

**Ministerul Sănătății al Republicii Moldova**

**Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"**

**FACULTATEA DE STOMATOLOGIE**

**Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală**

**„Arsenie Guțan”**

Lucrare de absolvire

**REABILITAREA ANODONȚIEI PRIMARE  
UNIDENTARE PRIN ASPECT ORTODONTIC ȘI  
IMPLANTO-PROTETIC**

**APETROAE Cristina**

*Anul V, grupa S1806*

*Programul de studii 0911.1 Stomatologie*

**Conducătorul științific:**

**Sîrbu Dumitru**

*Dr. șt. med., conferențiar universitar*

Chișinău, 2023

## DECLARAȚIE

Prin prezenta, subsemnata **Apetroae Cristina** declar pe propria răspundere, că teza de licență cu tema ”**Reabilitarea anodonției primare unidentare prin aspect ortodontic și implanto-protetic**” .este elaborată de către mine personal, materialele prezentate sunt rezultatele propriilor cercetări, nu sunt plagiate din alte lucrări științifice și nu a mai fost prezentată la o altă facultate sau instituție de învățământ superior din țară sau străinătate. De asemenea declar, că toate sursele utilizate, inclusiv din Internet, sunt indicate în teza de licență, cu respectarea regulilor de evitare a plagiatului:

- ✓ toate fragmentele de text reproduse exact, chiar și în traducere proprie din altă limbă, sunt scrise cu referința asupra sursei originale;
- ✓ reformularea în cuvinte proprii a textelor altor autori deține referința asupra sursei originale;
- ✓ rezumarea ideilor altor autori deține referința exactă la textul original;
- ✓ metodele și tehnicile de lucru preluate din alte surse dețin referințe exacte la sursele originale.

Data: 20.02.2023

Absolvent: Apetroae Cristina

*(Prenume Nume)*

\_\_\_\_\_

*(Semnătura)*

## Cuprins

<b>LISTA ABREVIERILOR .....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCERE.....</b>	<b>5</b>
Actualitatea problemei abordate.....	7
Scopul lucrării .....	6
Obiectivele cercetării.....	6
Importanța practică a tezei de licență .....	7
<b>1.REABILITAREA ANODONȚIEI PRIMARE UNIDENTARE PRIN ASPECT ORTODONTIC ȘI IMPLANTO-PROTETIC .....</b>	<b>8</b>
1.1 Analiza bibliografică a temei.....	8
1.2 Etiologia anodonției.....	8
1.3 Clasificarea anodonției .....	10
1.4 Tabloul clinic al anodonției.....	12
1.4.1 Anodonția de incisiv lateral superior .....	12
1.4.1.1 Anodonția de premolarul 2 .....	13
1.4.1.2 Anodonția întinsă.....	13
1.4.1.3 Anodonția subtotală și totală .....	13
1.5 Diagnosticul anodonției .....	14
1.6 Tratatamentul anodonției.....	15
<b>2.MATERIALE ȘI METODE DE CERCETARE.....</b>	<b>18</b>
2.1 Tipul studiului realizat:.....	18
2.2 Date generale .....	18
2.3 Caracteristicile participanților la studiu.....	19
2.4 Metode de tratament chirurgical efectuat pacienților din studiu. ....	19
2.5 Concluzie.....	20
<b>3.REZULTATE OBȚINUTE ȘI DISCUȚII.....</b>	<b>21</b>
3.1. Rezultate obținute.....	29
3.2. Prezentare cazuri clinice.....	29
<b>CONCLUZII.....</b>	<b>34</b>
<b>BIBLIOGRAFIE .....</b>	<b>35</b>
<b>ANEXE.....</b>	<b>38</b>

