

TRATAMENTUL ORTODONTIC DE ÎNCHIDERE A DIASTEMEI MANDIBULARE LA ADULT – CAZ CLINIC

*Orthodontic treatment for closing diastemas mandibular space to adult patient –
clinical case*

Șef Lucr. Dr. Mioara Decusară, Șef Lucr. Dr. Cerasella Dorina Șincar, Șef Lucr. Dr. Magdalena Rusu,
Asist. Univ. Dr. Alexandru Mircea Nicolau, Asist. Univ. Drd. Gabriel Valeriu Popa,

Asist. Univ. Drd. Laurențiu Drăguș

*Departamentul de Medicină Dentară, Facultatea de Medicină și Farmacie,
Universitatea „Dunărea de Jos” Galați*

REZUMAT

Funcțiile aparatului dento-maxilar (masticarea, deglutiția, vorbirea, fonația, respirația și mimica) sunt asigurate prin mișcările automate, ritmice ale mandibulei, mușchilor feței, a buzelor și a limbii. Tulburările funcționale pot determina anomalii dento-maxilare sau pot contribui la agravarea unei anomalii dento-maxilare de etiologie diferită.

Cuvinte cheie: diastemă mandibulară, ocluzie inversă frontală cu inocluzie sagitală, tratament ortodontic

ABSTRACT

Maxillary functions (chewing, swallowing, speech, phonation, breathing and gestures) are ensured by automatic and rhythmic movements of jaws, facial muscles, lips and tongue. Functional disorders can cause malocclusions or may contribute to worsening of malocclusions to other reasons.

Keywords: mandibular diastemas, reverse over-bite, over-jet, orthodontic treatment

INTRODUCERE

Diastema și tremele se caracterizează prin existența spațiilor interincisive și interdentare, cu pierderea punctelor de contact interdentar. Poate avea caracter tranzitoriu în dentiția mixtă, poate fi ereditară sau urmarea unor factori etiologici locali, generali și funcționali. Factorii locali sunt reprezentați de: fren labial cu inserție joasă, la nivelul crestei, sutura interincisivă largă, anodonția de incisivi laterali, meziodens inclus sau erupt interincisiv, prezența unui sept fibros interdentar, parodontopatia la adult. (3,4) Factorii generali sunt reprezentați de boli genetice și boli neuroendocrine, iar factorii funcționali pot fi consecința diastemei deja

constituite, dar care de cele mai multe ori agravează malpozițiile dinților, determinând tulburări fizionomice, ocluzale, fonatorii, masticatorii și cu deglutiție atipică.

Tratamentul diastemei vizează depistarea și înlăturarea factorilor cauzali locali, terapie ortodontică și parodontală, corectarea malfuncțiilor și cu aplicarea unei contenții fixe, cu dispensarizarea pacientului (1,2,6).

PREZENTARE DE CAZ CLINIC

Pacienta J.A., de 25 de ani, din mediul rural, s-a prezentat la cabinetul de ortodonție, la recomandarea medicului stomatolog generalist, în vederea re-

Autor corespondent:

Șef Lucr. Dr. Mioara Decusară, Departamentul de Medicină Dentară, Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea „Dunărea de Jos” Galați

E-mail: mioaradecu@yahoo.com

zolvării problemelor estetice și funcționale. La examenul extraoral din normă frontală s-a observat: fața de formă ovală, asimetrică, cu laterodeviație mandibulară spre partea stângă, iar din normă laterală: un profil drept, cu treapta labială inversată, ștergerea șantului labiomentonier și un menton ușor proeminent. La examenul funcțional s-a constatat: respirație nazală, vorbire siflantă, macroglosie, cu amprenta incisivilor inferiori și a dinților laterali pe vârful și marginile laterale ale limbii, hipertonicitatea musculaturii linguale și a mușchiiului mentalis. În poziția de repaus limba prezenta o poziție joasă, în interiorul arcului mandibular, iar în dinamică (vorbire și deglutiție) s-a observat sprijinul excesiv lingual asupra arcadei mandibulare, cu interpunerea interarcadică, predominant pe partea stângă (Fig. 1).

