sclerotizate, deformante). Deseori în asemenea cazuri se mai alătură și alte simptome caracteristice pentru sindromul Costen (zgomot în urechi, crepetații, dureri etc.) În raport cu gradul de abrazie se vor dezvolta dereglări ale actului de masticație, fonație; deglutiție. Tabloul clinic se va complica în cazurile cînd abrazia va fi însoțită de edentație parțială, anomalii de ocluzie, deformații ale arcadelor dentare și alveolare, deplasarea mandibulei posterior.

Tabloul clinic al abraziei dinților este determinat nu numai de forma, dar și de gradul acestui proces. G. Garcușa deosebește trei grade de abrazie: 1) sînt abraziați cuspizii dinților laterali și marginile incisivale ale frontalilor; 2) coroanele dinților sînt abraziate pînă la nivelul suprafețelor de contact interdental; 3) coroanele sînt abraziate pînă la gingie.

V. Kopeikin la fel evidențiază trei grade de abrazie în raport cu adîncimea procesului: 1) coroana este lezată pînă la $\frac{1}{3}$ din înălțimea sa; 2) coroana este lezată în limitele $\frac{1}{3}$ — $\frac{2}{3}$; 3) porțiunea coronară lezată depășește $\frac{2}{3}$. Un interes practic prin precizitatea și simplitatea determinării gradului de abrazie prezintă clasificarea lui Perier, care deosebește 5 grade (citat după Iu. Chira):

1. Abrazia este limitată în stratul de smalț.
2. Abrazia a depășit stratul de smalț și se observă insule de dentină.
3. Abrazia este mai avansată, deoarece între insule apar punți de legătură tot din dentină.

4. Abrazia este și mai avansată când dentina apare sub forma unei suprafețe întinse, limitată doar de o margine de smalț.

5. Abrazia este foarte avansată cu deschiderea camerei pulpare.

M. Bușan, punând la bază mai multe criterii (stadia, profunzimea, planul și întinderea procesului), a elaborat următoarea clasificare a abraziei dinților:

1. După stadiile de dezvoltare: a) fiziologică — în limitele smalțului; b) de trecere — în limitele smalțului și parțial ale dentinei; c) patologică — în limitele dentinei.

2. După profunzimea lezării: a) pînă la 1/3 din înălțimea coroanei; b) de la 1/3 pînă la 2/3 din înălțimea coroanei; c) de la 2/3 din înălțimea coroanei pînă la gingie.

3. După planul lezării: a) orizontală; b) verticală; c) mixtă;

4. După întinderea lezării: a) limitată; b) generalizată.

5. După gradul de sensibilitate a dentinei: a) în limitele normei; b) cu hiperestezie.

M. Bușan consideră că în urma abraziei patologice dimensiunea verticală de ocluzie treptat se micșorează și se dezvoltă un tip de ocluzie patologică cunoscută în literatură ca ocluzie redusă. Punând la bază simptomele generale și particularitățile tabloului clinic, în dependență de gradul de avansare, M. Bușan clasifică ocluzia redusă astfel:

1. Faza incipientă.

2. Faza avansată cu localizarea predominantă a procesului patologic în sistemul dentar: fără deformări esențiale sau cu deformări de diferit grad ale arcadei dentare și ale apofizelor alveolare.

3. Faza avansată cu localizarea procesului patologic în sistemul dentar și articulația temporomandibulară: fără deformări esențiale sau cu deformări de diferit grad ale arcadei dentare și ale apofizelor alveolare.

Manifestările tabloului clinic se găsesc în raport cu gradul de pronunțare a ocluziei reduse. Dacă în faza inițială dimensiunea verticală de ocluzie este păstrată sau se observă simptome de micșorare neesențiale atunci în celelalte două faze ea este esențial micșorată. Pentru faza a doua este caracteristic localizarea procesului patologic numai în limitele sistemului dentar (abraziune de gradul I, II, ocluzie traumatică, deformații ale arcadei dentare, trauma mucoasei etc.), pe cînd în faza a treia se alătură și disfuncțiile articulației temporomandibulare.

