

Clinica de Protetică Dentară (cond.: prof. dr. L. Ieremia) din Tirgu-Mureș

### CONTRIBUTII LA ELABORAREA UNUI TIP APARTE DE GUTIERA ACRILICĂ ÎN SCOPUL TERAPEI PRIN REPOZIȚIONARE CONDILIANĂ A LUXAȚIEI ANTERIOARE REDUCTIBILE MENISCALE ÎN SINDROMUL DISFUNCȚIONAL DUREROS AL ARTICULAȚIEI TEMPORO-MANDRIBULARE (S.D.D. al A.T.M.)

L. Ieremia, Sanda Dodu, Dorela Gabor, Luminița Sicoe, A. Miron

Una dintre preocupările de bază ale gnatoprotecticii contemporane o constituie studiul complex al sindromului disfuncțional dureros la nivelul articulației temporo-mandibulare (S.D.D. al A.T.M.) asociat sau nu cu bruxismul și cefaleea migrenoasă recurentă prin contracție musculară, a cărui prevalență s-a dovedit a fi până la 88<sup>0</sup> (Helkimo, 1974; Magnusson și colab., 1978; De Laat și colab., 1985, 1986; Ieremia și colab., 1987, 1988 a, b și c).

În general conform afirmației mai multor specialiști (Travell, 1960; Clark, 1984, 1987; Bell, 1985; Friedman și colab., 1985; Stegenga și colab., 1989), manifestarea morbidă se recunoaște printr-o triadă:

- algie — sensibilitate dureroasă la palparea mușchilor masticatori, cei ai gâtului și a A.T.M., fără existența unor modificări organice;
- zgomote articulare în decursul cinematicii menisco-condiliene și mandibulare;
- limitarea amplitudinii maxime de deschidere a activității bucale.

După Geissler (1985) și Solberg (1985) nu întotdeauna toți bolnavii dețin asemenea tablou clinic polimorf, motiv pentru care, uneori, se pot face confuzii de diagnostic.

Conform experienței noastre, o deosebită atenție trebuie să se acorde valorificării mijloacelor complexe de investigații epidemiologice, clinice, paraclinice și psihologice, pentru a putea pune nu numai un diagnostic pozitiv de sindrom ci și de boală cu etiopatogenia ei, inclusiv stadiul de evoluție (Ieremia și colab., 1989).

Adeseori, factorii de risc disfuncționali se pot cumula, intrica și intercondiționa reciproc. Printre aceștia îi amintim pe cei mai semnificativi:

1. Malocluzia și impactele ocluzo-articulare (Costen, 1934; Shore, 1959; Watt, 1967, 1981; Dawson, 1977).
2. Hipertonia musculară (Schwartz, Chayes, 1968).
3. Suprasolicitările psihice (Laskin, 1969; Evaskins și colab., 1972; Helkimo, 1975).
4. Deranjamentele interne ale A.T.M., generind perturbarea sau alterarea funcției menisco-condiliene (Farrar și colab., 1982; Eversole,

1985) în cadrul unor variante entități morbide intracapsulare: traumatice, inflamatorii, degenerative, metabolice, infecțioase sau tumorale.

În lucrarea de față vom prezenta strategia proprie de terapie protetică aplicată la un caz clinic complex cu S.D.D. al A.T.M. pe fondul unei osteoartroze incipiente și malocluzie genuină de tipul ocluziei adinci acoperite cu dislocarea anterioară, reductibilă a meniscului.

Este vorba de bolnava H. E. de 32 ani din Plăeșii de Jos, județul Harghita, str. Principală 34, profesoară, care a fost trimisă la unitatea noastră de către Clinica de Chirurgie Bucomaxilofacială Tîrgu-Mureș cu diagnosticul de osteoartroză a A.T.M.

Din anamneză a reieșit că pacienta, de mai mulți ani, a avut dureri la nivelul celor două A.T.M. care se accentuau la mișcările mandibulei, îndeosebi în timpul masticăției alimentelor dure. În ultimele șase luni a remarcat că treptat s-a instalat o incapacitate de deschidere amplă a cavității bucale, sesizînd și zgomote în ambele A.T.M.

