

# Modificări desmodontale apărute ca urmare a unei forțe ocluzale insuficiente

Odontonul alcătuit din dinți și elemente de atașare reprezintă un complex de țesuturi structurate diferit, dar armonizate morfologic și funcțional pentru a primi, amortiza și transmite presiunile masticatorii.

Parodonțiul, a doua componentă a odontonului, alcătuit din parodonțiul de înveliș și parodonțiul de susținere, participă la atașarea dinților la maxilare având funcții metabolice, nutritive și calități senzitive și proprioceptive.

Suprafața radiculară acoperită de cement și suprafața peretelui alveolar, delimitează spațiul periodontal (dento – alveolar, desmodontal) în care se află un țesut conjunctiv fibros (fibre, celule, vase și nervi).

Datorită prezenței fibrelor, unii autori descriu la acest nivel o articulație dento – alveolară de tip sinartroză, cunoscută sub numele de *gomfoză*. Aceste fibre sunt alcătuite în mare parte din colagen și sunt grupate în benzi groase care în totalitate formează sistemul ligamentului periodontal. Benzile de colagen se găsesc în număr de 28 000/mm<sup>2</sup> la dinții funcționali, în timp ce la dinții nefuncționali sunt în număr de doar 2000/mm<sup>2</sup>.

Traseul fibrelor este ondulat, ceea ce le asigură un rol funcțional deosebit în prelucrarea solicitărilor exercitate asupra dintelui.

Sub acțiunea forțelor ocluzale, dinții și rădăcinile se înfundă în alveolă, ligamentele periodontale se tensionează, realizând tracțiuni la nivelul osului și cementului radicular, tracțiune ce stimulează apoziția la nivelul interfețelor spațiului periodontal.

Apozițiile în urma tracțiunilor vor îngloba o nouă cantitate de fibre conjunctive ce vor îmbunătăți stabilitatea dintelui.

Între fibrele parodonte există emifo\*\*\*\*care sub acțiunea forțelor ocluzale și în urma înfundării dintelui își mărește presiunea care produce resorbția pereților osoși și radiculari.

Presiunea determină la nivelul laminei dura procese de resorbție iar tracțiunea, apoziție. Din echilibrul acestor forțe (presiune, tracțiune) rezultă forma normală a peretelui alveolar.

La dinții fără antagoniști, tracțiunea parodontală nu se mai produce, iar forța masticatorie, neexercitându-se la nivelul coroanei provoacă diminuarea rezistenței parodontale și afectarea stabilității biomecanice. Acest fapt conduce la extruzia dintelui, ca expresie a etapei de decompensare a parodonțiului dintelui respectiv.

Dintele fără antagonist este considerat precar din punct de vedere al rezistenței după o perioadă de aproximativ 2 săptămâni de la pierderea contactului cu antagonistul, aceasta datorându-se diminuării numărului fibrelor ligamentului parodontal și a grosimii lor, cele rămase fiind mult mai subțiate, grosimea fibrelor parodontale variind direct proporțional cu presiunile ocluzale funcționale, și anume: presiunile ocluzale crescute, dar rămase totuși în limite fiziologice, determină o creștere în grosime (după unele studii chiar și numerică) în timp ce presiunile ocluzale subliminare duc la recăderi în diametru și număr a fibrelor, precum și la o modificare în orientarea lor, acestea fiind orizontale, cu orientare inversă față de cea obișnuită și uneori chiar paralele cu suprafața radiculară.

Tot sub acțiunea forțelor subliminare, țesutul conjunctiv lax din spațiul periodontal este neorientat și după unii autori, ar provoca resorbția laminei dura.

Dimensiunile spațiului desmodontal variază și el cu gradul de funcționalitate al dintelui, fiind mai larg la dinții cu funcție normală, activi și micșorându-se sensibil la dinții fără antagoniști, aspect care poate fi evidențiat radiografic.

În absența forțelor de ocluzie, țesuturile parodontale nu-și pot menține structura normală, forțele subliminare nu asigură troficitatea normală ducând la atrofie prin inactivitate și încetinirea circulației locale datorate ischemiei.

Are loc și scăderea proprioceptorilor desmodontali cu efecte asupra informării centrilor coordonatori cu privire la pozițiile mandibulei în mișcările cu contact dentar, parodonțiul fiind implicat în reglarea dinamicii mandibulare în proporție de 90% asigurând:

- crearea unui reflex de protecție la închiderea cavității bucale;
- reglarea intensității forțelor masticatorii;
- oprirea contracției mușchilor ridicători în momentul în care dinții fac contact.

## BIBLIOGRAFIE

1. BRATU DORIN – „*Aparatul dento-maxilar – date de morfologie funcțională clinică*”, editura Helicon, 1998;
2. BURLUI VASILE, FORNA NOIMA, IFTENI GABRIELA – „*Clinica și terapia edentației parțiale intercalate reduse*”;
3. BURLUI V., MORĂRAȘU – „*Gnatologie*”, editura Apollonia, Iași, 2000;
4. DUMITRIU HORIA TRAIAN – „*Parodontologie*”, editura Viața Medicală Românească, 1998.