## **LISTA ABREVIERILOR**

**ADM** – Anomalie dento-maxilară

**AN** – Anodonție

**OPG** – Ortopantomografie

**CBCT** – Cone beam computed tomography

**AL** – Anestezia locală

**3D** – Tridimensională

**OHCD** – Oxford Handbook of Clinical Dentistry.

# INTRODUCERE

## **Actualitatea problemei abordate**

Conform Fratu A. Dezvoltarea armonioasă a aparatului dento-maxilar cu asigurarea optimă a funcțiilor, inclusive cea fizionomică constituie obiectivul primordial al tratamentului ortodontic biomecanic, funcțional și chirurgical al anomaliilor dento-maxilare. ADM au consecințe directe asupra funcțiilor și morfologiei cranio-faciale și indirectă asupra dezvoltării generale a organismului, dar mai ales asupra psihologiei subiectului privind integrarea lui în societate. Aparatul dento-maxilar în cursul său de formare și dezvoltare poate fi supus diferitor influențe de ordin general sau local, care pot conduce către apariția anomaliilor dento-maxilare. Cunoașterea fenomenelor de formare și dezvoltare a aparatului dento-maxilar oferă șanse de apreciere a etiologiei și patogeniei, clinicii și mijloacelor de profilaxie și de tratament al anomaliilor dento-maxilare [2, 3, 14, 35].

Formarea mugurilor dinților permanenți începe în luna a IV de viață intrauterină, când se desprind de pe fața linguală a lamei dentare 20 de muguri, care vor da naștere dinților permanenți. De pe marginea distală a acestei lame interne se desprind prin înmugurire ceilalți 12 muguri dentari ce vor da naștere molarilor permanenți. În luna a IV-a de viață intrauterină începe formarea mugurilor incisivilor permanenți continuată în etape fixe, stabilite genetic. Apariția celorlalți muguri dentari este încheiată la 4 ani după naștere, odată cu apariția mugurilor molarilor 3. La sfârșitul lunii a 4-a intrauterine, ameloblastii efectuează apozitia calcară în zonele viitorilor cuspidi, după apariția primelor calcosferite în dentină. Apozitia calcară și calcificarea coroanei se fac paralel cu a rădăcinii. Erupția dentară începe după calcificarea completă a coroanei dentare. Diferențele în cronologia calcificării dinților permanenți sunt legate de sex, tipul rasial sau regional, de condițiile sociale, de nutriție, precum și de starea de sănătate [1]. AN dentară este cea mai răspândită malformație craniofacială la om, este absența congenitală a unui număr variabil de dinți datorită neformării a germenilor dentari corespunzători. Ea poate apărea ca parte a unui sindrom genetic recunoscut sau ca trăsătură izolat nesindromică. Excluzând cei trei molari, prevalența raportată a hipodontiei variază între 1,6 și 6,9%, în funcție de populația studiată. La majoritatea indivizilor afectați lipsesc doar unul sau doi dinți, cel mai des lipsește al doilea premolar permanent și incisivii laterali superiori. Atât factorii de mediu, cât și cei genetici sunt implicați în etiologia hipodontiei, aceștia din urmă având un rol mai semnificativ. Astfel, conform datelor studiului „Dezvoltarea și creșterea aparatului dento-maxilar: premise și influențe” (2020), demarat de Lucia Avornic s-a determinat că factorii etiologici generali ai anomaliilor dentomaxilare determină potențialul de creștere, cantitatea, durata și ritmul de creștere a componentelor arealului cranio-maxilo-facial. Aparatul

dento-maxilar este supus permanent la numeroase influențe interne și externe, cu impact asupra structurii, dezvoltării și funcționării sale [1].

Persoanele cu hipodonție reprezintă adesea o provocare clinică semnificativă pentru ortodonți și chirurghi deoarece, într-un număr de cazuri, timpul de tratament este prelungit și rezultatul tratamentului poate fi compromis. Prin urmare, identificarea factorilor genetici și de mediu poate fi deosebit de utilă în predicția timpurie a acestei afecțiuni și în dezvoltarea de strategii de prevenire și tratamente noi în viitor [4]. Persoanele cu anodonție au adesea dificultăți de masticatie și de vorbire. Fără capacitatea de a mesteca corect alimentele, acest lucru poate avea un impact negativ asupra sănătății digestive. Anodonția poate duce, de asemenea, la deteriorarea gingiilor și la o creștere inadecvată a osului maxilar. Această lipsă de creștere osoasă poate face ca maxilarul să pară mai mic decât ar trebui să fie. Gama de dinți lipsă și rezultatele lor fizice și psihologice este mare, iar diferența de complexitate în gestionarea unui pacient cu hipodonție izolată în comparație cu unul cu oligodonție sau anodonție împreună cu discrepante scheletice și ortognatice nu trebuie subestimată. Intervențiile chirurgicale implică în primul rând augmentarea osului înainte de plasarea unui implant și chirurgia ortognatică.

