

## **CONSIDERAȚII CLINICE APLICATIVE PRIVIND CARACTERISTI- CILE ȘI VARIETATEA POZIȚIEI DE INTERCUSPIDARE MAXIMĂ (P.I.M.)**

*L. Ieremia, Venera Mocanu-Bardac, Z. Cseh*

Este cunoscut faptul că sub acțiunea contracției simetrice a mușchilor ridicători ai mandibulei se produce — în mod voluntar, sau involuntar printr-o mișcare automatizată, reflexă — închiderea cavității bucale și instalarea unei intercuspidații ocluzale.

În cazul în care unitățile odontoparodontale sînt întregi și nu prezintă anomalii de poziție, va exista un maximum de contacte dento-dentare punctiforme (stopuri ocluzale), egale în intensitate și repartizate judicios pe toți dinții cuspidati (9). O asemenea situație în care rapoartele dentare de angrenare sînt armonioase ca urmare a congruenței între cuspidii de sprijin și fosetele antagoniste poartă denumirea de „intercuspidație maximă“ (I. M.).

Din punct de vedere biomecanic importanța acesteia este deosebită din următoarele considerente (5):

1. Asigură stabilitatea mandibulei față de maxilar în toate direcțiile (cele 3 planuri spațiale: vertical, sagital și transversal), prin însăși existența contactelor ocluzale simultane și uniform repartizate de-a lungul arcadelor.

2. Permite contracția simetrică, egală și maximă a mușchilor ridicători ai mandibulei.

3. Forțele de presiune fiind orientate în axul dinților sînt lipsite de nocivitate, constituind, totodată, un stimul funcțional pentru țesuturile de susținere ale acestora.

4. Anulează și compensează componentele orizontale ale presiunilor ocluzale declanșate la nivelul pantelor cuspidiene (în condițiile unei morfologii întregi a dinților) prin mecanisme de echilibrare la care participă cuspidii de sprijin (cei V. la mandibulă și cei P. la maxilar) precum și fosetele antagoniste (nișe masticatorii, fosete centrale, distale) prin forma lor caracteristică.

După *Ene* (6) — I. M. nu trebuie să fie considerată a priori ca poziție diagnostică, deoarece raportul dintre mandibulă, baza craniului, maxilar — poate să îmbrace cel puțin 3 situații clinice diferite și anume: de „point centric”, de „long centric” și de ocluzie miocentrică.

A) Coincidența perfectă a I. M. cu R. C. („point centric”) este apreciată de gnatologi ca fiind „ideală” deoarece oferă o stabilitate optimă mandibulei față de maxilar. Se regăsesc în această situație cunoscutele 4 semne ale unei ocluzii normale: semnul dentar (cu cei 7 parametri ocluzologici ai săi), semnul osteoarticular, cel neuromuscular și semnul faringolamdar (3).

O asemenea situație este rar întâlnită la denția naturală (în 12% din cazuri). Se realizează cu precădere la protezele totale.

B) În cazul unei ocluzii funcționale, 88% dintre subiecți prezintă o lipsă de coincidență între I. M. și R. C., condilii mandibulari fiind ușor excentrici. La o astfel de poziție de angrenare interdentară se ajunge ca urmare a libertății de mișcare a mandibulei din poziția de R. C. în cea de I. M. situată puțin anterior (pînă la 1,25 sau chiar 1,50 mm la adulți și 0,85 mm la copii) pe o traiectorie sagitală („long centric”).

*Ene* (6) desemnează acest tip de angrenare sub denumirea simplă de „I. M.”

Pentru a diferenția, însă, poziția fiziologică amintită de o I. M. instalată în cadrul unei ocluzii patologice, noi considerăm oportună utilizarea termenilor de: „I. M. neimpusă”, sau „I. M. habituală neimpusă”.

Notăm faptul că, volumul virfurilor cuspidilor de sprijin este în aceste cazuri mai mic decît fosetele antagoniste cu care vin în contact, și că poziția de I. M. este, în general, ușor de reperat, pacienții regăsind-o, de obicei, spontan, fără dificultate.

