Teză
De doctorat
Contribuții la studiul modificărilor parodonțiului marginal în trauma occluzală
Rezumat

Conducător de Doctorat:
Profesor Universitar Dr. Iancu Emil PLEȘEA

Student-Doctorand:
Traian COMĂNESCU
CUPRINSUL TEZEI DE DOCTORAT

STADIUL CUNOAȘTERII .............................................................1

CAPITOLUL I ORGANUL DENTAR .............................................2

DESCRIERE GENERALĂ .......................................................... 3
ODONȚIUL .................................................................................. 4
PARODONȚIUL ............................................................................ 5
Parodonțiul marginal (de înveliș) ............................................. 6
Parodonțiul superficial .............................................................. 6
Parodonțiul profund .................................................................. 9
Vascularizația parodonțiului marginal .................................... 10
Inervația parodonțiului marginal ............................................ 11
Parodonțiul apical ................................................................... 12

CAPITOLUL II HISTOLOGIA PARODONȚIULUI MARGINAL ..........13

DESCRIERE GENERALĂ .......................................................... 14
EPITELIUL GINGIVAL ............................................................... 14
Stratul bazal .............................................................................. 14
Stratul celulelor poliedrice ....................................................... 15
Stratul superficial ..................................................................... 16
Epiteliul de joncțiune .............................................................. 17
Membrana bazală ................................................................. 18

CAPITOLUL III OCCLUZIA DENTARĂ .................................21

RELAȚIA DE OCLUZIE .............................................................. 22
PARAMETRII OCLUZALI .......................................................... 22
Morfologia ariilor ocluzale ...................................................... 22
Cuspizii de sprijin .................................................................... 23
Cuspizii de ghidaj ..................................................................... 24
Curbe de ocluzie ..................................................................... 25
Curba de ocluzie sagitală (Spee–Balkwill) .............................. 25
Curba de ocluzie transversală ............................................... 25
Curbura de ocluzie frontală ................................................. 26
<table>
<thead>
<tr>
<th>Planul de ocluzie</th>
<th>.................................................................................................................. 26</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Contactele dento-dentare</td>
<td>.................................................................................................................. 26</td>
</tr>
<tr>
<td>OCLUZIA DINAMICĂ</td>
<td>.................................................................................................................. 27</td>
</tr>
<tr>
<td>Rolul funcțional al ocluziei</td>
<td>.................................................................................................................. 27</td>
</tr>
<tr>
<td>Criteriile ocluziei funcționale</td>
<td>.................................................................................................................. 28</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**CAPITOLUL IV OCLUZIA TRAUMATICĂ ......................... 30**

| Etiologia disfuncției ocluzale | .................................................................................................................. 31 |
| Contactul ocluzal prematur | .................................................................................................................. 31 |
| Trauma ocluzală | .................................................................................................................. 33 |
| Parodontul marginal și trauma ocluzală | .................................................................................................................. 35 |

**CONTRIBUȚIA PERSONALĂ................................. 41**

**CAPITOLUL V MATERIAL ȘI METODE ..................... 42**

| Materialul studiat | .................................................................................................................. 43 |
| Metode de Lucru | .................................................................................................................. 43 |
| Tipul de studiu și algoritmul de investigație | .................................................................................................................. 43 |
| Parametrii evaluați | .................................................................................................................. 43 |
| Parametri Clinici | .................................................................................................................. 43 |
| Parametri Morfologici | .................................................................................................................. 44 |
| Tehnicile de investigare utilizate | .................................................................................................................. 45 |
| Studiul imagistic | .................................................................................................................. 45 |
| Studiul morfologic | .................................................................................................................. 45 |
| Achiziția imaginilor microscopice | .................................................................................................................. 46 |
| Determinările morfologice cantitative | .................................................................................................................. 47 |
| Prelucrarea și interpretarea datelor | .................................................................................................................. 48 |
| Scalele de stratificare a parametrilor | .................................................................................................................. 49 |
| Indicatori statistici | .................................................................................................................. 51 |
| Indici și coeficienți de corelare statistică | .................................................................................................................. 51 |
| Trasarea reprezentărilor grafice ale datelor prelucrate | .................................................................................................................. 53 |

