

EVALUAREA UNOR OPINII CONTRADICTORII ASUPRA CORELAȚIEI DINTRE FACTORII OCLUZALI ȘI PERTURBĂRILE FUNCȚIONALE ALE APARATULUI DENTOMAXILAR (Ap.D.M)

L. Ieremia, Mioara Balas

Este cunoscut faptul că în timpul vieții, ocluzia dentară se schimbă în permanență, ca urmare a edentațiilor parțiale survenite, a abraziunii patologice generată de către bruxism, a acțiunii unor variați factori de risc epigenetici iatrogeni responsabili de apariția impactelor ocluzoarticulare. Cu toate acestea, unii subiecți umani, „purtători de conflicte dentodentare“, nu manifestă semne și simptome distincte de disfuncție craniomandibulară, pe cînd alții sînt mult handicapați.

Dacă asupra etiologiei plurifactoriale a acestui sindrom există actualmente o opinie comună, în sensul combinării perturbărilor ocluzale, musculare și articulare (articulațiile temporomandibulare — A.T.M.) cu cele de ordin psihic, încă mai persistă divergențe de păreri în privința rolului arcadelor dentare, a tiparelor acestora asupra funcționalității optime a aparatului dentomaxilar (Ap.D.M.), a influenței corelației dintre factorii ocluzali și apariția disfuncției craniomandibulare.

Scopul acestei lucrări este tocmai de a evalua în spirit critic controversele existente în problema menționată mai sus prin prisma numeroaselor cercetări clinice, electromiografice, experimentale și epidemiologice, efectuate în ultimele două decenii.

Încă de mult timp s-a stabilit că eficiența masticatorie este dependentă de starea arcadelor dentare, de calitatea contactelor ocluzale condiționate de numărul dinților prezenți. Anumiți autori printre care amintim pe A. Franks (1967), T. Öberg, G. E. Carlsson, C. M. Fayers (1971), G. Agerberg, G. E. Carlsson (1973) și M. Helkimo (1979), au atras atenția că există o creștere a frecvenței simptomelor distinctive ale disfuncției craniomandibulare, condiționată de reducerea numărului de dinți reztanți în cavitatea bucală. După A. Gerber (1971), J. A. De Boever și P. A. Adriaens (1983) absența molarilor poate produce suprasolicitarea A.T.M. cu modificarea poziției condililor mandibulari. Așa după cum au arătat statistic T. Hansson, W. K. Solberg, M. K. Penn și T. Öberg (1979), volumul de deviații de la forma normală a componentelor A.T.M. pe cadavre autopsiate a fost semnificativ în corelație cu lipsa zonei de sprijin dentar în regiunea laterală. Comparînd rezultatele necroptice cu radiografiile din timpul vieții, R. Bean, K. A. Omnell și T. Öberg (1977) au sesizat această interdependență, emițînd astfel ipoteza apariției bolii articulare (A.T.M.), ca urmare a perturbărilor ocluzale survenite prin pierderea îndeosebi a molarilor.

Cu toate acestea, nu există o certitudine în privința evaluării simptomelor de disfuncție craniomandibulară pe care le-au deținut subiecții înaintea decesului.

Studiile epidemiologice efectuate în 1977 de către *B. Heloe* și colab. nu au validat existența unei corelații între frecvența acuzelor disfuncționale și reducerea numărului de dinți restanți. De asemenea, *T. Magnusson* și *G. E. Carlsson* (1978), folosind indexul clinic al lui *Eichner* pentru evaluarea stării arcadelor dentare la pacienții cu disfuncție A.T.M., nu au găsit o condiționare semnificativă între acest indicator și severitatea simptomelor.

Două cercetări relativ recente ale lui *A. F. Käyser* (1981) și *P. Battistuzzi* (1982) au dovedit că scurtarea arcadelor dentare nu duce în mod obligatoriu la disfuncție craniomandibulară. Totuși, după unii autori, pierderea unităților odontoparodontale laterale însoțită de apariția de impacte ocluzoarticulare (prematurități), deși nu pare să influențeze severitatea durerii musculare și a disfuncției, poate deține un rol important în rezultatul tratamentului (*J. A. De Boever* și colab., 1983).

După *B. K. B. Berkowicz*, *G. R. Holland* și *B. J. Moxham* (1978), cu toate că cei mai mulți indivizi au abateri variate față de condițiile unei „ocluzii ideale“ sau „normale“, asemenea malocluzii rareori predispun la apariția sindromului disfuncțional.