La examenul endobucal și al modelelor de studiu s-au constatat următoarele (Fig. 2):

- leziuni carioase tratate, corect adaptate ocluzal, la nivelul lui 37, 46 și 47;
- edentații reduse laterală maxilară dreapta și laterală mandibulară stânga, neprotezate, ca urmare a extracțiilor lui 14 și 36;



FIGURA 1. Vedere frontală și laterală a etajului inferior al feței pacientei J.A., în timpul mișcărilor funcționale linguale

- recesiuni parodontale la 31 și 41;
- diastemă și treme interincisive la arcada superioară;
- diastemă de 12 mm la arcada mandibulară (pentru care pacienta a solicitat inițial tratament protetic medicului stomatolog generalist);
- arcada superioară în formă de parabolă, iar cea inferioară în formă de „V”, cu meziostibulo-înclinarea incisivilor centrali inferiori, datorat presiunii vârfului limbii la mișcările funcționale;



FIGURA 2. Vedere frontală și laterală a arcașelor dentare în ocluzie statică

- relație Clasa I Angle la nivel canin și molar, bilateral;
- ocluzie inversă frontală cu inocluzie sagitală și ocluzie deschisă frontală de aproximativ 3 mm, datorată proalveolodentiei mandibulare;
- angrenaj invers între 23-24 și 33-34.

Examinarea ortopantomogramei a evidențiat (Fig. 3):

- carie secundară marginală mezială și tratament radicular incomplet la 46, cu granulom cronic periapical;
- atrofie osoasă orizontală la nivelul diastemei patologice mandibulare și al dinților vecini (31 și 41);
- zone de radiopacitate la nivelul corpului mandibular în zona crestei edentate lateral stânga și în zona apexurilor premolarilor de partea dreaptă.



FIGURA 3. Ortopantomograma pacientei J.A., la începutul tratamentului ortodontic

În urma examenului clinic, radiografic și a modelelor de studiu, planul de tratament ortodontic propus și acceptat de pacientă a fost următorul:

- aplicarea unui aparat ortodontic fix bimaxilar SWT: pentru nivelarea și alinierea arcadelor dentare s-au utilizat arcuri de NiTi 014 inch, urmate de arcuri de 018 oțel;
- reeducarea funcțională linguală cu ajutorul unui arc lingual fixat pe 37 și 46, prevăzut cu scut lingual situat paramedian stânga;
- închiderea diastemei mandibulare și a spațiilor interdente maxilare s-a realizat pe arcuri de oțel de 016x016, prin mezializarea incisivilor și caninilor, unul câte unul;
- menținerea spațiilor de edentație laterale (superior dreapta și inferior stânga) în vederea protezării fixe ulterioare;
- corectarea ocluziei inverse frontale, a inocluziei sagitale și a ocluziei deschise frontale cu ajutorul elasticelor intermaxilare de clasa III și verticale (între incisivii superiori și caninii inferiori);

- corectarea angrenajelor inverse de partea stângă;
- obținerea unei ocluzii stabile, cu intercuspidare maximă;
- aplicare de contenții fixe bimaxilar.

Pacienta nu a colaborat în ceea ce privește purtarea elasticelor intermaxilare, iar după 15 luni de tratament ortodontic a solicitat întreruperea, motivând atingerea obiectivului pentru care a solicitat corectare ortodontică (închiderea spațiului de 12 mm dintre incisivii centrali inferiori), dar și plecarea din țară pentru o perioadă mai lungă de timp.