**CAPITOLUL VI STUDIUL CLINIC ......................... 54**

| Critereile de comparare | .................................................................................................................. 55 |
| Tipul de dinte afectat | .................................................................................................................. 55 |
| Localizarea pe arcadele dentare | .................................................................................................................. 56 |
Localizarea în funcție de planul sagital .......................................................... 56
Corelații între criteriile de comparare ............................................................. 57
  Tipul de dinte – Arcada dentară ............................................................... 57
  Tipul de dinte – Planul sagital ................................................................. 57
  Arcada dentară – Planul sagital ............................................................... 58
G E N U L P A C I E N Ț I L O R ................................................................. 59
  Evaluarea în funcție de tipul de dinte ....................................................... 59
  Evaluarea în funcție de arcada dentară .................................................... 60
  Evaluarea în funcție de planul sagital ..................................................... 61
V Â R S T A P A C I E N Ț I L O R ................................................................. 61
  Evaluarea în funcție de tipul de dinte ....................................................... 62
  Evaluarea în funcție de arcada dentară .................................................... 63
  Evaluarea în funcție de planul sagital ..................................................... 65
M E D I U L D E P R O V E N I E N T Ă ............................................................. 67
  Evaluarea în funcție de tipul de dinte ....................................................... 67
  Evaluarea în funcție de arcada dentară .................................................... 68
  Evaluarea în funcție de planul sagital ..................................................... 69
F A C T O R I D E R I S C ................................................................. 69
  Consumul de alcool .................................................................................... 69
  Evaluarea în funcție de tipul de dinte ....................................................... 70
  Evaluarea în funcție de arcada dentară .................................................... 71
  Evaluarea în funcție de planul sagital ..................................................... 71
  Fumatul .................................................................................................... 72
  Evaluarea în funcție de tipul de dinte ....................................................... 72
  Evaluarea în funcție de arcada dentară .................................................... 73
  Evaluarea în funcție de planul sagital ..................................................... 74
  Igiena orală ............................................................................................. 74
  Evaluarea în funcție de tipul de dinte ....................................................... 75
  Evaluarea în funcție de arcada dentară .................................................... 76
  Evaluarea în funcție de planul sagital ..................................................... 76
  Prezența tartrului ...................................................................................... 77
  Evaluarea în funcție de tipul de dinte ....................................................... 78
  Evaluarea în funcție de arcada dentară .................................................... 79
  Evaluarea în funcție de planul sagital ..................................................... 79
C\u0103MENTARII FINALE................................................................. 80

CAPITOLUL VII STUDIUL MORFOLOGIC.........................83

INTRODUCERE........................................................................... 84

ASPECTE MACR\u0103SCOPICE......................................................... 84

Migr\u0103rile dentare ................................................................. 84
  Evaluarea \u017e\u0103n func\u0103\u0163ie de tipul de dinte......................... 89
  Evaluarea \u017e\u0103n func\u0103\u0163ie de arcada dentar\u0103.............................. 89
  Evaluarea \u017e\u0103n func\u0103\u0163ie de planul sagittal......................... 90

Eden\u0103tiile ............................................................................... 91
  Evaluarea \u017e\u0103n func\u0103\u0163ie de tipul de dinte......................... 92
  Evaluarea \u017e\u0103n func\u0103\u0163ie de arcada dentar\u0103.............................. 93
  Evaluarea \u017e\u0103n func\u0103\u0163ie de planul sagittal......................... 93

Abrazia patologic\u0103 ............................................................... 94
  Evaluarea \u017e\u0103n func\u0103\u0163ie de tipul de dinte......................... 96
  Evaluarea \u017e\u0103n func\u0103\u0163ie de arcada dentar\u0103.............................. 96
  Evaluarea \u017e\u0103n func\u0103\u0163ie de planul sagittal......................... 97

R\u0103tract\u0103ngival\u0103 ............................................................. 98
  Evaluarea \u017e\u0103n func\u0103\u0163ie de tipul de dinte......................... 99
  Evaluarea \u017e\u0103n func\u0103\u0163ie de arcada dentar\u0103.............................. 100
  Evaluarea \u017e\u0103n func\u0103\u0163ie de planul sagittal......................... 100

