

Disciplina de pedodonție și ortodonție (cond.: dr. P. Balássy) a I.M.F.
din Tîrgu-Mureș

MOMENTE IMPORTANTE ÎN TRATAMENTUL OCLUZIEI ADÎNCI ACOPERITE CU ACTIVATORUL ANDRESEN-HÄUPL-PETRIK

P. Balássy, Monica Kelemen, Doina Hărșan, Maria Huszár

Este un fapt cunoscut că activatorul Andresen-Häupl, modificat și perfecționat ulterior de Petrik, a fost conceput în primul rînd pentru tratamentul tulburărilor de dezvoltare ale sistemului stomatognat, apărute pe baza unei disfuncții respiratorii. Ca atare, toate problemele privind tratamentul acestor tulburări cu activatorul amintit, sînt foarte bine sistematizate și acoperite de literatura de specialitate.

În schimb, tratamentul ocluziei adinci acoperite cu un aparat funcțional de tipul activatorului Andresen-Häupl-Petrik (în continuare: activator A.H.P.), prezintă unele aspecte nesistematizate. Foarte probabil, această situație este explicabilă prin faptul că ortodoniștii, ținând cont de caracterul ereditar al anomaliilor, manifestă o oarecare rezervă și scepticism față de aparatura funcțională. Totodată, este adevărat că practica ortodontică dispune de o aparatură biomecanică încercată și utilizată de mai multe decenii în tratamentul ocluziei adinci acoperite. Astfel este, de exemplu, placa palatinală cu platou retroincizal, care face parte din arsenalul terapeutic al ortodonției de mai mult de o sută de ani.

Din punct de vedere clinic, anomalia prezintă o mare diversitate a formelor și astfel pentru fiecare caz în parte este necesară elaborarea unui plan terapeutic individualizat. Pentru a ilustra obiectivele terapeutice în această anomalie, ne folosim de forma clinică considerată clasică de literatura de specialitate și a cărei simptomatologie este foarte bine cunoscută de specialiști. Dorim astfel doar să reamintim cîteva semne endobucale cum ar fi: palatopozitia incisivilor centrali superiori, vestibulopozitia și rotația incisivilor laterali superiori, care foarte frecvent pot acoperi incisivii centrali din cauza lipsei de spațiu existent la acest nivel, forma de trapez a arcadei dentare; supraalveolo-dentia frontală superioară; supraalveolo-dentia frontală inferioară asociată; infraalveolo-dentia laterală bimaxilară; retrognația mandibulară. Din acestea rezultă tabloul ocluzal caracteristic al anomaliilor și anume: supraocluzia frontală; relația ocluzală distalizată sau neutră și eventuala laterodeviație a mandibulei. Ca urmare, indiferent de mijlocul terapeutic utilizat și de vîrsta la care se instituie tratamentul în această anomalie, se urmăresc următoarele obiective terapeutice: vestibularizarea incisivilor centrali superiori, palatinizarea incisivilor laterali superiori, dilatarea arcadei dentare superioare, redimensionarea verticală a ocluziei prin ingresiunea dinților frontali inferiori și egresiunea dinților laterali superiori și inferiori, propulsia mandibulei, mezializarea ocluziei în formele asociate cu ocluzie distalizată.

Primul moment important în tratamentul ocluziei adinci acoperite este tocmai vîrsta la care se intervine. Caracterul ereditar al anomaliilor îi conferă anumite caracteristici de care ținem cont și în alegerea momentului optim al tratamentului. Această anomalie se instalează cu întreaga sa simptomatologie deja la denția temporară, în jurul vîrstei de 3 ani, ceea ce ar însemna că la vîrsta de 3—4 ani ar fi posibilă o intervenție terapeutică cu o aparatură adecvată. Cu toate că un astfel de tratament, la această vîrstă, ar corespunde perfect orientării moderne în ortodonție spre un tratament precoce, totuși este nejustificată o asemenea intervenție, deoarece odată cu schimbarea dinților temporari, anomalia reapare și la denția permanentă. Vom fi nevoiți deci să reluăm tratamentul ortodontic pentru o perioadă de încă 2—3 ani ca și cum asupra denției temporare nici nu s-ar fi intervenit. Din particularitățile evolutive ale anomaliilor rezultă că alegerea momentului optim al începerii tratamentului în denția permanentă, trebuie să ne asigure posibilitatea unei redimensionări verticale de amploare la nivelul ocluziei. Aceasta este posibilă în jurul vîrstei de 10—11 ani, vîrstă la care erup premolarii și caninii, deci aminarea tratamentului pînă la această vîrstă apare ca o indicație logică. Un tratament început mai devreme, imediat după erupția incisi-