Dupa clasificarea Fratu A. forma cea mai frecventă este absența unuia sau a mai multor dinți, adică anodonție parțială (hipodonție). Ea poate fi unilaterală, bilaterală sau multiplă și prezintă următoarele forme clinice:

- ❖ anodonție redusă, când interesează 1-2 dinți;
- ❖ anodonție întinsă, care interesează un număr mare de dinți;
- ❖ subtotală, când pe arcadă este un număr foarte redus de dinți.

Hipodonția redusă poate fi unidentară, bilaterală simetrică sau în “diagonală” pentru premolarii 2. În cazul absenței unui singur dinte, dintele simetric poate avea o formă modificată (incisivul lateral superior în formă de bob de orez, conoid). Dinții frecvent afectați de această anomalie genetică sunt incisivii laterali superiori și premolarii 2 inferiori. Nu intră în discuție absența molarului 3. Hipodonția redusă poate fi considerată o expresie a reducerii filogenetice sau poate fi asociată altor anomalii, în special în cazul hipodonției asimetrice [20].

**Scopul lucrării:** Evaluarea particularităților de evoluție, diagnostic și tratament a anodonției primare unidentare.

### **Obiectivele cercetării:**

1. Analiza literaturii de specialitate privind etiologia, tabloul clinic, diagnosticul și tacticile de tratament chirurgical ale anodonției primare unidentare .

2.Studiul particularităților clinice caracteristice anodonției primare.

3.Evaluarea și aprecierea metodelor de tratament ai pacienților cu anodontie primară unidentară.

### **Importanța practică a tezei de licență:**

Anodonția primară reprezintă anomalie congenitală ce are o răspândire destul de mare în rândul populației și duce, cu parere de rău, la alterarea modului obișnuit de viață al pacienților printr-un complex de inferioritate susținut de aspectul facial inestetic, precum și din cauza acuzelor funcționale, de exemplu: tulburări de masticatie, deglutiție, fonație, uneori chiar de respirație. care se întâlnește frecvent în practica medicală. Diagnosticul deseori este stabilit în baza unei vizite de rutină sau din cauza erupției întârziate însă un diagnostic precoce ar duce la implimentarea unui plan de tratament cât mai efectiv ce ar include în sine implicarea chirurgicală și ortodontică. Importanța tezei este influențată de faptul că pacienții care au fost diagnosticați cu aceasta anomalie să înțeleagă consecințele din punct de vedere estetic dar și funcțional lipsa îndelungată a dintelui de pe arcada dentară.

Importanța practică a tezei de licență este de a ne informa din literatura din ultimii ani, despre tratamentul combinat ortodontico – chirurgical ca indicație în anodonțiile primare unidentare, în baza unui protocol standard expus în literatura de specialitate, axându-ne doar asupra etapei chirurgicale propriu – zise.