Procese carioase ................................................................. 101
  Evaluarea \u017e\u0103n func\u0103\u0163ie de tipul de dinte......................... 102
  Evaluarea \u017e\u0103n func\u0103\u0163ie de arcada dentar\u0103.............................. 103
  Evaluarea \u017e\u0103n func\u0103\u0163ie de planul sagittal......................... 104

MODIFIC\u0103RI MICROSCOPICE ...............................................104

Grosimea epiteliului mucoasei gingivale ......................104
  Evaluarea \u017e\u0103n func\u0103\u0163ie de tipul de dinte......................... 111
  Evaluarea \u017e\u0103n func\u0103\u0163ie de arcada dentar\u0103.............................. 112
  Evaluarea \u017e\u0103n func\u0103\u0163ie de planul sagittal......................... 113

Prezen\u0103 Leucoplaziei ......................................................... 114
  Evaluarea \u017e\u0103n func\u0103\u0163ie de tipul de dinte......................... 119
  Evaluarea \u017e\u0103n func\u0103\u0163ie de arcada dentar\u0103.............................. 120
  Evaluarea \u017e\u0103n func\u0103\u0163ie de planul sagittal......................... 120
STADIUL CUNOAȘTERII

Organul dentar reprezintă un complex de țesuturi structurate diferit, dar armonizate morfologic și funcțional pentru a primi, armoniza și transmite presiunile masticatorii [Boboc 1996, Bratu 1991; Costin 1999].

Organul dentar sau odontonul este alcătuit din 2 componente: odonțiul sau componenta masticatorie și parodonțiul sau componenta de susținere.

Parodonțiul are două componente: parodonțiul de susținere și parodonțiul de acoperire. Parodonțiul de susținere este reprezentat de cement, os alveolar și periodonțiu, în timp ce parodonțiul de acoperire este reprezentat de gingie.

Toate componentele parodonțiului sunt interdependente din punct de vedere biologic, deoarece o agresiune cu consecințe disfuncționale asupra unuia dintre componente are consecințe și asupra celorlalte [Lindhe 1986; Löe 1993; Machado & al. 2009].

Mucoasa gingivală este acea parte a fibromucoasei masticatorii care acoperă procesele alveolare și înconjoară regiunea cervicală a dinților. Împreună cu ligamentele supraalveolare formează parodonțiul de înveliș.

Din punct de vedere anatomic, mucoasa gingivală prezintă mai multe porțiuni: gingia liberă sau marginală, gingia interdentală și gingia aderentă. Gingia liberă acoperă coletul dinților pe fețele vestibulare și orale, continuându-se, pe fețele proximale, cu gingia interdentală. Este cuprinsă între marginea liberă a gingiei și fundul sacului gingival, având o lățime de 0,5-1,5 mm. Pe secțiune are formă triunghiulară, cu un versant oral sau vestibular și un versant dentar care formează peretele moale al șanțului gingival [Craitoiu Ş. and Craițoiu M. 1995; Narayanan and Page 1983; Nîță 1992; Armitage 1999].

Cunoașterea morfofiziologiei parodonțiului este necesară pentru identificarea abaterilor de la normal a substratului histio-cito-enzimologic în parodontopatii precum și în situațiile clinice ce evidențiază prezența fenomenului de traumă ocluzală.


Stratul superficial al epiteliului variază în funcție de cheratinizarea progresivă a sa sau de lipsa de cheratinizare. Dacă epiteliul este cheratinizat, stratul spinos este acoperit de un strat granulos al cărui celule conțin în citoplasmă granule de cheratohialină și corp Odland. Dacă stratul este paracheratinizat, chiar dacă celeulele sunt foarte aplazitate ele își păstrează nucleul, care este picnotic și acolat la peretele celular [Calandriello & al,1996].

Corionul gingival este format din țesut conjunctiv fibros. La nivelul gingiei marginale el primește ligamentul desmodontal, participând la ancorarea interdentară și gingivo-alveolo-dentară. periradicular, corionul se fixează pe corticala externă a osului alveolar, asigurând coeziunea gingivo-osoasă a gingiei fixe. Histologic, corionul gingival este constituit din celule, fibre, vase, nervi și substanță fundamentală. Vascularizația, prin componenta sanguină și limfatică, și inervația bogată a corionului asigură funcționalitatea acestuia [Bogdan 1989; Craițoiu Ş., Craițoiu M. 1995; Mogoantă 2004].