În cadrul examenului clinic se confirmă la mișcarea de coborîre a mandibulei o severă reducere a distanței interincisive de 20 mm, deținînd propriu-zis doar posibilitatea de rotație a ambilor condili.

Auscultatoric sînt sesizate creptiații în A.T.M. stîngă și cracmente reciproce pe partea opusă (A.T.M. dreaptă).

Atît examenul endobucal al arcadelor dentare cit și analiza modelelor de studiu privite în normă frontală, au evidențiat o ocluzie adincă acoperită cu un over-bite de 6 mm. Lateral mandibular se remarcă o edentație parțială intercalată, cu extruzia dinților antagoniști 2.6. și 2.7., fiind prezent și un contact dentar prematur între cuspidul distolingual al lui 3.8. mezializat cu porțiunea distală a festonului gingival al lui 2.7., impact ce a necesitat anihilare prin ajustare ocluzală.

Constatările noastre validează afirmația lui *De Bont* și colab. (1986) respectiv *Lundh* (1987), că prin pierderea unor unități odontoparodontale laterale pe fondul unei malocluzii genuine se poate produce o osteoartroză a A.T.M.

În lipsa anumitor mijloace speciale de investigație paraclinică (artrotomografie cu dublu contrast, tomodensitometrie scanner computerizată sau a rezonanței magnetice nucleare) am apelat la o tehnică de concepție proprie, executînd o gutieră acrilică tip punte-atelă. Acest mijloc protetic a avut un triplu scop:

1. De a asigura un diagnostic pozitiv de S.D.D. al A.T.M., generat de către ocluzia adincă acoperită traumatogenă.

2. De re poziționare a condiliilor mandibulari pentru recaptarea meniscurilor articulare luxate anterior.

3. De transformare prin automodelare cu acrilat autopolimerizabil a suprafeței ocluzale plane proprii componenteii punte în macheta „miezului funcțional” utilizat pentru executarea lucrării conjuncte individualizate într-o nouă dimensiune verticală de ocluzie (D.V.O.).

Din punct de vedere tehnic, după pregătirea bonturilor 3.5., 3.8., s-a anihilat concomitent și impactul dentar. Manopera a fost realizată cu dificultate datorită reducerii excesive a deschiderii cavității bucale. În continuare, după amprentarea cimpului protetic și executarea modelului de lucru, s-a confecționat ansamblul punte-atelă acrilică.

În faza următoare, clinică, înainte de inserarea piesei protetice, s-a efectuat o ajustare de 1,6 mm pe fețele palatinale ale lui 1.1., 2.1. retru-

zați. Asemenea operațiune a fost necesară pentru a asigura ulterior inserarea acestui ansamblu cu anterepoziționarea mandibulei. În scopul evitării redistalizării condiliene pe atelă s-a executat un stop acrilic.

În astfel de conjunctură, cu ajutorul hirtiei de articulație și prin mici ajustări, s-a realizat imprimarea stopurilor ocluzale într-o nouă D.V.O.

Este demn de subliniat că după 24 de ore de purtare a acestui ansamblu protetic, bolnava nu a mai prezentat nici o acuză dureroasă, sesizându-se capacitatea de a face deja o ușoară translație bicondiliană de câțiva milimetri.

Pentru a se obține schimbarea vechii engrame corticale a ocluziei instabile traumatogene cu cea nouă, reabilitată, pacienta a continuat să poarte încă trei săptămâni dispozitivul nostru, după care, la revenire i s-au detașat prin secționare cele 2 componente ale ansamblului punte-atelă acrilică.

În continuare s-a trecut la individualizarea reliefului ocluzal cu acrilat autopolimerizabil la nivelul viitoarei lucrări conjuncte, obținându-se miezul funcționalizat, după care, ulterior, conform unui alt procedeu original s-a realizat puntea turnată din *Gaudent*.