C) Cea de a 3-a situație clinică încadrată tot în sfera „normalului” se caracterizează, ca și cea precedentă, printr-o lipsă de coincidență între I. M. și R. C. (condilii mandibulari fiind poziționați și în acest caz puțin anterior — cu 0,1 — 0,2 mm); în schimb I. M. corespunde poziției miocentrice a mandibulei în cadrul căreia reflexul de asigurare a angrenării interdentare are loc în condițiile unei contracții echilibrate a mușchilor ridicători, la o dimensiune verticală ocluzală optimă. Această ocluzie denumită de *Jankelson* (7) „miocentrică” s-ar situa undeva în zona „long centricului”, în orice caz mai aproape de R. C. (6).

Din punct de vedere fiziologic după *Jeanmonod* (8) nu contează dacă I. M. coincide sau nu cu R. C. atîta timp cît există o concordanță între

intercuspidare, funcția mușchilor și cea a A. T. M. (ca în diferitele situații amintite), permițând astfel ca ocluzia să fie stabilă și stimulantă pentru variatele structuri anatomice ale componentelor A. D. M.

În ceea ce privește poziția mandibulei care stabilește angrenarea maximă a dinților, ea trebuie să fie mediană, menținând D.V.O.

Autori ca *Brenman* și *Amsterdam* (2), *Jankelson* (7), *Valentin* și *Morin* (9, 10) consideră că I.M. are un rol și în poziționarea capului, favorizând astfel în mod normal informații compatibile cu cele care provin de la alte elemente cum sînt: canalele semicirculare din urechea internă, organele vizuale și receptorii feței.

Ca urmare a asigurării unei contracții simultane, simetrice și egale a mușchilor ridicători ai mandibulei în timpul I.M. în absența contactelor premature ocluzale, după *Barrelle* (1) această stare de tonus ajută mult la prezența unui echilibru al grupelor musculare proprii coloanei vertebrale, contribuind astfel la menținerea posturii individului.

Majoritatea specialiștilor gnatologi susțin că în I.M. există variante de contacte ocluzale atît cu număr, formă, cit și ca repartizare. Astfel, după *Ricketz* (citată de nr. 6) într-o ocluzie normală ar trebui să existe 30 de stopuri ocluzale centrice pe fiecare arcadă, iar în absența molarilor de mîntă numai 24.

În condițiile apariției dezorganizării ocluziei cauzată de către factorii de risc multipli disfuncționali, se produce o modificare a intercuspidării dinților. În asemenea situații informațiile provenite de la toți receptorii (mai ales cei odontoparodontali) prin intermediul conexiunilor existente între centrii subcorticali și cei corticali, sesizează scoarța cerebrală care este nevoită să ia atitudine printr-o „reprogramare” a mișcărilor mandibulare. Scopul este tendința de anihilare a impactelor ocluzoarticulare apărute, de tipul contactelor premature și a interferențelor ocluzale ce constituie spini traumatizanti, stresanți pentru întreg ansamblul Ap.D.M. O asemenea acțiune de adaptare și autoapărare necesită un timp îndelungat și se face în mod incoștient prin intermediul mișcărilor mandibulare compensatorii, de corectare a modificărilor survenite la nivelul arca-delor dentare. Asistăm chiar la unele „sacrificii”, ca de exemplu: abraziunea accentuată a unor dinți în tendința de a desființa prin uzură o obturație în supraocluzie etc.

După *Ene* (6) cînd I.M. se face (datorită unor cauze bine definite, de obicei obstacole ocluzale) într-o poziție excentrică, forțată, denumirea adecvată ar fi cea de „ocluzie sau intercuspidare de necesitate” (sau de conveniență), — nomenclatură cu care sîntem de acord, pîrindu-ni-se clară, sugestivă.

În continuare, se propune ca denumirea de „ocluzie de obișnuință” (habituală) să fie rezervată cazurilor în care, după ani de zile, poziția de ocluzie deviată de la normal nu a dat naștere la fenomene patologice, ci, dimpotrivă, țesuturile Ap.D.M. s-au restructurat funcțional.

În ceea ce ne privește, pentru a evita confuziile, am sugera denumirea de „intercuspidare de necesitate (sau impusă) compensată” (existînd, așa cum bine se știe, și ocluzii de necesitate decompensate, după cum sînt și ocluzii de obișnuință neimpuse: poziția de I.M. în cadrul long-centricului).