Ocluzia dentară poate fi denumită drept suma rapoartelor interarcade în contact static sau dinamic [Dawson 1992, Ash 1993; Burlui 2000]. Morfologia suprafeței de ocluzie a celor două arcade dentare este foarte asemănătoare la maxilar și mandibulă, având totuși câteva caractere de diferențiere.
Ocluzia este considerată drept unul din cei trei determinanți ai dinamicii mandibulare. La rândul ei, ocluzia prezintă un determinant anterior și un determinant posterior. Între cei doi determinanți ai ocluziei există o protecție reciprocă, care acționează în fazele statice și dinamice ale ocluziei [Burlui 2000].

Orice denivelare a planului de ocluzie normală sau orice interferență ocluzală neadecvată are posibilitatea de a declanșa modificări patologice la nivelul elementelor amintite.

Școala românească de stomatologie consideră că există cinci criterii ale unei ocluzii funcționale [Costa, et al. 1975, Popescu 2008].

Tulburările ocluzale apar ca o consecință a anormaliilor dentare de număr, volum, poziție, a leziunilor odontale coronare, migrării dentare, edentației, modificării parametrilor ocluzali, dar și secundar disfuncțiilor musculo-articulare.

Trauma ocluzală parodontală este leziunea degenerativă care apare atunci când forțele ocluzale depășesc capacitatea de adaptare a țesuturilor de suport. În condițiile în care angrenajul dento - dentar este de tip cuspid - fosetă, dirijarea eforturilor se face în axul lung al dinților.

Datorită structurii diferențiate funcțional a țesuturilor parodontale și situației topografice a celor două componente (de înveliș și de susținere), sistemul de apărare și de rezistență împotriva factorilor de risc agresivi direcți sau indirecti este deosebit, fiind condiționat și de caracterul lor.

Abraziunea patologică generalizată - este abraziunea neconformă cu vârsta biologică. Abraziunea patologică generalizată este un semn major de disfuncție ocluzală [Dawson 2007; Ruiz 2007].

Trauma ocluzală poate determina o denudare progresivă a rădăcinilor dentare, caracterizându-se prin deplasarea gingiei spre apexul dintelui. Există două categorii de retrații gingivale: una care se depisteză la examenul clinic, alta ascunsă, o parte a rădăcinii deșosate fiind acoperită de către peretele inflamat al unei pungi parodontale. Trauma ocluzală provoacă și agravărea retrația gingivală, accelerându-se astfel proliferarea epitelială inițială de către o iritație locală, formă clinică cunoscută sub numele de ghirlandele sau festoanele lui McCall.

Pungile parodontale apar în traumatismul secundar, pe un parodonțiu deja afectat în prezența factorilor infeccioși și irritativi locali. Pungile gingivale relative sunt în fond hipertrofii gingivale fără fenomene de distrucție a țesuturilor parodontale subiacente, la care șanțurile gingivodentare sunt aprofundate datorită faptului că volumul gingiei este augmentat. Pungile parodontale absolute supraosoase sunt caracterizate prin faptul că extremitatea terminală a pungilor este coronară în raport cu osul alveolar subiacent, în timp ce la cele intraosoase este apicală [Scannapieco 1998;Taylor 2008; Wolf & al. 2005].

**CONTRIBUȚIA PERSONALĂ**

**MATERIAL ȘI METODE**

Baza de studiu a prezentei lucrări a fost constituită dintr-un lot de 51 de pacienți cu trauma ocluzală la care s-a recoltat parodonțiu marginal.

Materialul de studiu a fost reprezentat de două categorii de surse de date: documentele de evidență medicală ale pacienților din cabinetul stomatologic și de material biologic uman recoltat de la pacienții tratați pentru trauma ocluzală costând în fragmente de parodonțiu marginal.

Studiul a fost unul complex, prospectiv, desfășurat în două direcții importante și anume: studiul contestului clinic și studiul morfologic al parodonțiului marginal.

Datele preliminare referitoare la parametrii clinici și la cei morfologici evaluauți au fost introduse în tabele de baze de date din modulul Microsoft Excel din pachetul de programe Microsoft Office 2010.