Concomitent cu cimentarea în cavitatea bucală a piesei protetice finite, s-a păstrat atela acrilică timp de încă două săptămâni, pentru a menține corect anterepoziționarea mandibulei cu noua D.V.O. netraumatogenă.

În acest interval de timp, bolnava nu a mai prezentat nici o acuză dureroasă, dispărând în totalitate zgomotele în ambele A.T.M. (crepitații în stînga și cracmentul reciproc în dreapta), capacitatea de deschidere a cavității bucale îmbunătățindu-se ajungând la valoarea de 33 mm.

În ultima etapă a tratamentului, ca o finalizare a reabilitării ocluzale complete s-au executat trei microproteze de înveliș turnate pe 4.4., 4.5., 4.6. tot prin procedeul automodelării funcționale.

### Rezultate și concluzii

1. S.D.D. al A.T.M. deține o etiopatogenie eterogenă, ridicînd probleme deosebite sub raportul acordării unei terapii protetice cu pondere profilactică și individualizată.

2. În cadrul factorilor de risc, un rol agravant îl deține malocluzia de clasa a II-a, subdiviziunea 1 (ocluzie adîncă acoperită), care în condițiile și a edentației parțiale, reprezintă un teren favorabil pentru apariția osteoartritei A.T.M. (*Perry, 1969; Loisselle, 1969; Williamson, 1977; Berry și colab., 1978; Helöe și colab., 1980; Roberts, 1987*).

3. Cazul ilustrat de noi, deținînd o anomalie dentomaxilară genuină cu S.D.D. al A.T.M. și osteoartrită incipientă, a putut fi reabilitat protetic favorabil, deși în literatura de specialitate autohtonă și internațională nu am găsit referiri asupra modului de rezolvare.

4. Metodologia și procedeul original aplicat, de repoziționare anterioară a mandibulei în scopul recapturării meniscale, s-a dovedit a fi salutar în deșarjarea A.T.M.

Viitorul va confirma sau nu dacă această eficiență este de lungă durată, prin posibilitatea instalării unei remodelări progresive cu micro-

apozitie la nivelul ariei lizate a cavității glenoide stîngi prin distalizare condiliană, pe fondul malocluziei genuine cu edentație parțială.