Cu alte cuvinte, deși o ocluzie poate prezenta deviații de la standardele ortodontice „firești“, ea totuși este în stare să satisfacă optim funcția, pe când la alt subiect cu aspect morfologic favorabil al arcadelor dentare poate să survină disfuncția craniomandibulară.

După *A. Geering* (1974) aceste aspecte contradictorii sînt condiționate de specificul capacității biologice individuale de adaptare, sau nu, a pacientului față de modificările apărute în timp la nivelul ocluziei.

Numeroasele cercetări experimentale executate de autori ca: *N. Brill*, *S. Scubeler*, *G. Tryde* (1962), *P. Shärer*, *R. Stalard* (1966), *K. Carlsson*, *J. Edlund*, *T. Öberg* (1976), *M. Bakke*, *E. Moller* (1980), *C. Riise*, *A. Sheikholeslam* (1984), generînd bilateral sau unilateral conflicte dentodentare prin inlay-uri sau obturații din amalgam mai înalte față de planul ocluzal, urmărind totodată efectul clinic nociv al lor și prin intermediul electromiografiei (E.M.G.), nu au dus la concluzii uniforme. Astfel, la unii subiecți umani cu contacte premature dentodentare create experimental, ce au modificat poziția de intercuspidare maximă (P.I.M.) cu 3 mm față de relația centrică (PRC), mișcările masticatorii ale protezaților totali s-au adaptat la noua postură în decurs de o săptămînă, dar majoritatea au acuzat dureri musculare. La alți indivizi, un singur impact pe primul molar inferior a cauzat deviația laterală a mandibulei în mișcarea de închidere, iar pe EMG s-a semnalat o tulburare evidentă a tiparelor mușchilor ridicători. De-a lungul săptămînii cît a durat experimentul, la 7 din cei 8 subiecți s-au relevat simptome disfuncționale în cadrul unui bruxism generat. Tot un astfel de impact ocluzal inserat însă la primul molar superior, a cauzat perturbări funcționale, ca urmare a activității posturale crescute a fascicului anterior al temporalului, nesemnalizîndu-se însă la EMG modificări semnificative de tonus în mușchii maseteri.

Unele cercetări experimentale au dovedit că interferențele ocluzale pe partea de balans (condilul așa-zis nelucrător) produc de obicei o asimetrie în activitatea musculară, dar există și indivizi la care tiparul masticator EMG rămâne nemodificat.

După G. E. Carlsson (1984), T. Magnusson și L. Enbom (1984), răspunsul variat de autoapărare față de conflictele dentodentare de tipul contactelor premature și a interferențelor ocluzale este condiționat de modul în care individul reacționează față de ele, depinzând în mare măsură de condiția psihică și fizică a subiectului. Asupra evaluării critice a opiniilor privind rolul factorilor psihici în etiologia și evoluția sindromului disfuncțional dureros al ATM, aceasta am prezentat-o recent într-una din lucrările noastre (1985).

În ultimul deceniu au fost făcute multiple investigații epidemiologice asupra disfuncției craniomandibulare (T. Hansson, T. Öberg (1971), B. Bergman, G. E. Carlsson (1972), G. Agerberg, T. Österberg (1974), M. Helkimo (1974), B. Ingervall, B. Hedegard (1974), C. Molin, G. E. Carlsson, B. Friling, B. Hedegard (1976), W. K. Solberg, M. W. Woo, J. B. Houston (1979), J. A. De Boeyer și R. A. Adriaens (1983). Totuși necesitatea tratamentului clinic datorită simptomelor severe este cu mult mai redusă ca frecvență (20—25% afirmă M. Helkimo, sau sub 5% apreciază W. K. Solberg și colab.).

După T. Magnusson (1981) majoritatea pacienților ce au acuze subiective (durere în ATM, sensibilitate în mușchii masticatori, mobilitate redusă a mandibulei sau dischinezii ale acesteia) trebuie considerați ca „deținători ai unor factori de risc” ce pot să se încadreze nu într-un tablou clinic al unei boli, ci a unei condiții patologice cauzată de o etiologie complexă.