Studiul morfopatologic a avut două componente: Evaluarea macroscopică a leziunilor dentare și parodontale și Evaluarea microscopică a fragmentelor de țesut care a constat în examenul histologic al fragmentelor de parodontiu pe preparate colorate cu H-E, tricromic Masson și imunomarcate cu anticorpi antiCD34.

Achiziția, prelucrarea și efectuarea determinărilor morfometrice au fost făcute cu softuri specializate: analySIS Pro, ACDSee 4.0, Aperio ImageScope [v12.3.2.8013] și un modul de morfometrie dezvoltat în mediul de programare MATLAB (Mathworks).

Prelucrarea datelor preliminare de la cazurile introduse în baza de date a fost efectuată cu ajutorul aceluiași modul Microsoft Excel din pachetul de programe Microsoft Office 2010 Professional. Pentru prelucrarea datelor s-au folosit modulul Data Analysis al programului Microsoft Excel, împreuna cu programul add-in XLSTAT pentru MS Excel. Aparatul statistic de evaluare a cuprinș, pentru parametrii numerici: determinarea valorilor minimă și maximă, a mediei aritmetice, a deviației standard și a varianței, și ai criteriilor testelor Lilliefors, Pearson, Student, Kolmogorov–Smirnov, Wilcoxon, Kruskal-Wallis și "χ2". Diagramele (graficale) care ilustrează tendințele de evoluție ale diferiților parametri evaluauți precum și comparațiile statistice dintre aceștia au fost execute cu ajutorul instrumentului „Graph” din modulele „Word” și „Excel” ale pachetului de programe Microsoft Office XP Professional precum și programul de tip „add on” XLSTAT 2009 pentru modulul „Excel".

**STUDIUL CLINIC**

Pacienții incluși în studiu au fost mai ales bărbați cu vârsta medie în jur de 40 de ani, aparținând mediului socioeconomic urban, mai degrabă neconsumatori de alcool înșă fumători, cu o igienă orală precară și tartru prezent.

Trecerea în revistă a rezultatelor analizei posibilelor influențe ale parametrilor clinici, unii dintre ei factori de risc, asupra profilului leziunilor determinate de trauma ocluzală a scos în evidență câteva aspecte interesante.

O primă constatare generală este aceea că singurul criteriu topografic la care au fost identificate corelațiile cu unii dintre parametrii clinici stabiliți a fost criteriul topografic local și unul al tipului de dinte afectat.

Astfel, grupul frontal a fost afectat de leziunile determinate de trauma ocluzală numai la adulți maturi, după patruzeci și cinci de ani în timp ce grupurile laterale și mai ales molarii au fost afectate mai ales la adulți tineri și adolescenți înainte de patruzeci și cinci de ani.

Leziunile determinate de trauma ocluzală au afectat numai grupurile laterale și în special molarii la femei în timp ce la bărbați leziunile au interesat aproape în mod egal toate cele trei tipuri de dinți.
Leziunile determinate de trauma ocluzală localizată la nivelul grupului frontal și al grupului lateral al premolarilor au fost întâlnite numai la pacienții cu igienă precară a cavitatei orale în timp ce leziunile locale la nivelul grupului lateral al molarilor au fost întâlnite și la pacienții cu o bună igienă a cavitatei orale.

În contextul în care consumul de alcool nu a fost asumat decât de o treime din numărul de pacienți, el s-a asociat cel mai frecvent cu leziuni determinate de trauma ocluzală localizate la nivelul grupului lateral al premolarilor și cel mai rar cu leziuni localizate la nivelul grupului frontal al incisivilor.

În mod paradoxal, fumatul și prezența tartrului sau mediul socio-economic de proveniență a pacientului nu au avut nici o influență asupra topografiei leziunilor determinate de trauma ocluzală la nivelul grupurilor de dinte studiate.

În ceea ce privește influența parametrilor clinici asupra topografiei leziunilor determinate de trauma ocluzală, în contextul în care consumul de alcool nu a fost asumat decât de o treime din numărul de pacienți, el s-a asociat cel mai frecvent cu leziuni determinate de trauma ocluzală localizate la nivelul grupului lateral al premolarilor și cel mai rar cu leziuni localizate la nivelul grupului frontal al incisivilor.