vilor superiori, ar oferi posibilități optime pentru corectarea anomaliilor de poziție a acestora, dar în redimensionarea verticală am beneficia numai de aportul primilor molari permanenți. În asemenea condiții ar trebui deci să așteptăm până la erupția caninilor și premolarilor, ceea ce ar echivala cu prelungirea conștientă a duratei tratamentului. Practica ne demonstrează însă și faptul, că orice depășire a momentului optim aduce după sine din nou prelungirea tratamentului, deoarece ocluzia adâncă acoperită va manifesta o rezistență terapeutică crescută odată cu înaintarea în vîrstă. Un beneficiu al activității de dispensarizare la nivelul cabinetelor stomatologice școlare este și depistarea precoce și luarea în evidență a acestor anomalii, ceea ce oferă posibilitatea respectării momentului optim al începerii tratamentului întocmai.

Un al doilea moment important în tratamentul acestei anomalii cu activatorul A.H.P. este, după părerea noastră, *ocluzia construită*. Fără a intra în detalii, ținem să subliniem doar faptul că ocluzia construită urmărește ca în cursul tratamentului, mandibulei să i se imprime în scop terapeutic, o poziție bine definită față de maxilar. Această poziție este în afara limitelor de repaus mandibular fiziologic. Se pot realiza astfel întinderi musculare, este declanșat și exploatat în scop ortodontic reflexul miotic. Ocluzia construită, deci poziționarea terapeutică a mandibulei, este stabilă cu ajutorul unui val de ceară și transmisă tehnicianului dentar ca informație necesară realizării aparatului ortodontic. Acest val de ceară se poate compara cu o informație elementară, în care este codificată poziția terapeutică a mandibulei, caracteristică pentru anomalia respectivă în cadrul tratamentului funcțional și prin acesta, totodată, este asigurată și sursa forțelor funcționale necesare obținerii unui efect ortodontic. Rezultă deci, că realizarea ocluziei construite este o fază clinică de o importanță deosebită, de care depinde în mare măsură succesul tratamentului. Ocluzia construită în ocluzie adâncă acoperită este relativ ușor de stabilit deoarece această anomalie oferă criteriile morfologice care facilitează în mare măsură realizarea acestei faze clinice. Legile ocluziei construite, ca în orice anomalie complexă, și în cazul acestei anomalii, se referă la cele trei planuri ale spațiului. În plan sagital, se va realiza prin ocluzia construită o propulsie mandibulară pînă la instalarea primei relații de margine incizală la margine incizală. Trebuie respectată ca regulă de bază, că nu este permisă nici într-un caz o propulsie mandibulară care să depășească raportul de cap la cap al incisivilor antagoniști, chiar dacă există un grad pronunțat de retrognatie mandibulară. În plan transversal eventual trebuie să avem în vedere necesitatea corectării laterodeviației mandibulare, situație rar întâlnită tocmai din cauza intercuspidării foarte pronunțate. În plan vertical, cerințele tehnice ale ocluziei construite determină respectarea unei inocluzii verticale de aproximativ 2 mm în regiunea frontală. În schimb, în zonele laterale gradul inocluziei verticale capătă valori particulare de la caz la caz, mărimea ei fiind uneori impresionantă, de 6—8—10 mm, mai ales la vîrsta de 9—10 ani, cînd se pierd molarii temporari și erupția clinică a premolarilor este abia începută.

Al treilea moment important îl considerăm *șlefuirea activatorului A.H.P.* Prin aceasta sînt realizate proprietățile ortodontice ale activatorului. Este un act terapeutic de competență exclusiv medicală și constă în realizarea unor suprafețe de conducere, în esență microplanuri incli-

nate, individualizate pentru fiecare grup de dinți în parte. Realizând aceste planuri înclinate în masa acrilică a activatorului, sîntem capabili să dirijăm forțele funcționale ce rezultă din contrația mușchilor ridicători ai mandibulei. Cu alte cuvinte, prin diversele șlefuiți efectuate în masa acrilică a activatorului, îi imprimăm acestuia un adevărat program de activitate cu scopul influențării anomaliei. Activatorul utilizat în tratamentul ocluziei adinci acoperite este șlefuit în regiunea antero-superioară, la nivelul maselor interocluzale laterale și în gutieră.