În unele situații, mijloacele de protecție ale Ap.D.M. nu conduc, așa după cum spuneam, la un echilibru ocluzoarticular, ele devenind responsabile de apariția unor parafuncții hipercompensatorii, așa cum este, de exemplu, bruxismul (4). În asemenea situații, în prezența unei ocluzii patologice (de cele mai multe ori de natură iatrogenă) nu este suficient un examen clinic efectuat rapid. Iată de ce diagnosticul se stabilește deseori târziu, atunci când bolnavul se plinge de acuze care au devenit spectaculoase. Pentru considerentele amintite, autorul francez *Jeanmonod* (8) face și el o distincție între ocluzie de necesitate echilibrată (compensată — cum am denumit-o noi) și o alta, tot de necesitate, însă dezechilibrată (decompensată). Aceasta din urmă se manifestă prin existența unuia sau mai multor semne de suferință obiective, parodontale, musculare, articulare. Pentru a stabili dacă pacientul este un traumatizat ocluzal este insuficientă o examinare (clinică sau pe modele de studiu) a rapoartelor dento-dentare numai în I.M., impunându-se și necesitatea unui control în R.C., în propulsie și în mișcările de lateralitate. Este necesară, totodată, depistarea tulburărilor patologice prezente la nivelul complexului parodontal, al celui neuromuscular și al A.T.M. Handicapații traumatizați ocluzal adeseori sint alterați psihic din cauză că diagnosticul etiologic al perturbărilor pe care le au nu a fost întotdeauna precizat în cadrul consultațiilor solicitate în diferite servicii medicale, ei rămânând singuri cu suferințele lor ce pot ajunge la un grad greu de tolerat. Medicul stomatolog are datoria de a depista precoce orice modificare morfo-patologică la nivelul compartimentelor Ap.D.M. și să intervină cu promptitudine pentru înlăturarea anumitor factori de risc disfuncționali, în deosebi a impactelor ocluzoarticulare, care pot fi „mascate“ de aspectul aparent normal, echilibrat al unei I.M. impuse.

Numai după efectuarea prealabilă a unei ajustări ocluzale corecte se va putea executa, în anumite cazuri, terapia protetică necesară, capabilă să favorizeze funcția tuturor mușchilor mobilizatori ai mandibulei, în armonie cu intercuspidarea dinților, — întregul proces al cinematicii mandibulare decurgînd (după expresia lui *Drum*, 4) în condițiile menționate, similar „unei pilotări automate a unui avion“.

### Bibliografie

1. *Barelle J.*: Dynamique des occlusion. Ed. J. Prélat, Paris, 1974;
2. *Brenman H. J.*, *Amsterdam M.*: Dent. Prog. (1963), 4, 43; 3. *Costea E.*: Raționamentul medical în practica stomatologică. Ed. medicală. București 1970; 4. *Drum W.*: Parafunctions et Processus d'Autodestruction. Une conception nouvelle de la parodontose. Ed. J. Prélat, Paris, 1971; 5. *Dumitrescu St.*, *Coca I.*: Stomatologia (1980), 28, 1, 25; 6. *Ene L.*, *Constantin I.*, *Sava D.*: Stomatologia (1978), 25, 1, 15; 7. *Jankelson B.*: J. Amer. Dent. Ass. (1955), 50, 664; 8. *Jeanmonod A.*: Cah. de Prothèse (1978), 22, 105; 9. *Valentin C. M.*, *Morin F.*: Cah. de Prothèse (1982), 38, 101; 10. *Valentin C.M.*, *Morin F.*: Cah. de Prothèse (1982), 38, 119.

Sosit la redacție: 8 februarie 1984

*L. Ieremia, Venera Mocanu-Bardac, Z. Cseh*

**APPLICATIVE CLINICAL CONSIDERATIONS REGARDING THE  
CHARACTERISTICS AND VARIETY OF THE POSITION OF MAXIMAL  
INTERCUSPING (PMI)**

The authors underline the biomechanical importance of the position of maximal intercuspating (PMI) and the possibility of making its exigent analysis in order to get an early detection of certain dysfunctional risk factors for the dento-maxillary apparatus (DMA) of a type of specific occluso-articular impacts of a traumatogenic occlusion, — obstacles that may be "masked" by the seemingly normal, equilibrated aspect of an emergency MI.

The PMI variety, which may be in centric relation (CR), relation of unimposed habituation, relation of emergency, (imposed) with compensated or decompensated character, raises particular problems of application both as for occlusion analysis and therapy in traumatogenic occlusion.

---