În mod paradoxal, fumatul și prezența tartrului sau mediul socio-economic de proveniență a pacientului nu au avut nici o influență asupra topografiei leziunilor determinate de trauma ocluzală la nivelul grupurilor de dinte studiate.

În ceea ce privește influența parametrilor clinici asupra topografiei leziunilor determinate de trauma ocluzală la nivel de arcadă s-au observat tot mai frecvent leziuni de traumatism la nivelul hemiarcadelor, singurele observații validate statistic au fost prezența semnificativă a consumului de alcool la pacienții cu leziuni determinate de trauma ocluzală localizate la nivelul mandibulei și localizarea leziunilor determinate de trauma ocluzală cu predilecție la nivelul hemiarcadelor stângi a fumători și la nivelul hemiarcadelor drepte la nefumători.

În al doilea rând, în restul corelațiilor evaluate dintre parametrii clinici și topografia leziunilor determinate de trauma ocluzală, fie locală fie la nivelul uneia din arcadele dentare sau la nivelul uneia din hemiarcadele dentare, de o parte și de alta a liniei mediosagitale, testele statistice utilizate nu au reînnoit nici un alt fel de corelație și influența a factorilor externi asupra fenomenului de trauma ocluzală.

**STUDIUL MORFOLOGIC**

Trecerea în revistă a rezultatelor analizelor posibilelor influențe ale parametrilor morfologici, unii dintre ei consecințe directe ale fenomenului patologic de trauma ocluzală, asupra profilului leziunilor de traumatism ocluzală a scos și ea la iveală unele aspecte demn de luat în considerație.

O primă observație generală de ordin general constă în completarea profilului leziunilor determinate de trauma ocluzală, fie locală fie la nivelul uneia din arcadele dentare sau la nivelul uneia din hemiarcadele dentare, de o parte și de alta a liniei mediosagitale, testele statistice utilizate nu au reînnoit nici un alt fel de corelație și influența a factorilor externi asupra fenomenului de trauma ocluzală.

Astfel, profilul leziunilor determinate de trauma ocluzală întâlnite la grupul de pacienți luați în studiu ar fi următorul:

Leziunea determinată de trauma ocluzală a fost întâlnită cel mai adesea la nivelul molarilor, mai frecvent pe arcada dentară inferioară, fără o anumită predilecție pentru hemiarcadele situate de o parte și de alta a liniei mediosagitale în condițiile în care lotul studiat nu a conținut nici un pacient cu leziuni determinate de trauma ocluzală situate la nivelul caninilor. Apoi, pacienții cu leziuni determinate de trauma ocluzală au prezentat de regulă fenomenul de migrare dentară, în special pe cel de vestibularizare, edentații neprotezate, abrazie patologică uscată-moderată și adeseori retracție gingivală, fără procese carioase netratate.

O a doua constatare generală este aceea că singurul criteriu topografic care a fost identificat corelații cu unii dintre parametrii morfologici stabiliți a fost și în cazul modificărilor morfologice, criteriul topografic local și anume tipul de dinte afectat. În rest, localizarea leziunilor de trauma ocluzală la nivelul uneia din arcadele dentare sau la nivelul uneia din hemiarcadele dentare, de o parte și de alta a liniei mediosagitale nu a relevat decât sporadic o influență asupra modificărilor morfologice asociate cu fenomenul de trauma ocluzală.
Din paleta largă de fenomene de migre dentară asociate leziunilor de trauma ocluzală s-au individualizat două care au prezentat și o polarizare foarte clară în raport cu localizarea dinților cu trauma ocluzală.

În primul rând s-a evidențiat fenomenul de vestibularizare care s-a asociat cu aproape toate leziunile de trauma ocluzală localizate la nivelul incisivilor și a avut și o predilecție pentru localizarea pe arcada dentară superioară. A urmat apoi fenomenul de mezializare care a fost asociat exclusiv cu leziuni de trauma ocluzală localizate la nivelul molarilor, fiind întâlnit în marea majoritate a cazurilor la nivelul arcadelor inferioare. Ar mai fi de amintit și fenomenul de distalizare care a fost asociat aproape în totalitate cu leziuni de trauma ocluzală localizate la nivelul premolarilor și a fost întâlnit numai la diinți afectați situați la nivelul mandibulei.