Șlefuiți în regiunea antero-superioară a aparatului au loc în momentul aplicării acestuia în cavitatea bucală. În ocluzia adincă acoperită clasică, această șlefuire se începe la nivelul incisivilor centrali și la nivelul caninilor, prin îndepărtarea acrilatului în contact cu marginea incizală. În schimb, în zona incisivilor laterali se șlefuieste toată zona acrilică corespunzătoare marginii incizale a impresiunii feței coronare palatinale ca și zona de contact dintre aparat și mucoasa palatinală corespunzătoare rădăcinii incisivului lateral superior. Șlefuirea din regiunea antero-superioară se finalizează prin subțirerea dinspre mucozal a zonei de închidere marginală, astfel încît palatinizarea realizată în zona apexiană a rădăcinilor incisivilor superiori să nu fie stînjinită.

Șlefuiți în regiunile maselor interocluzale laterale au loc de obicei după o perioadă de asimilare a aparatului cu o durată de aproximativ trei săptămîni, perioadă în care masa interocluzală rămîne intactă. Aceste șlefuiți urmăresc în esență stimularea dezvoltării verticale a proceselor dentoalveolare din regiunile laterale, în scopul redimensionării verticale a ocluziei. Se practică prin urmare așa-zisa „șlefuire de bază” prin care fiecare dinte lateral vine în contact cu masa acrilică a activatorului doar într-o mică zonă de formă semilunară situată supraecuatorial.

Șlefuirea gutierei corespunzătoare dinților inferiori trebuie executată în așa fel încît, aceasta să nu mai păstreze nici un contact cu fața vestibulară a dinților și a proceselor alveolare, corespunzător dinților frontali inferiori. Totodată, trebuie să avem o grijă deosebită pentru eliberarea marginilor incizale spre vestibular.

Aceste aspecte specifice ale șlefuirilor arată că abia după construirea aparatului ortodontic începe perioada de finețe a conducerii tratamentului.

Experiența noastră clinică privind tratamentul ocluziei adinci acoperite cu activatorul A.H.P. este pozitivă și considerăm că reținerile existente în utilizarea terapiei funcționale în tratamentul acestei anomalii, nu mai apar ca deplin justificate.

Bibliografie

1. *Andresen V., Häupl K., Petrik L.*: Funktionskieferorthopädie. Johann Ambrosius Barth, München, 1957; 2. *Bieber K.*: Deutsche Stomatologie (1973), 23, 8, 545; 3. *Boboc Gh.*: Tratamentul anomaliilor dento-maxilare. Principii și metode. Editura medicală, București, 1982; 4. *Chateau M.*: Orthopédie dento-faciale. Julien Prelat. Paris, 1975; 5. *Firu P.*: Stomatologie infantilă. Editura didactică și pedagogică, București, 1971; 6. *Hotz R.*: Orthodontie in der täglichen Praxis. Medizinischer Verlag

Hans Huber, Bern und Stuttgart, 1961; 7. Hotz R. (ed.): Zahnmedizin bei Kindern und Jugendliche. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1976; 8. Langlade M.: Thérapeutique orthodontique. Maloine, Paris, 1973; 9. Schmuth G. P. F.: Kieferorthopädie. Grundzüge und Probleme. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1973; 10. Rinderer L.: SSO (1965), 75, 8, 868; 11. Wiemann Ch.: Deutsche Stomatologie (1970), 20, 4, 272; 12. Witt E., Gehrke M. E.: Leitfaden der Kieferorthopädischen Technik. Quintessenz, Berlin, 1981.

Sosit la redacție: 30 septembrie 1983.

P. Balássy, Monica Kelemen, Doina Hârșan, Maria Huszár



IMPORTANT STEPS IN THE TREATMENT OF DEEPLY COVERED OCCLUSION BY MEANS OF ANDRESEN-HÄUPL-PETRIK ACTIVATOR

After a short presentation of the symptomatology and therapeutical objectives in deeply covered occlusion, the authors review the steps considered by them the most important ones in achieving the therapeutic objectives, making use of Andresen-Häupl-Petrik activator, namely: optimal therapeutic time (age of intervention), constructed occlusion and grinding of the apparatus.

Based on positive clinical experience, in their opinion the existing restraints in using functional therapy in the treatment of deeply covered occlusion are not fully justified.