Referitor la caracterul diferențiat al algiei exocraniene de origine musculară (cefaleea recurentă), ca urmare a prezenței unor impacte ocluzoarticulare, ea este deosebit de variată (de la o durere surdă, adeseori ignorată, care dispare spontan într-o oră sau două, pînă la una intensă, ce se manifestă acut), severitatea suferinței după I. Lous (1977) depinzând de pragul de toleranță individuală. Aceasta ar putea explica — menționează B. Heloe (1980) — discrepanța existentă a procentajelor depistate de către multipli cercetători în investigațiile lor epidemiologice efectuate, asemenea studii de ordin statistic neputînd furniza decît date aproximative asupra corelației dintre tulburările ocluzale, simptomele disfuncționale și cerințele de tratament.

Conform experienței clinicii noastre, considerăm că față de numeroasele cauze ce pot genera o disfuncție craniomandibulară, în primul rînd se impune excluderea anumitor factori de risc extraocluzali (afecțiuni specifice ale ATM, tumori ale sistemului nervos central, boli neuromusculare etc.). Acest diagnostic diferențial se va putea face numai printr-o colaborare strînsă cu alte specialități medicale. Din punct de vedere stomatologic, este necesar să se cunoască îndeaproape parametrii funcționali ai ocluziei fiziologice, care primează față de cei morfologici, ținînd cont de particularitățile individuale ale cazurilor clinice. Această viziune gnatologică flexibilă ne va debarasa de concepția dogmatică conform că-

reia se susține că sînt necesare tipare ocluzale specifice „ideale“, pentru ca întreg ansamblul Ap.D.M. să-și păstreze starea optimă de sănătate. Întrucît ocluzia se schimbă în permanență într-o nouă P.I., impusă de transformările survenite la nivelul arcadelor dentare, este dificil să se estimeze modul în care individul se va adapta față de solicitările impac-telor ocluzoarticulare. De multe ori noi am constatat că o angrenare inter-dentară aparent normală poate „masca“ existența acestor conflicte dento-dentare simulînd o IM habituală neimpusă. Prezența numai a unui singur semn de suferință neuromusculară sau articulară (ATM) trebuie să ne deter-mine să facem precizarea dacă sindromul disfuncțional este de origine ocluzală. Asupra metodologiei depistării obligatorii a PRC a mandibulei pentru a putea evalua situația existentă a contactelor dentare multipozi-ționale în comparație cu P.I. impusă de către o ocluzie traumatogenă, aceasta am menționat-o în mai multe lucrări. Numai printr-o eficientă coroborare a observațiilor clinice efectuate la intervale regulate de timp, cu cele depistate la analizele repetate pe modele de studiu privind angrenarea arcadelor dentare în P.I. și în RC se va putea institui un trata-ment protetic individualizat în favoarea reabilitării orale, inclusiv a re-adaptării ATM. În final, examenul complementar radiologic (îndeosebi serialul tomografic) va putea confirma eficacitatea mijlocului terapeutic acordat după cîteva controale efectuate în prealabil pentru eventuale retușări ocluzale ale protezatului. În felul acesta se va putea contribui mult la evitarea iatrogeniei, care încă din păcate deține o pondere apre-ciabilă în generarea disfuncției craniomandibulare.

Bibliografia la autori.

Sosit la redacție: 12 iulie 1985

L. Ieremia, Mioara Balas

EVALUATION OF CERTAIN CONTRADICTORY OPINIONS REGARDING THE CORRELATION BETWEEN THE OCCLUSAL FACTORS AND THE FUNCTIONAL PERTURBATIONS OF THE DENTOMAXILLARY APPARATUS

The authors have critically reviewed the various and contradictory opinions in the special literature of the last two decades, as for the role of occlusal patterns of the dental arches concerning the optimal functionality of the dentomaxillary apparatus (D.M.Ap.), of the influence of the correlation between the occlusal factors and the appearance of craniomandibular dysfunction. According to the experience of the authors, the individual response particularly of the dental field against the occluso-articular impacts specific to a traumatogenic occlusion was pointed out, which may often be "masked" by the dento-dental joining imposed in a new position of maximal intercuspitation (P.M.I.). In all the situations when there is just a single complaint at the level of D.M.Ap., it is compulsory to make a thorough clinical analysis of the interdental joining, also on models of study, in a position of centric relation (P.C.R.) in comparison with P.M.I., and thus it is possible to ascertain if the dysfunctional syndrome is of occlusal origin.