Procesul carios, deși rar întâlnit a avut predilecție pentru incisivi și a fost întâlnit numai la nivelul arcadei dentare inferioare.

În sfârșit, abrazia patologică a fost apanajul incisivilor, fiind întâlnită la acest nivel numai în forme moderate. Ea nu a lipsit însă de la nivelul molarilor și într-o mai mică măsură de la nivelul arcadei inferioare, în ambele situații prezintând mai ales forme ușoare.

În rest, fenomenele de edentație și de retracție gingivală asociate leziunilor de trauma ocluzală nu au arătat o distribuție particulară în funcție de tipurile de localizare ale diinților afectați de trauma ocluzală.

Leziunea leucoplazică, leziune importantă pentru caracterul ei premalign, a arătat un grad de asociere mai mare cu leziunile determinate de trauma ocluzală situate la nivelul grupurilor laterale și chiar o creștere a severității dinspre grupul frontal spre grupurile laterale. Prezența ei nu s-a corelat însă cu poziția pe arcade sau pe hemiarcade a diinților afectați.

Epiteliul mucoasei gingivale luat în ansamblu a prezentat modificări ale grosimii legate de tipul de dint afectat, având de regulă grosimi cuprinse între 400 și 500 de μ la nivelul mucoasei din jurul incisivilor afectați și peste 400 și chiar peste 500 de μ la nivelul arcadei. Epiteliul mucoasei gingivale din jurul diinților afectați nu a prezentat însă variații semnificative în funcție de arcă sau hemiarcă din care au fost situați diinții afectați.

Un comportament diferit a avut și compartimentul superficial al epiteliului mucoasei gingivale din jurul diinților afectați, prezintând tendința la îngroșare dinspre grupul frontal spre grupurile laterale de diinți.

Compartimentul papilar al epiteliului, în schimb, nu a prezentat variații semnificative în funcție de dintele afectat sau de hemiarcă din care a fost localizat dintele afectat ci în funcție de arcă dentară pe care a s-a situat dintele afectat, arătând tendința la îngroșare la nivelul mandibulei în comparație cu maxilarul.

În rest, procesele de fibroză și densitățile rețelelor vasculare nu au prezentat variații semnificative legate de topografia diinților afectați de leziuni determinate de trauma ocluzală nici în compartimentul superficial papilar și nici în compartimentul profund al corionului mucoasei gingivale din jurul diinților afectați.

Procesul patologic de leucoplazie apare în ansamblu ca fiind influențat de grosimea epiteliului mucoasei gingivale, în special pe seama compartimentului său superficial.

Leziunea leucoplazică este cu atât mai redusă în grosime, putând chiar lipsi cu cât procentul de fibroză din corionul papilar este mai mare.

Epiteliul mucoasei gingivale tinde să fie mai gros în special dacă fibroza din corionul papilar este mai redusă și densitatea rețelei vasculare din corionul profund este mai mică.
Compartimentul epitelial superficial tinde să fie mai gros dacă fibroza din corionul papilar este mai redusă iar densitatea rețelei vasculare este mai mică.

În compartimentul epitelial papilar s-au înregistrat aceleași tendințe de corelare inversă ca cele descrise la grosimea totală a epitelului, mai accentuate în relațiile compartiment epitelial papilar/fibroză papilară și compartiment epitelial papilar/ DV profundă.

Pe măsură ce crește procentul de fibroză scade densitatea rețelei vasculare, fenomen care pare, la prima vedere logic. Tendința a fost mai evidentă în compartimentul superficial situat în apoziție cu epitelul.

În final, ar trebui menționat faptul că, deși au existat tendințe, în general de corelare inversă între parametrii morfologici studiați, acestea nu au fost validate statistic decât într-un singur caz, cel al influenței procesului de fibroză asupra prezenței și extensiei stratului leucoplazic.

**CONCLUZII**

Studiul nostru a condus la următoarele concluzii:

1. Profilul clinic al pacienților care au alcătuit lotul de studiu a fost următorul: bărbat cu vârsta medie în jur de 40 de ani, provenind din mediul socioeconomic urban, cel mai adesea declarat ca neconsumator de alcool dar fumător, cu o igienă orală precară și tartru prezent.

