

MANAGEMENTUL SPAȚIILOR ÎN TRATAMENTUL ORTODONTIC AL ANODONȚIILOR DE PREMOLARI SECUNZI – PREZENTARE DE CAZ

*Spaces management in orthodontic treatment of seconds premolars agenesis –
case presentation*

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

Anodonțiile parțiale reduse sunt considerate ca o expresie a reducerii filogenetice a numărului de dinți sau a factorilor ereditari. Mugurii dentari reprezintă centri osteogenetici, iar prin absența acestora osul alveolar se dezvoltă insuficient în toate cele trei planuri de referință (sagital, transversal și vertical). Anodonțiile multiple de premolari secunzi determină tulburări mai grave la nivelul arcadelor dentare din cauza spațiilor libere rămase, a migrărilor dentare și a dezechilibrelor ocluzo-articulare, cu afectarea esteticii faciale, a fonației, masticației și psihicului pacientului.

Cuvinte cheie: anodonții de premolari secunzi, tratament ortodontic, managementul spațiilor

ABSTRACT

Agenesis are considered as an expression of phylogenetic reduction in the number of teeth or hereditary factors. Dental buds are osteogenetic centers, and through their absence alveolar bone grows poorly in all three reference planes (sagittal, transversal and vertical). Multiple second premolars agenesis causes serious disturbances due to the dental arches remaining spaces, the dental migration and occlusal-articular imbalances, affecting facial aesthetics, the phonation, mastication and the patient's psyche.

Keywords: seconds premolars agenesis, orthodontic treatment, management spaces

INTRODUCERE

Anomaliile dentare de număr apar în perioada de formare și diviziune a lamei dentare (de inducție și proliferare a lamei dentare) și constau în reducerea parțială sau totală a numărului de dinți (5). Pot avea componentă genetică ereditară sau poate fi expresia reducerii filogenetice a numărului de dinți. Afectează, de regulă, dentiția definitivă, manifestându-se frecvent la nivelul ultimilor dinți de serie (incisivi laterali, premolari secunzi, molari terțiari) (4,6). Anodonția este „descoperită” la un examen stomatologic la care se constată, în funcție de vârsta pacientului: fie persistența dintelui temporar peste data la care trebuia înlocuit, fie absența dintelui permanent, cu sau fără micșorarea spațiului prin delasările dinților vecini, fie reincluzia molarului

secund temporar (cel mai frecvent la mandibulă) (1). Examenul radiologic (radiografia retroalveolară sau ortopantomograma) stabilește diagnosticul de certitudine, constatându-se absența germeului dentar, gradul de rizaliză al molarului temporar, precum și statusul osului alveolar, cu specificația că diagnosticul de anodonție de premolari secunzi mandibulari (dinți care se dezvoltă și se mineralizează mai lent) nu se emite înainte de vârsta de 9 ani (3).

Tratamentul anodonțiilor de premolari secunzi se realizează în funcție de vârsta pacientului și de situația clinică prezentă (2,7):

- extracția molarilor secunzi temporari care prezintă leziuni carioase și tratament ortodontic pentru închiderea spațiilor, în special în cazurile de înghesuire dentare;

Autor corespondent:

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

E-mail: mioaradecu@yahoo.com

- păstrarea molarilor secunzi temporari indemni și fără rizaliză, arcade dentare normal conformate, până la exfoliere (vârsta de 30-40 de ani), urmată de tratament protetic al spațiilor rezultate;
- corectarea dezechilibrelor ocluzale prin tratament ortodontic cu aparate ortodontice fixe prin care se urmărește obținerea funcționalității normale a aparatului dento-maxilar, fie prin închiderea completă a spațiilor, fie prin creare de condiții favorabile restaurărilor protetice.

PREZENTARE DE CAZ CLINIC

Pacienta A.G., în vârstă de 21 de ani, din mediul urban, a solicitat consult și tratament ortodontic din motive estetice și funcționale. Din antecedentele personale a reieșit că pacienta a beneficiat în urmă cu 6 ani de tratament ortodontic fix, pentru anodonții de premolari secunzi, doar la arcada superioară, timp de 12 luni. La scurt timp de la îndepărtarea aparatului fix au apărut migrări dentare și tulburări ocluzale, motive pentru care pacienta a solicitat acum reînceperea tratamentului ortodontic la ambele maxilare. La examenul clinic exofacial s-au constatat următoarele: fața de formă pentagonală, asimetrică, cu devierea punctului Gnation spre partea dreaptă, etaj inferior micșorat cu 2 mm față de cel mijlociu, ștergerea șanțului labiomentonier, profil drept cu treapta labial inversată și un menton ușor proeminent (Fig. 1). La examenul funcțional, mișcările de propulsie și lateralitate erau blocate din cauza angrenajelor dentare frontale și lateral, iar testul de repulsie mandibulară era negativ.

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

- leziuni carioase simple, tratate la nivelul incisivilor superiori și inferiori și la nivelul lui 26, 27, 36, 46;
- diastemă maxilară și treme, bilateral și bimaxilar, determinate de anodonții de premolari secunzi (15, 25, 35, 45);
- anodonția celor 4 molari de minte;
- microdonție la nivelul lui 14;
- absența lui 16, extras în copilărie, dar cu reducerea parțială a breșei edentate cel mai probabil ca urmare a mișcărilor de deplasare ortodontică anterioară;
- edentații neprotezate: frontală maxilară de partea dreaptă ca urmare a distalizării ortodontice a lui 13, terminală maxilară dreaptă (prin extracția lui 17) și laterală mandibulară de partea stângă prin absența lui 35 (breșa fiind de dimensiunea unui molar de lapte);
- angrenaje inverse frontale: 11 cu 41, 12 cu 42 și 13 cu 44;
- arcada dentară de formă normală, cea superioară scurtată și mult îngustată la nivel premolar și molar, cu ocluzie inversă bilateral;
- linia mediană inferioară deviată spre dreapta față de cea superioară;
- rapoarte mezializate la nivel molar și canin, cu excepția lui 43, ce oclude în spațiul de aproximativ 5 mm dintre 12 și 13;
- micrognatism maxilar, cu dezvoltare osoasă insuficientă, prin absența centrilor osteogenetici de la nivelul premolarilor secunzi.



