

Cap. 20. TERAPIA CORECTIVĂ OCLUZALĂ

Examinarea ocluziei funcționale la pacientul cu boală parodontală permite medicului să identifice simptomele dezechilibrelor ocluzale corelată cu boala parodontală. Tratamentul va urmări controlul inflamației și corecția abaterilor funcționale ocluzale, mai ales dacă acestea se asociază cu parodontita. În această situație, terapia inițială precede terapia corectivă ocluzală, până când inflamația este controlată. Fac excepție interferențele ocluzale majore, discrepanțele ocluzale mari, care necesită corecție imediată, înaintea sau în timpul terapiei inițiale.

Odată inflamația controlată, dezechilibrele ocluzale se tratează prin una sau asocierea mai multor metode:

1. Șlefuiuri selective
2. Controlul parafuncțiilor
3. Depasări ortodontice pentru corecția malocluziilor
4. Conțințe provizorie sau definitivă a dinților mobili
5. Restaurări definitive

Principalul obiectiv al tuturor măsurilor enunțate mai sus este redistribuirea forțelor funcționale sau parafuncționale la nivelul dinților, în special forțele ocluzale. Ordinea lor depinde de necesitățile individuale ale pacientului.

ȘLEFUIRILE SELECTIVE

Șlefuirile selective se recomandă la pacienții cu simptomatologie evidentă de disfuncție ocluzală și manifestări patologice la nivelul parodonțiului, mușchilor masticatori și ATM. Șlefuirile selective nu trebuie practicate la toți indivizii cu prematurități și interferențe ocluzale, ci numai la aceia cu simptomatologie clinică și radiografică de traumă ocluzală. *Se contraindică șlefuirea selectivă profilactică.*

Scopul șlefuirilor selective este să restabilească rapoartele ocluzo-articulare normale, care se caracterizează prin:

- Contacte bilaterale, simultane și uniforme în zona laterală, atât în ocluzie centrică cât și în ocluzie de intercuspidadă maximă. În caz contrar, se face șlefuirea prematurităților în ocluzie centrică și ocluzie de intercuspidadă maximă, la dinții laterali.
- Spațiu până la 1 mm între poziția de intercuspidadă și ocluzia centrică.
- Stopuri ocluzale multiple și stabile, fără prematurități și interferențe în ocluzia de intercuspidadă și ocluzia centrică.
- Mișcarea de lateralitate liberă, cu contacte pe canin și pe premolarul prim pe partea activă și dezocluzie pe partea inactivă.
- Mișcarea de propulsie liberă, cu contacte bilaterale și multiple pe dinții frontali.
- Absența interferențelor în zona de sprijin la mișcarea protruzivă și de lateralitate pe partea inactivă.
- Aria mișcărilor ocluzale mandibulare libere de 1-4 mm.

Ocluzia terapeutică se obține atunci când trecerea din ocluzia centrică în ocluzia de lateralitate și protruzie se face liber, fără interferențe. Acest lucru se realizează prin:

- a. corectarea prematurităților:
 - în ocluzie centrică la dinții posteriori
 - în intercuspidadă maximă la dinții posteriori și frontali
- b. corectarea interferențelor:
 - protruzive - la dinții frontali
 - lateralitate - pe partea activă și pe partea inactivă
- c. eliminarea marilor dizarmonii ocluzale(alinierea dinților extruzați, a cuspidilor plonjanți, a creștelor marginale nealinate și a dinților în malpoziție).

Vizualizarea contactelor premature și a interferențelor se face cu ajutorul hârtiei de articulație și a cerii de ocluzie. După șlefuirea selectivă, rămân zone dentare rugoase, care se vor lustrui cu periute de detartraj, paste abrazive și polipanturi.

CONȚENȚIA DINȚILOR

Creșterea mobilității dentare este manifestarea unor disfuncții ocluzale sau a prezenței parodontitei, și uneori a ambelor. Dacă în timpul terapiei parodontale, mobilitatea dinților se reduce, prognosticul în timp este favorabil. Conținția dinților cu diferite grade de mobilitate îi transformă într-o singură unitate, similară cu un pluriradicular, măbind rezistența dinților față de forțele parafuncționale și reducând forțele orizontale.

Reguli generale de conținție

Conținția se face de obicei după terminarea terapiei inițiale, după eliminarea tuturor factorilor locali, și după efectuarea șlefuirilor selective. Excepție fac cazurile în care există o mobilitate foarte marcată, șlefuirile selective fiind imposibil de făcut. În aceste cazuri, conținția temporară se face odată cu etapa terapiei inițiale.

Metoda de conținție este aleasă în funcție de cauza și gradul mobilității, cât și de integritatea coronară a dinților. Dacă dinții sunt indemni coronar, se preferă metodele extracoronare de conținție; dacă dinții prezintă distrucții coronare și afecțiuni endodontice, se preferă conținția intracoronară.

Extinderea conținției dentare depinde de numărul dinților mobili și gradul mobilității lor. În toate cazurile, trebuie incluse un număr suficient de dinți indemni, pentru rezistența conținției. Dacă dinții de la nivelul unei hemiarcade sunt mobili, corect este să asigurăm conținția cu dinții frontali sau chiar cu cei din hemiarcada contralaterală. Dacă trauma ocluzală este asociată cu alveoliză severă și cu mobilitate accentuată a tuturor dinților, se indică conținția tuturor dinților de la nivelul arcadei.