# **1.REABILITAREA ANODONȚIEI PRIMARE UNIDENTARE PRIN ASPECT ORTODONTIC ȘI IMPLANTO-PROTETIC**

## **1.1 Analiza bibliografică a temei**

Anomaliile dentare cuprind un spectru larg de aspecte în literatura dentară, de aceea sunt pe larg cunoscute și în mod variat . Anomalia este în general rezultatul unei perturbări care interesează perioada de formare a lamei dentare și/sau a mugurilor dentare. Ea poate afecta atât dentiția temporară, cât și cea permanentă. Pacienții cu acest tip de anomalii au o densitate osoasă scăzută care reprezintă o adevărată provocare pentru tratamentele stomatologice. Trebuie să se facă diferența între o adevărată, falsă și pseudoanodonție. În ceea ce privește tipul de agenezie, se poate decide tratamentul potrivit pentru a rezolva cu succes cazul. Pseudoagenezia sau incluziunea dentară se caracterizează prin absența clinică a dinților din cauza incluziunilor dentare sau a erupției târzii. Falsa agenezie presupune absența clinică. Acesta poate fi diagnosticat cu certitudine doar prin efectuarea unui examen oral și radiologic complet. Falsa anodonție este frecventă la molarii 3 atunci când aceștia sunt extrași deoarece arcadele sunt prea mici și nu există spațiu pentru ca aceștia să erupă sau dacă sunt situați în diferite poziții intraosoase. Agenezia reală este mai frecventă la nivelul premolarilor 2 și incisivul central 2 - rapoartele de studiu arată că aceasta este o evoluție filogenetică. Agenezia canină este relativ rară. Anodonția se întâlnește la ambele sexe aproape în mod egal, fără diferențe majore de gen . Este foarte important ca atunci când există o îndoială cu privire la anodonție să se facă un control amănunțit și o anamneză serioasă, urmată de un examen radiologic adecvat de fiecare dată când există o suspiciune de posibilă anodonție , numai la examenul radiologic putem diagnostica cu siguranță anodonția.De asemenea, trebuie făcută și o diferență între anodonția reală, falsă și pseudoanaodonția[22].

## **1.2 Etiologia anodonției**

Anomaliile de creștere dentară sunt rezultatul unor factori genetici sau al acțiunii unor factori de mediu locali sau generali sau al unei combinații a acestor doi factori. După unii autori anodonția este o anomalie de creștere filogenetică prezentă doar la dinții simetrici. Conform autorilor Valentina Trifan și Pavel Godoroja , factorul genetic este recunoscut unanim. Determinismul factorului genetic în dezvoltarea dinților este responsabil de o serie de anomalii, cum sunt: macro- și microdonția, dinții supranumerari și anodonțiile, anomaliile dentare de formă, unele anomalii de poziție și structură. Influența asupra dezvoltării se evidențiază prin controlul asupra ratelor de creștere maxilară, adesea perturbate în sindroamele genetice[21].

ADM sunt încadrate ca o problemă de dezvoltare, de multe ori nu putem spune cu certitudine că anodonția este determinată de factorul genetică mai este și influențată de rezultatul



factorilor de mediu, sau este o combinație între ereditate și factorii de mediu [20]. Cercetarea etiologiei unei anomalii are importanță în diagnosticarea ei, deoarece cunoașterea patogeniei va duce la aplicarea unui tratament adaptat cazului clinic [1].

### **Factorii ce influențează dezvoltarea anodonției :**

*a) Patologia prenatală* include toate bolile care atacă un anumit moment în uter, de la începutul formării fetale până la sfârșitul celui de-al treilea trimestru. Fecundarea ovulului reprezintă prima etapă din viața viitorului individ, în care există potențial genetic moștenit de la părinți în ovulul fecundat (zigot), dar evoluția acestui nou organism este dependentă și de factorii de mediu (în uter, apoi mediu în vitro). Interferența factorilor genetici și a factorilor de mediu este baza etiologiei tulburărilor prenatale [20].

*b) Factorii nocivi* care pot acționa asupra embrionului sau fătului se numesc teratogene. Viața intrauterină constă din două perioade: perioada embrionară (1-12 săptămâni) și perioada fetală (13-până la naștere). Dacă teratogenii acționează în timpul perioadei embrionare, pot provoca moarte intrauterină precoce. Când intensitatea este scăzută, acestea pot preveni sau distruge doar dezvoltarea organelor sau funcțiilor și devin cauza malformațiilor congenitale. Cei mai frecvenți teratogene sunt:

- ◆ Dezechilibru hormonal uteroplacentar și matern;
- ◆ Infecții virale (rubeolă, oreion, rujeolă, encefalită, gripă, hepatită, varicela);
- ◆ Infecție bacteriană: sifilis;
- ◆ Infecție parazitară: toxoplasmoză;
- ◆ Factori endocrini: Diabet;
- ◆ Factori imunitari: boli autoimune, autoimune;
- ◆ Factori mecanici: boala membranei amniotice;
- ◆ Factori iatrogene: aminopterina, talidomidă, testosteron, progesteron;
- ◆ Factori chimici și poluanți;
- ◆ Factori fizici: Raze X [20].