FIGURA 4. Imaginea arcadelor dentare după efectuarea tratamentului protetic și aplicarea contenției fixe colate lingual bimaxilar

S-a îndepărtat astfel aparatul ortodontic fix, cu excepția bracketurilor de pe 31 și 41, care au fost menținute timp de 1 lună (ca și contenție), perioadă în care pacientei i s-a efectuat tratamentul protetic al edentațiilor prin punți metalo-ceramice. Odată cu îndepărtarea celor două bracketuri, s-a aplicat contenția fixă bimaxilar (retainer fix colat lingual de la 12 la 22 la maxilar și de la 33 și 43 la mandi-



FIGURA 5. Imaginea zâmbetului și a arcadelor dentare ale pacientei J.A., la 18 luni de la întreruperea tratamentului ortodontic

bulă). În Fig. 4 se observă rezultatele terapiei ortodontice întrerupte la cererea pacientei: închiderea diastemei mandibulare și a tremelor maxilare, corectarea inocluziei sagitale și a ocluziei inverse frontale, reducerea spațiului de inocluzie verticală frontală cu 1 mm și corectarea parțială a angrenajelor inverse laterale de partea stângă.

La 18 luni de la întreruperea tratamentului ortodontic, pacienta a revenit în țară și a solicitat un consult, la care s-au constatat următoarele (Fig. 5): menținerea rezultatelor ocluziei sagitale și frontale, desprinderea parțială a contențiilor fixe colate lingual (de pe 11 la arcada maxilară și de pe 43 la mandibulă). Acestea au fost reaplicate, iar spațiile apărute între 11-21 și 42-43 au fost „închise“ prin restaurări directe cu rășină compozită fluidă. (5,7)

DISCUȚII

Cazul prezentat poate fi considerat un succes terapeutic, dar și un eșec ortodontic. Pentru pacient, tratamentul ortodontic a fost cu certitudine un succes: s-a realizat închiderea spațiilor interdentare frontale și a diastemei mandibulare, cu îmbunătățirea esteticii dentare, faciale și reeducarea funcțională a limbii (în special în timpul vorbirii). Pentru medicul stomatolog generalist, tratamentul a fost considerat un succes, având în vedere închiderea diastemei mandibulare, fără agravarea recesiunilor gingivale la dinții limitrofi și cu obținerea unei „stabilități“ parodontale. Pentru specialistul ortodont terapia poate fi considerată un eșec, deoarece nu au fost atinse toate obiectivele propuse la începutul tratamentului, aceasta datorându-se de fapt lipsei de colaborare a pacientei. Dar zâmbetul larg, deschis, cu mulțumirea pacientei, precum și stabilitatea rezultatelor terapiei ortodontice după 18 luni pot contribui la înclinarea balanței spre o reușită a tratamentului.

BIBLIOGRAFIE

1. **Houb-Dine A., Bahije L., Zaoui F.** Tongue retraining and occlusal stability in a young adult. Case report, *Schweiz Monatsschr Zahnmed.* 2012; 122(6):529-40.
2. **Hwang S.K., Ha J.H., Jin M.U., Kim S.K., Kim Y.K.** Diastema closure using direct bonding restorations combined with orthodontic treatment: a case report., *Restor Dent Endod.* 2012 Aug; 37(3):165-9.
3. **Ittipuriphat I., Leevailoj C.** Anterior space management: interdisciplinary concepts., *J Esthet Restor Dent.* 2013 Feb; 25(1):16-30.
4. **Kaya D., Taner T.U.** Management of an Adult with Spaced Dentition, Class III Malocclusion and Open-bite Tendency., *Eur J Dent.* 2011 Jan; 5(1):121-9.
5. **Mattos C.T., da Silva D.L., Ruellas A.C.** Relapse of a maxillary median diastema: closure and permanent retention., *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2012 Jan; 141(1):e23-7.
6. **Park J.H.** Closure of maxillary spaces during retention., *J Clin Orthod.* 2014 Mar; 48(3):196-7.
7. **Sabatini C.** Direct resin composite approach to orthodontic relapse. Case report., *N Y State Dent J.* 2012 Mar;78(2):42-6.