Metodele de conținție nu trebuie să împiedice funcțiile normale și nici efectuarea igienei bucale. Dispozitivul de conținție nu trebuie să traumatizeze gingia și ori de câte ori este posibil, trebuie să corespundă din punct de vedere estetic (mai ales la conțințiile permanente).

Conținția rămâne însă unul din aspectele cele mai controversate ale terapiei parodontale. Nu toți dinții necesită conținție; în același timp, *conținția nu previne și nu vindecă boala parodontală*. În absența tratamentului curativ adecvat, individualizat, distrucția parodontală continuă, chiar dacă dinții imobilizați prin diferite mijloace nu sunt mobili, creând iluzia unui status parodontal normal.

După Ross, Weisgold și Wright, metodele de contenție se clasifică în:

1. **Contenția temporară**, care se folosește până la dispariția sau reducerea mobilității dentare, sau până la stabilizarea permanentă în timpul fazei active de tratament.
 - a. Extracoronară - ligaturi de sârmă
 - benzi ortodontice
 - gutiere acrilice
 - plăci palatine acrilice (pl. Hawley Sved)
 - croșete metalice continue
 - materiale compozite
 - combinații între materialele enumerate.
 - b. Intracoronară - se sculpează intracoronar cavități ocluzale prin care se trece firul de sârmă asociat cu un material de tipul acrilat, amalgam, compozit, colaje metalice.
2. **Contenția provizorie**, care face parte din terapia de restaurare provizorie. Se folosește pentru evaluarea unei situații noi ocluzale cât și pentru asigurarea unei restaurări protetice provizorii până la inserția unei lucrări protetice finale.
3. **Contenția definitivă**, care se face printr-o lucrare protetică fixă, cu diferite elemente de agregare (coroane parțiale, coroane mixte, turnate).

Cap. 21. PARODONȚIUL ȘI RESTAURĂRILE CORONARE

Indicația de tratament restaurator, prin obturații sau lucrări protetice, se face după vindecarea leziunilor parodontale, deoarece un dinte bolnav din punct de vedere parodontal trebuie întâi tratat. Este o mare greșeală să se efectueze un tratament restaurator pe un dinte înaintea vindecării leziunii parodontale, situație des întâlnită în practica de zi cu zi.

Tratamentul restaurator se face doar după stabilizarea raporturilor gingivodentare și după dispariția inflamației pungilor. Se recomandă începerea tratamentului protetic definitiv la 2 luni după tratamentul chirurgical.

Din punct de vedere al asigurării sănătății parodonțiului marginal, ne interesează următoarele aspecte ale restaurărilor dentare:

- adaptarea marginală a lucrării restauratoare,
- conturul coronar,
- relațiile proximale ale restaurării,
- raportul cu țesutul gingival,
- morfologia ocluzală.

Localizarea marginii gingivale a restaurării

Plasarea marginii gingivale a coroanei protetice depinde de o serie de factori: estetică, gradul igienei bucale, susceptibilitatea la carii radiculare, caracteristicile morfologice ale gingiei, gradul retracției gingivale, prezența alveolizei. În general, toate marginile restaurărilor se plasează supragingival, ele, fiind mai ușor de curățat. De asemenea trebuie să fie subțiri pentru a nu constitui o spină iritativă pentru parodonțiu. Dacă din considerente estetice marginea se plasează subgingival, ea trebuie să intre în șanțul gingival 0,5 mm și să fie perfect adaptată conturului cervical dentar.

Realizarea corectă a ambrazurilor

Datorită convexităților fețelor proximale, în jurul zonelor de contact se delimitează spațiul interdental, denumit ambrazură. Lucrările protetice modelate corect respectă aceste ambrazuri, asigurând un spațiu suficient pentru gingia interdentală. În caz contrar, apare inflamația gingiei interdentare cu recidiva bolii parodontale.

Realizarea corectă a conturilor fețelor libere vestibulare și orale

Conturile convexe normale ale fețelor vestibulare și orale permit autocurățirea și masajul din timpul masticației. Realizarea incorectă a acestor conturi predispune la acumularea plăcii și apariția inflamației gingivale.

La pluriradicularii cu furcația expusă, conturarea trebuie să permită accesul direct la furcație, pentru realizarea igienei cu ajutorul mijloacelor suplimentare (stimulatoare, periute speciale).

Relieful ocluzal al restaurărilor trebuie să se armonizeze cu cel al dinților restanți, asigurând transmiterea forțelor în axul lung al dinților. Se modelează șanțuri, pante, fosete, care asigură eficiența funcțională a restaurării.

Corpul de punte trebuie să fie suspendat sau punctiform, să restabilească funcțional dinții înlocuiți, să nu rețină placa și resturi alimentare și să permită o bună igienă.

Protezele fixe sunt preferabile protezelor mobile. Dacă însă situația nu permite executarea unei lucrări fixe, pacienții cu lucrări mobile sunt avertizați asupra faptului că trebuie să își întrețină o igienă corectă atât a dinților proprii, cât și a protezei mobile.