### *c) Factori filogenetici*

Regresia filogenetică a organului maxilar poate fi considerată cauzală în cadrul anomaliei ale maxilarului, în sensul că evoluția filogenetică a unor elemente ale aparatului este întârziată, în timp ce altele anticipează volumul, forma, structura și funcții ale viitorului sistem dentar uman. O reducere filogenetică a organelor dento-maxilari se manifestă printr-o reducere a numărului de dinți, fragmente osoase sau mușchi care fuzionează și formează mase mai mari, mai diferențiate și mai adaptate la funcția biologică și nevoile psihosociale ale omului [20].

#### d)Ereditatea- aberațiile cromosomiale

Moștenirea factorilor genetici normali ,înțelegerea procesului de transmitere genetică este dificilă din cauza importanței garniturii cromozomilor, a faptului că realitățile genetice variază de la o persoana la alta iar adăugarea unei influențe pozitive a „condițiilor de mediu” modifică efectele selecției. Sindromul displazic ectodermal (anomalie la cromosomul X). Afecțiunea caracterizează sexul masculin și se transmite recesiv de la mamă, gena anormală fiind într-unul din cei 2 cromosomi X ai mamei. Displazia ectodermală se caracterizează prin anodonții extinse. Anodonția interesează de obicei incisivii laterali, premolarii, .molarii 2, 3 și incisivii inferiori. Dinții sunt reduși, dimensional, sunt lipoplazici, în formă de cui [20]. Importanța eredității în apariția unor anomalii dentare a fost pus demonstrat în următoarele aspecte:

- ◆mărimea și forma, dinților;
- ◆numărul (anodonție, dinți supranumerari);
- ◆mineralizarea;
- ◆poziția mugurilor și direcția erupției lor;
- ◆dispoziția dinților în dentiția mixtă;
- ◆forma arcadelor dentare;
- ◆similitudinea malocluziilor (diasteme, înghesuiuri, supraocluzii, rotații)[20].

### **1.3 Clasificarea anodonțiilor**

Sistemele de clasificare sunt indispensabile pentru a oferi anumite principii de studiere științifică a etiologiei, patogeniei și tratamentului bolilor într-o modalitate ordonată. Cu toate acestea, faptul că nu există încă un acord cu privire la o clasificare ideală nu este surprinzător. În literatura de specialitate au fost propuse mai multe clasificări pentru a facilita diagnosticul AN, principalele clasificări sunt următoarele: după BOBOC Gheorghe [8], în 1968 după Gysel, după Bhaskar și în 1999 după OHCD.

Criteriul clinico-topografic a fost introdus în 1994 de Viorica Milicescu, Ana-Maria Tătăreanu. Este o clasificare bazată, pe cinci grupe, dar care interesează toate variațiile acestei anomalii dentare.

*a. Anodonție de incisivi laterali superiori*

bilaterală

unilaterală

*b. Anodonție de premolari doi superiori*

simetrică

unilaterală

*c. Anodonție de incisivi centrali inferiori*

simetrică - cu sau fără micșorarea spațiului

asimetrică - cu sau fără omolog

*d. Anodonție de premolari doi inferiori*

simetrică

asimetrică

*e. Anodonții atipice (haotice)*

reduse - 1 -2 dinți absenți din grupe diferite, pe maxilare diferite

multiple (întinse) - mai mult de doi dinți absenți [33].

*f. Anodonția totală*

Anodonția totală se întâlnește rar și interesează de obicei ambele dentiții, existând însă și situații în care este afectată numai dentiția permanentă. Absența tuturor dinților se asociază cu alte perturbări în dezvoltarea organismului, așa cum este cazul în displazia ectodermala hipohidrotică. Pacienții pot fi recunoscuți după aspectul cranio-facial caracteristic: fruntea proeminentă, buze în protruzie, absența genelor și sprâncenelor, tegumente uscate.