FIGURA 1. Fotografii de față, profil și zâmbet ale pacientei, la începutul tratamentului ortodontic



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



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

Examinarea ortopantomogramei (Figura 3) a evidențiat:

- leziuni carioase cu tratamente radiculare la nivelul lui 26 și 36;
- atrofie osoasă superficială generalizată;
- insinuarea planșeului sinusal de partea dreaptă între rădăcinile lui 17 și 14.

În urma examinării clinice, radiografice și a modelelor de studiu, tratamentul ortodontic discutat și acceptat de pacientă a constat în:

- aplicarea unui aparat ortodontic fix bimaxilar SWT, cu bracketuri 022 Roth și inele cimentate pe molari; în prima fază de tratament s-a realizat nivelarea și alinierea arcadei dentare cu arcuri de NiTiSE 014 inch, urmate de arcuri de 018 oțel, cu înălțare provizorie ocluzală pentru corectarea angrenajelor inverse frontale;
- pentru managementul spațiilor determinate

de anodonțiile celor 4 premolari secunzi s-au utilizat arcuri de NiTiHA de 016x022 și prin mecanică de glisare s-a mezializat 13, s-a creat spațiu între 13 și 15, pentru o protezare fixă ulterioară (Fig. 4), și s-au închis complet tremele bimaxilar, cu menținerea spațiului de edentație laterală mandibulară stânga în vederea protezării fixe după îndepărtarea aparatelor ortodontice;

- menținerea ocluziilor inverse laterale, având în vedere decalajul transversal scheletal de 10 mm între arcada superioară și cea inferioară;
- obținerea unei supraacoperiri incisive de 2-3 mm, care să asigure stabilitatea rezultatelor în zona frontală, cu ajutorul elasticilor intraorale de clasa a III-a;
- aplicare de conținții fixe linguale bimaxilar, colate între canini.

În Fig. 5 se observă rezultatele terapiei ortodontice, după 21 de luni de tratament cu aparate fixe bimaxilar: obținerea supraacoperirii frontale de 2 mm, corespondența între liniile mediane maxilară și mandibulară, închiderea tremelor și obținerea unor relații clasa I Angle la nivel canin și a unei ocluzii laterale inverse stabile, cu intercuspitate maximă. S-au șlefuit 15 și 17 în scop protetic, pentru realizarea unei punți metalo-ceramice.

La 13 luni de la finalizarea tratamentului ortodontic, pacienta a solicitat reaplicarea conținției



FIGURA 4. Vedere frontală și laterală a arcadei dentare în timpul tratamentului ortodontic (la un an de la începutul tratamentului)



FIGURA 5. Imaginea arcașelor dentare înainte de tratamentul protetic la maxilar pe partea dreaptă și aplicarea contenției fixe colate lingual bimaxilar



FIGURA 6. Imaginea frontală și laterală a arcașelor dentare ale pacientei G.A., la 13 luni de la finalizarea tratamentului ortodontic

fixe la arcada superioară (desprinsă de pe 11), când s-a constatat menținerea rezultatelor, cu devierea cu 1 mm a liniei mediane mandibulare față de cea maxilară (Fig. 6). Deși pacienta nu a mai continuat tratamentul protetic al edentației mandibulare de partea stângă, nu au apărut modificări ocluzale în acea zonă.

De comun acord s-a decis înlăturarea contenției maxilare fixe și înlocuirea cu o gutieră de contenție din folie de polipropilenă de 0,75 mm, cu menținerea retainerului fix mandibular.

DISCUȚII

Managementul spațiilor libere determinate de anodonțiile celor patru premolari secunzi se realizează având în vedere dezvoltarea osoasă insuficientă și decalajul interarcadic atât în plan transversal, cât și în cel sagital. Tratamentul ortodontic pentru care optează pacientul adult se realizează în funcție de gravitatea anomaliilor, de situația clinică prezentă, cu tulburările ocluzo-articulare și fiziologice instalate.

BIBLIOGRAFIE

1. **Bozga A., Stanciu R.P., Mănuc D.** A study of prevalence and distribution of tooth agenesis. *J Med Life*. 2014 Oct-Dec; 7(4):551-4.
2. **Canal P., Salvadori A.** Ortodontie de l'adulte, Ed. Elsevier Masson, 2008.
3. **Decusară Mioara, Milicescu Viorica.** Valoarea investigației ortopantomografice în diagnosticul și tratamentul anomaliilor dento-maxilare. *Revista Română de Stomatologie*, 2011, 57(4):253-258. ISSN: 1843-0805 2069-6078
4. **Cardoso Mde A., Paranhos L.R., Siqueira D.F., Guedes F.P., Rhoden F.K., Capelozza Filho L.** Agensis of maxillary second premolar – diagnosis and clinical management., *Int J Orthod Milwaukee*. 2015 Spring; 26(1):53-8
5. **Dorobăț Valentina, Stanciu D.** Ortodontie și ortopedie dento-facială, Ed. Med, Buc., 2003.
6. **Ionescu Ecaterina.** Anomaliile dentare de număr, Ed. Cerma, Buc., 2000.
7. **Melsen Birte.** Adult orthodontics, BlackWell Publishing Ltd., 2012