9.3. Metode de tratament protetic

Reieșind din aspectul variat al tabloului clinic, care este condiționat de multiplii factori externi și interni, fiind totodată individualizat, terapia abraziunii dentare trebuie să poarte un caracter etiopatogenetic diferențiat. Totodată, luînd în considerație că etiologia și patogenia acestei afecțiuni nu este definitiv elucidată și

practic din cauza îmbinării factorilor etiologici este foarte dificil sau chiar imposibil de a depista cauza și mecanismul dezvoltării ei, se efectuează un tratament simptomatic. Scopul tratamentului constă nu numai în restabilirea morfofuncțională a dinților lezați, dar și prevenirea progresării procesului declanșat. Prin urmare, întocmirea unui plan de tratament corect necesită un examen minuțios al pacientului cu aplicarea metodelor clinice și paraclinice, evidențiindu-se toate particularitățile clinice: forma și gradul de abraziune, starea țesuturilor dure, a parodontului, pulpei, articulației temporomandibulare, prezența și caracterul edentației, a deformațiilor apofizelor alveolare și a arcadelor dentare, determinarea suprasolicitării funcționale, a traumei fibromucoasei, micșorarea dimensiunii verticale de ocluzie, hiperestezia țesuturilor dure, a parafuncțiilor musculare, obiceiurilor vicioase, tipul de ocluzie, condițiile de muncă etc.

Dacă la faza incipientă a abraziunii dentare patologice însoțită, ca regulă, de hiperestezia țesuturilor dure, este posibilă o terapie medicamentoasă, atunci la un proces mai avansat se implică și o terapie protetică, care deseori este singurul mijloc eficient. Terapia medicamentoasă este orientată la o activare a remineralizării țesuturilor dure și în special a stratului superficial din zonele abraziate, cât și a dentinei secundare. Fiind individuală, această terapie se va efectua pe două căi: locală (terapia exogenică) și generală (terapia endogenică). Tratamentul local include lichidarea hiperesteziei țesuturilor dure prin aplicarea ionoforezei diferitelor preparate anestetice (Sol. lidocaini 1%; Sol. novocaini 2%; Sol. dicaini 2% ș. a.), fricțiunea pastelor anestetice (pasta de fluor, stronțiu etc.), aplicarea lacurilor (fluor-lac, durafat, silcot). Pentru intensificarea mineralizării substratului organic local pot fi utilizate proceduri fizioterapeutice (Sol. calciu hlorati 10%; Sol. calciu gliuconati 10%), aplicarea soluțiilor de mineralizare (Remodent; Sol. calciu gliuconati 10%), a preparatelor fluorate (lacurile durafat, silcot, fluor-lacul), la fel și pastele dentare fluorate (fluodent, extradent etc.). Paralel cu terapia locală, în scopul activării proceselor de remineralizare, se recomandă administrarea glicerofosfatului de calciu în combinație cu polivitamine și vitamina D₂ (Iu. Fiodorov, 1970).

Abrazia localizată. Tratamentul protetic se va efectua în raport cu particularitățile individuale ale tabloului clinic. La pacienți cu arcadele dentare întregi și o abrazie de gradul I, indiferent de prezența sau lipsa contactelor dento-dentare în zona abraziată (proces de compensare sau de decompensare din partea apofizelor alveolare), restabilirea morfologiei coronare este posibilă prin aplicarea incrustațiilor sau a coroanelor de înveliș. Deoarece această formă de abrazie mai frecvent este localizată în zona dinților frontali, pentru a preveni progresarea abraziei, folosind aceleași dispozitive pe hemiarcadele ambelor maxilare, se va mai crea încă câte un punct de contact metalic dentodontar. În caz de o complicație a

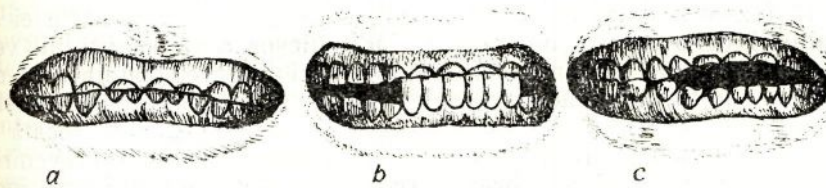


Fig. 142. Abraziunea localizată (a), gutiera din acrilat fixată în zona dinților lezați la mandibulă (b), spațiul creat după tratamentul ortodontic (c)

abraziei cu edentație parțială se vor utiliza punți dentare fixe sau proteze parțiale mobilizabile.