*g. Anodonția parțială*

Hipopodonția definește absența congenitală a unuia sau mai multor dinți din dentiția temporară și/sau permanentă, poate fi redusă și întinsă, redusă este absența a 1-2 dinți de pe o hemiarcadă, întinsă-oligodonția (absența unui număr mare de dinți de pe arcade peste 8 dinți (1968, Gysel). Se poate întâlni ca afecțiune izolată în cadrul unor boli complexe: sindromul Down, despiciaturi labio-palatine, sindromul Rieger. Anodonția trebuie diferențiată de pseudoanodonție și de anodonția falsă, situații în care la examenul clinic al cavității bucale se constată absența unuia sau a mai multor dinți, în condițiile în care dinții respectivi există sau au existat.

#### *h. Pseudoanodonția (inluzia dentara)*

Se caracterizează prin absența clinică a dinților datorită unor incluzii dentare sau unor erupții întârziate. Ea interesează mai frecvent molarii de minte inferiori, caninii superiori și în mai mică măsură premolarii. Foarte rar se întâlnesc incluzii ale incisivilor și molarilor de șase ani. Cauzele pseudoanodonției ar fi diferite obstacole (îngheșuri dentare, odontoame, dinți supranumerari), trasee anormale eruptiv, anchiloza dentară, erupția întârziată.

#### *i. Anodonția falsă*

Este reprezentată de absența clinică a dinților datorită exfolierii sau îndepărtării germenului dintelui permanent în formare odată cu extracția predecesorului temporar.

Un alt criteriu de clasificare este după Boboc Gh., ce relevă că este absența unor dinți ca rezultat al neformării mugurilor dentari sau al distrucției lor în stadii incipiente de dezvoltare; mugurii au existat, dar s-au pierdut în urma unor intervenții chirurgicale sau prin procese patologice [8].

După Bhaskar, anodonție adevărată este absența dinților datorită perturbării procesului formative iar anodonție falsă este absența clinică a dinților, deși nu au existat perturbări în formarea și dezvoltarea ulterioară a mugurilor dentari [29].

Clasificarea din 1999 după OHCD, presupune faptul că anodonția este absența completă a tuturor dinților iar oligodonția ar fi absența unui număr mare de dinți, pe arcadă fiind prezenți 2-6 dinți [18].

### **1.4 Tabloul clinic al anodonției.**

În timpul examenului clinic, realizat în funcție de vârstă, se poate pune diagnosticul de edentație în baza următoarelor criterii: absența dinților permanenți la termenul normal al erupției, dinții temporari sunt prezenți peste perioada de înlocuire a dintelui, malpoziți în timpul erupției dentare permanente: malformații ale dinților permanenți existenți, cum ar fi modificări de volum și formă sub aspect dinți conici și mici în volum.

#### *1.4.1 Anodonția de incisiv lateral superior*

Se poate clasifica în simetrică cu sau fără prezența unui predecesor temporar, sau un spațiu care poate fi închis parțial sau complet prin modul în care dinții se poziționează pe arcadă, sau cu un spațiu suficient, asimetrică-incisivi laterali de dimensiune mică sau normali cu sau fără spațiu rezervat pentru dintele permanent. Incisivii laterali temporari rămân pe arcada dentară până în jurul vârstei de 16-20 ani, când dezvoltarea și procesul de creștere a fost realizat însă sunt prezenți pe arcada dentară datorită procesului întârziat de rezorbție radiculară din cauza

lipsei dinților permanenți [17]. Dereglările estetice sunt cele care accelerează prezentarea pacientului la specialist. Tulburările succesive - uneori de o gravitate înaltă, se întinesc destul de des , o dezvoltare redusă a arcadei dentare superioare cu rapoarte de ocluzie inversă frontal, modificări la nivelul faciesului caracteristice: inversarea treptei labiale și deplasarea mentonului anterior.