2. Criteriul topografic local (tipul de dinte afectat) a fost singurul cu care s-au corelat mai mulți dintre parametrii clinici. Astfel:
   - Leziunile determinate de trauma oclusală la nivelul grupului frontal au fost întâlnite mai ales la bărbați, după 45 de ani, cu igienă precară a cavității orale și rareori consumatori de alcool.
   - Leziunile determinate de trauma oclusală la nivelul grupului lateral al premolarilor au fost întâlnite mai adesea la femei, înainte de 45 de ani, cu igienă orală precară și consumatori de alcool.
   - Leziunile determinate de trauma oclusală la nivelul grupului lateral al molarilor au fost întâlnite mai adesea la femei, înainte de 45 de ani și la pacienți cu igienă bună a cavității orale.

3. Consumul de alcool s-a asociat mai frecvent cu leziuni determinate de trauma oclusală localizate la nivelul arcadei dentare inferioare iar fumatul s-a asociat cu predilecție cu leziuni determinate de trauma oclusală localizate la nivelul hemiarcadele stângi.

4. O particularitate a lotului studiat a fost absența pacienților cu leziuni determinate de trauma oclusală situate la nivelul caninilor. Altfel, Leziunile determinate de trauma oclusală a fost întâlnite de cele mai multe ori la nivelul molarilor, mai frecvent pe arcada dentară inferioară, fără o anumită predilecție pentru hemiarcadele stângi sau drepte.

5. Profilul morfologic al pacienților care au alcătuit lotul de studiu a constat în prezența constantă a fenomenului de migrare dentară, mai ales vestibularizarea, a edentațiilor neprotezate, a abraziei patologice și, deseori, a fenomenului de retracție gingivală dar cu absența proceselor carioase netratate.

6. Corelațiile identificate între modificările morfologice macro scopice și topografia dintilor cu leziuni determinate de trauma oclusală au fost:
   - Vestibularizarea s-a asociat cu majoritatea leziunilor de trauma oclusală localizate la nivelul incisivilor și a fost întâlnită de regulă la nivelul arcadei dentare superioare.
- Mezializarea s-a asociat exclusiv cu leziuni de traumă ocluzală localizate la nivelul molarilor și a fost întâlnită în marea majoritate a cazurilor la nivelul arcadei dentare inferioare.
- Procesul carios a avut predilecție pentru incisivi și a fost întâlnit numai la nivelul arcadei dentare inferioare.
- Abrazia patologică a fost întâlnită cu predilecție la nivelul incisivilor dar nu a lipsit nici de la nivelul grupurilor laterale.

7. Amploarea dimensiunilor stratului superficial cheratinizat acelular a arătat o creștere a severității dinspre grupul frontal spre grupurile laterale și s-a aflat în corelație directă cu evoluția dimensiunilor epiteliului mucoasei gingivale în ansamblu și ale compartimentului său superficial și într-o corelație inversă cu evoluția cantității de fibre colagene mature din compartimentul papilar al corionului mucoasei gingivale nu și cu cea din compartimentul profund al corionului mucoasei gingivale.

8. Grosimea epiteliului mucoasei gingivale și a compartimentului său superficial a avut o tendință de creștere dinspre grupul frontal spre grupurile laterale de dinți iar modificările grosimii epiteliului și ale straturilor sale au schițat un raport firesc de corelație inversă cu modificările cantitative ale procesului de fibroză din ambele compartimente ale corionului mucoasei gingivale.


10. Modificările cantitative ale procesului de fibroză au schițat un raport firesc de corelație inversă cu modificările densității vasculare la nivelul ambelor compartimente ale corionului mucoasei gingivale.

11. Din păcate, corelațiile enumerate mai sus au fost numai sugerate de diagramele testelor statistice utilizate, nu însă și validate statistic, explicația putând să fie reprezentată de dimensiunile mici ale lotului studiat.

12. În final, se poate afirma că modificările morfologice care se produc la nivelul diferitelor componente ale mucoasei gingivale sunt influențate într-o măsură semnificativă de leziunile de traumă ocluzală și de topografia lor.

**BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ**

2. ASH MAJOR, Dental Anatomy Phisiology and Occlusion-W. B. Sannders Co.1993,45-68,89-146.