La pacienții cu abraziie de gradele II și III, când contactele dentodentare sînt păstrate (proces de compensare), restabilirea morfologiei coroanelor lezate este imposibilă fără o pregătire protetică, care ne va asigura crearea spațiului interdental din această zonă, necesar pentru restituirea coronară. În acest scop sînt indicate aparate ortopedice sau ortodontice, care fiind aplicate corespunzător tabloului clinic, vor duce la suprasolicitarea funcțională a dinților din zona lezată și la o dezocluzie între arcadele dentare în celelalte segmente. Datorită suprasolicitării funcționale în apofizele alveolare vor avea loc modificări de restructurare a țesutului osos, ceea ce va condiționa înfundarea dinților respectivi și crearea unui spațiu interocluzal. În calitate de aparate ortopedice pot fi utilizate gutiere dentare din acrilat, gutiere dento-gingivale, proteze dentare parțiale mobilizabile sau aparate ortodontice. Mai rar sînt utilizate aparatele fixe. La utilizarea acestor aparate este necesar de a ține cont, de regulă, că numărul dinților incluși în gutieră să fie mult mai mare decît numărul celor supuși suprasolicitării funcționale. Mărimea spațiului în zonele de dezocluzie la fixarea dispozitivului nu trebuie să depășească 1—1,5 mm. La apariția contactelor dentodentare în zonele de dezocluzie, individual, în mediu după 7—14 zile de la fixarea dispozitivului în zona dinților supuși suprasolicitării funcționale pe dispozitivul ortopedic (ortodontic) se va aplica un strat din acrilat autopolimerizabil, ceea ce va evita reapariția spațiului de dezocluzie. În așa mod timp de 3—6 luni vom obține în zona dinților lezați spațiul necesar pentru restituirea morfologică a dimensiunilor verticale ale coroanelor (fig. 142).

În cazurile cînd abrazia patologică localizată este complicată cu edentație parțială, o dată cu restabilirea dimensiunilor verticale ale coroanelor lezate se vor confecționa și alte proteze dentare conform tabloului clinic (punți dentare, proteze parțiale mobilizabile scheletate, acrilice cu placă etc.).

Abrazia generalizată. La baza terapiei abraziei generalizate stau la fel particularitățile tabloului clinic și în special forma acestei patologii: compensată, adică fără reducerea dimensiunii verticale de ocluzie, cînd spațiul interocluzal este în limitele normei (2—3 mm) și decompensată, considerată de mulți autori ca o formă complicată de ocluzie redusă.

În fazele incipiente ale abraziei generalizate sau ale abraziei de gradul I de o formă compensată, fără micșorarea dimensiunii verticale de ocluzie când arcadele dentare sînt integre, tratamentul ortopedic poartă un caracter complex, orientat la lichidarea hiperesteziei țesuturilor dure, utilizarea măsurilor de profilaxie locală și generală, intensificarea proceselor de remineralizare și prevenirea avansării procesului de abrazie. În cadrul tratamentului este indicată crearea cel puțin a trei puncte de contact din materiale rezistente după tipul triunghiului Bonwill; în dependență de particularitățile clinice acest contact poate fi realizat prin intermediul incrustațiilor sau al coroanelor de înveliș. În caz de prezență a breșelor arcadelor dentare conform indicațiilor contactele dento-dentare vor fi create prin utilizarea punților dentare sau a protezelor parțiale mobilizabile.

Tratamentul protetic al pacienților cu abraziune dentară generalizată de gradele II—III de formă compensată este foarte dificil și depinde nu numai de gradul de abrazie, dar și de lipsa sau prezența breșelor arcadelor dentare. Sarcina principală constă nu numai în crearea spațiului interocluzal necesar pentru restabilirea morfologiei coroanelor dinților abraziați, dar necesită și restructurarea reflexului miotatic muscular. Utilizînd același principiu de restructurare a țesutului osos în caz de integritate a arcadelor dentare, vor fi aplicate aparatele ce permit realizarea dezocluziei consecutive. Această metodă prevede dezocluzia treptată și consecutivă inițial în zona dinților frontali, apoi consecutiv în zonele laterale. Restructurarea substratului osos după așa metodă este posibilă pe parcursul unui timp îndelungat și reclamă o perseverență deosebită atît din partea pacientului, cît și din partea medicului. Deseori rezultatele obținute sînt minimale și, prin urmare, pronosticul nu coincide întotdeauna cu speranțele. Totuși restructurînd reflexul miotatic muscular și creînd un spațiu satisfăcător dintre arcadele dentare, în a doua fază a tratamentului se vor utiliza microproteze conform indicațiilor, asigurînd trei puncte de contact între arcadele dentare din materiale rezistente. La prezența breșelor arcadelor dentare vor fi aplicate, conform indicațiilor, protezele dentare deja cunoscute (punți dentare, proteze parțiale mobilizabile).