### Bibliografie

1. Bell W. E.: Orofacial pains: classification diagnosis management; 3rd. ed. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1985; 2. Berry D. C., Watkinson A. C.: Br. Dent. J. (1978), 144, 74; 3. Bont L.G.M., Boering G. J.: Oral Maxillofac. Surg. (1986), 44, 634; 4. Clark G. T.: J. Cranio-mandibular Practice (1984), 2, 1, 56; 5. Clark G. T., Green E. M., Dornan M. Roberta, Flack Virginia F.: J. Am. Dent. Assoc. (1987), 115, 251; 6. Costen J. P.: Ann. Otol. Rhinol. Laringol. (1934), 43, 1; 7. Dawson P. E.: Les Problèmes de l'occlusion. Evaluation, diagnostic et traitement. Ed. J. Prêlat, Paris, 1977; 8. De Laat A., Van Steenberghe D.: J. Prosthet. Dent. (1985), 54, 6, 835; 9. De Laat A., Van Steenberghe D., Lesaffre E.: J. Prosthet. Dent. (1986), 55, 1, 116; 10. Evaskins D. W., Laskin D.M.: J. Dent. Res. (1972), 51, 1464; 11. Eversole L.R., Machado L.: J. Am. Dent. Assoc. (1985), 110, 79; 12. Farrar W. B., Mc. Carty W. L.: A Clinical Outline of Temporomandibular Joint Diagnosis and Treatment. Montgomery, Alabama, Normandie, Publications, 1982; 13. Friedman M. M., Weisberg J.: Temporomandibular joint disorders: diagnosis and treatment. Chicago, Quintessence, 1985; 14. Geissler P. R.: J. of Dentistry (1985), 13, 4, 283; 15. Helkimo M.: Acta Odontol. Scand. (1974), 32, 255; 16. Helkimo M., Carlsson G. F., Carmelly J.: J. Oral Rehabil. (1975), 2, 397; 17. Helöe B., Heiberg A. N., Krogstad B. S.: Acta Odontol. Scand. (1980), 38, 109; 18. Ieremia L., Dociu I.: Funcția și disfuncția ocluzală, Ed. Medicală, București, 1987; 19. Ieremia L., Podoleanu Gh., Dodu Sanda, Horga Sorina, Keri Ildikó, Samochis Flavia, Ormenişan Elisabeta, Keri G., Andreicuț Daniela: Stomatologie (1988a), 2, 101; 20. Ieremia L., Podoleanu Gh., Dodu Sanda, Horga Sorina, Gabor Dorela: În Volumul de culegere de probleme de stomatologie infantilă. Lucrare prezentată la cel de-al XIV-lea Curs de stomatologie infantilă. Tirgoviște, 30 iunie—2 iulie 1988. Ed. U.S.S.M. din R.S.R., Societatea de Stomatologie. București, 1988b; 21. Ieremia L., Dodu Sanda, Andreicuț Daniela: Rev. med. (1988c), 2, 162; 22. Ieremia L., Sanda Dodu, Dorela Gabor: Rev. med. (1989), 1, — sub tipar; 23. Laskin D. M.: J. Am. Dent. Assoc. (1969), 79, 147; 24. Loiselle R. J.: J. Am. Dent. Assoc. (1969), 79, 145; 25. Lundh H.: Correction of Temporomandibular Joint Disk Displacement by Occlusal Therapy. Swedish Dental Journal, 1987, Supplement 51. Ed. from the Department of Stomatognathic Physiology, School of Dentistry University of Lund, Malmö, 1987, Sweden; 26. Magnusson T., Carlsson G. E.: Acta Odontol. Scand. (1978), 36, 333; 27. Perry H. T.: J. Am. Dent. Assoc. (1969), 79, 137; 28. Roberts A. C., Tallents R. M., Katzberg, R. W., Sanchez—Woodworth R. E., Espeland M. A., Mandelmar S. L.: Oral Surgery, Oral Medicin., Oral Pathology (1987), 63, 6, 645; 29. Shore N. A.: Occlusal Equilibrium and Temporomandibular Joint Dysfunction. Lippincot, Philadelphia, 1959; 30. Swartz L., Chayes C.: Facial Pain and Mandibular Dysfunction. Saunders, Philadelphia 1963; 31. Solberg W.K.: Current concepts on the development of T.M.J. dysfunction. In Carlsson S., M. Namara J. A. Jr., Ribbens K. A. (eds): Developmental aspects of temporomandibular disorders. Ann Ar-

bor: University of Michigan, 1985; 32. *Stegenga B., De Bont L.G.M., Boering G.*: J. of Craniomandibular Practice (1989), 7, 2, 107; 33. *Travell J.*: J. Prosthet. Dent. (1960), 10, 745; 34. *Watt D. M.*: J. Prosthet. Dent. (1967), 19, 133; 35. *Watt D. M.*: Gnathosonic Diagnosis and Occlusal Dynamics. New York, Praeger, 1981; 36. *Williamson E. H.*: Am. J. Orthod. (1977), 72, 429.

*I. Ieremia, Sanda Dodu, Dorela Gabor, Luminița Sicoe, A Miron*

**CONTRIBUTIONS TO THE ELABORATION OF A SPECIAL TYPE OF  
ACRYLIC SPLINT FOR THERAPY BY CONDYLE REPLACEMENT ANTERIOR  
REDUCIBLE MENISCUS LUXATION IN PAINFUL DYSFUNCTIONAL  
SYNDROME OF TEMPORO-MANDIBULAR JOINT/PDS OF TMJ**

According to their own experience, the authors present an original method of replacement of mandibular condyles with a view to re-capture the anterior luxated articular meniscus within the painful dysfunctional syndrome of the temporo-mandibular joint (PDS of TMJ).