Planificarea tratamentului pacienților cu abrazie generalizată a țesuturilor dure de formă decompensată se va găsi în raport cu gradul de micșorare a dimensiunii verticale de ocluzie, starea funcțională a articulației temporomandibulare, a dinților restanți, a arcadelor dentare. M. Bușan consideră această formă de abrazie ca o patologie complicată de ocluzie redusă și pune la baza tratamentului starea funcțională a articulației temporomandibulare. În caz de micșorare a dimensiunii verticale de ocluzie pînă la 4,0 mm fără deformări a arcadelor dentare tratamentul de restabilire morfologică a dinților lezați și a dimensiunii verticale de ocluzie poate fi executat într-o etapă, fiind utilizate diverse construcții protetice conform tabloului clinic. La alegerea materialului din care vor fi confecționate protezele trebuie de ținut cont nu numai de rezis-

tența materialului, dar și de posibilitățile restabilirii fizionomice. Reieșind din aceste considerente, în zona frontală mai rațională este utilizarea coroanelor de înveliș din porțelan, metaloceramică sau metaloacrilice, iar în zonele laterale pot fi utilizate și punțile dentare metalice întreg turnate. La determinarea dimensiunii verticale de ocluzie vom reieși din starea de repaus fiziologic relativ a mandibulei (postură) ținând cont că spațiul interocluzal după fixarea protezelor să fie în limitele de 2—3 mm. O importanță deosebită o are crearea contactelor dentodentare multiple, ceea ce ne va asigura și o repartizare uniformă a presiunilor masticatoare. În caz că sînt deformatе arcadele dentare și apofizele alveolare, tratamentul va fi efectuat în două etape. La prima etapă se vor efectua conform indicațiilor: șlefuirea selectivă a dinților, aplicarea aparatelor ortodontice, compactosteotomia cu aplicarea consecutivă a aparatelor ortodontice, intervenții necesare pentru nivelarea planului de ocluzie. În a doua etapă, conform tabloului clinic, vor fi utilizate proteze dentare care vor restabili dimensiunea verticală de ocluzie. În așa cazuri nivelarea planului de ocluzie este posibilă și într-o singură etapă, însă numai cînd deformările arcadelor dentare și ale apofizelor alveolare nu sînt esențiale și majorarea dimensiunii verticale de ocluzie ne permite realizarea acestui scop prin utilizarea protezelor dentare.

Mult mai complicată este terapia pacienților cu micșorarea dimensiunii verticale de ocluzie mai mult de 4,0 mm. În așa cazuri, indiferent de starea arcadelor dentare, tratamentul va fi efectuat în două etape. La prima etapă se vor utiliza aparatele ortopedice (gutiere dentare, dentogingivale, aparate ortodontice, proteze parțiale mobilizabile cu placă din acrilat sau scheletate) confecționate conform indicațiilor clinice individualizate, după dimensiunile verticale de ocluzie, determinată după metoda anatomo-fiziologică. Aceste aparate majorînd dimensiunea verticală de ocluzie pun elementele sistemului stomatognat în noi condiții funcționale. În așa mod, prin întindere este majorată lungimea fiziologică a mușchilor, ceea ce duce la apariția hipertonusului muscular și restructurarea mușchilor. Prin urmare, dacă nu vom lua măsuri pentru restructurarea reflexului miotonic și vom confecționa proteze dentare restabilind dimensiunea verticală de ocluzie, tonicitatea musculară ridicată va duce la suprasolicitarea funcțională a dinților restanți, «înfundarea» lor și va provoca din nou micșorarea dimensiunii verticale de ocluzie. Deci sarcina principală a acestei etape constă în adaptarea funcțională a mușchilor. De menționat că aparatele ortopedice și ortodontice, punînd elementele articulo-musculare în noi condiții funcționale, pot provoca nu numai incomodități și disconfort, dar chiar și dureri în zonele articulației temporomandibulare și a mușchilor masticatori. Dacă după aplicarea dispozitivului ortopedo-ortodontic nu vor apărea oarecare dereglări din partea articulației temporomandibulare și a mușchilor, pe parcursul a 3—4 săptămîni va avea loc restructurarea reflexului miotonic muscular, adaptînd treptat funcția elementelor articulo-musculare la o nouă

valoare de dimensiune verticală de ocluzie. La apariția durerilor în articulație pe parcursul a 1—2 ședințe este necesar de a micșora dimensiunea verticală de ocluzie prin șlefuirea aparatului micșorând dimensiunea verticală de ocluzie pînă la dispariția acestor simptome. Dacă această majorare a dimensiunii verticale de ocluzie a dus și la restabilirea individuală a configurației treimii inferioare a feței, după 3—4 săptămîni se va efectua tratamentul protectic, confecționînd proteze dentare, adaptîndu-le la noua dimensiune verticală de ocluzie. În cazurile cînd acest scop nu este atins pe parcursul celor 1—2 ședințe de micșorare a dimensiunii verticale de ocluzie, lăsăm cîteva zile ca pacientul să se adapteze către noile condiții, după ce treptat vom majora dimensiunea verticală de ocluzie aplicînd pe suprafața ocluzală a aparatului acrilat autopolimerezabil pînă la atingerea unui confort și a dimensiunii verticale de ocluzie satisfăcătoare. Această metodă a primit denumirea de metodă funcțională de determinare a dimensiunii verticale de ocluzie. E necesar de menționat că nu totdeauna este nevoie de o restabilire ideală a configurației treimii inferioare a feței, deoarece pe parcursul vieții ea este supusă modificărilor individuale.

Mult mai complicată și îndelungată este terapia abraziei generalizate de o formă decompensată cînd în proces este implicată și articulația temporomandibulară. În asemenea cazuri medicul urmează să restabilească funcția articulară. La întocmirea planului de tratament este necesar de a preciza poziționarea mandibulo-craniană determinînd în prealabil gradul de deplasare a mandibulei în direcția posterioară. Acest criteriu se va aprecia pe pellicula radiografică observînd poziția pe care o ocupă condilii articulari ai mandibulei în fosele articulare.

Reiesînd din particularitățile tabloului clinic, tratamentul pacienților cu așa formă de abrazie patologică totdeauna se va efectua în două etape. La prima etapă folosim metoda funcțională de determinare a dimensiunii verticale de ocluzie prin intermediul dispozitivelor ortopedice sau ortodontice enumerate mai sus și recomandate la tratamentul abraziei generalizate de formă decompensată fără dereglări din partea articulației temporomandibulare, vom normaliza raportul dintre elementele acestei articulații creînd condiții favorabile pentru funcția ei normală. Totodată dispozitivele aplicate vor restructura reflexul miotonic muscular normalizînd funcția mușchilor în condițiile noi create de mărire a dimensiunii verticale de ocluzie. Inițial, în raport de starea arcadelor dentare și gradul de deplasare a mandibulei în sens posterior, se va determina construcția aparatului. Dimensiunea verticală de ocluzie se va determina folosînd metoda anatomo-fiziologică. Ca regulă, această valoare a dimensiunii verticale de ocluzie nu aduce la normalizarea raportului dintre elementele articulației temporomandibulare și deseori nici la normalizarea treimii inferioare a feței. Pentru determinarea dimensiunii verticale de ocluzie individuale după fixarea aparatului, ocluzia va fi treptat majorată prin aplicarea acrilatului autopolimerezabil pînă la dispariția dereglărilor

și normalizarea funcției. La fiecare ședință dimensiunea verticală de ocluzie se va majora cu 1,5—2,0 mm pînă la atingerea dimensiunii optimale. De obicei determinarea dimensiunii verticale de ocluzie individuale se efectuează pe parcursul primei săptămîni de la începerea tratamentului. Dacă după fixarea aparatului dereglările funcționale articulare se acutizează, dimensiunea verticală treptat va fi micșorată pînă la dispariția tuturor simptomelor din partea A.T.M. Pe parcursul a următoarelor 3—4 săptămîni folosirea aparatului ne va asigura restructurarea reflexului miotonic muscular și o adaptare funcțională a elementului articulo-muscular la o nouă dimensiune verticală de ocluzie. După aceasta, conform tabloului clinic, se vor confecționa proteze dentare conform indicațiilor, adaptîndu-le la dimensiunea verticală de ocluzie determinată prin metoda funcțională.