#### *1.4.2 Anodonția de incisiv lateral inferior*

Poate fi simetrică și asimetrică ambele forme cu sau fără prezența dintelui temporar și la fel cu sau fără reducere de spațiu. În anodonția ambilor incisivi centrali inferior duce o breșă mare, care duce la dereglări funcționale complexe, fizionomice – induce atât de breșa în sine, cât și de stagnarea limbii în repaus cu modificarea conturului labial, fonetice - pronunția deficitară, cu proiectare de picături de salivă în timpul vorbirii, ocluzale - care rezultă din edentația în sine, cât și din migrațiile secundare, afectare parodontală - care poate apare devreme dar deseori este rezultatul la trauma ocluzală

#### *1.4.3 Anodonția de premolarul 2*

În anodonțiile de premolar , molarul 2 temporar poate persista funcțiune, până la vârste înaintate (45-50 ani). Longevitatea mai mare a acestora este explicată de Harnish (1950) prin faptul că rămânând la nivelul planului de ocluzie suportă influența favorabilă a stimulului masticator[29].După Brabant “longevitatea” acestora s-ar datora anchilozei osteoradiculare care se formează. Manifestările clinico-funcționale determinate de aceste anodonții nu sunt prea evidente. În absența premolarului 2 este posibil, ca prin denivelarea planului de ocluzie (ca urmare a deplasărilor verticale și orizontale a antagoniștilor și vecinilor) relația de ocluzie să devină traumatogenă, să apară obstacole în dinamica mandibulară cu consecințe nefavorabile asupra parodonțiului și articulației temporo-mandibulare [17].

#### *1.4.4 Anodonția întinsă*

Este prezenă la ambele arcade, cu o localizare simetrică cu un tablou clinic foarte asemănător , diferențele sunt date de prezența dinților, în număr mai mare sau mai mic.Cu cât numărul dinților lipsă este mai mare sunt mai multe date comune cu anodonția subtotală și totală. Manifestările clinico-funcționale cu cât lipsesc mai mulți dinți , cu atât dezvoltarea facială este mai afectată, dinții fiind centre osteogenetice secundare, absența lor influențează creșterea și dezvoltarea maxilarelor, dar și, dacă mai există posibilitatea mineralizării lor până la 14-15 ani, determinând o arcadă scurtată, obligă la o deosebită supraveghere a integrității molarilor de 6 ani și, de asemenea, la blocarea egresiunii sau extruziei molarilor de 12 ani de pe maxilarul antagonist până la o vârstă la care va fi posibilă rezolvarea terapeutică prin implant sau protetic [15].

#### 1.4.5 Anodonțiile subtotale și totale

Creează probleme ca al edentațiilor de amploare la care se adaugă particularități agravante determinate de existența unui organism în perioada de creștere, existența unui câmp protetic foarte defavorabil privind menținerea protezelor și transmiterea forțelor. Conform Fratu.A.V și a altor autori, tabloul clinic este complex cu semiologie uneori caracteristică, atât extraoral cât și intraoral. Modificările faciale sunt caracteristice determinând aspectul facial „de bătrân” prin: etajul inferior micșorat, datorita unui suport dentar redus, profil concave, șanțul labio-mentonier accentuat, buza inferioara este răsfrântă. La palparea atentă a conturilor osoase se constata o hipodezvoltare osoasa. Crestele sunt foarte reduse vestibulo-oral, chiar ascutite, în special la arcada inferioară, unde sunt limitate la o zona fibroasa îngusta în anodonțiile subtotale, dinții existenți sunt de regula simetrici, uneori reduși de volum și atipici ca forma. Tulburările functionale, foarte severe, sunt în special cele masticatorii și fizionomice, dar nu sunt de neglijat nici cele fonatoril sau psiho-sociale. Dezvoltarea generala este intarziata și perturbata datorita atât afecțiunilor de sistem cât și deficiențelor funcționale. Toate formele clinice de anodontie, dar, mai frecvent, tabloul clinic al acestor forme clinice este foarte asemanator, diferențele sunt date de prezența dinților, în număr mai mare sau mai mic [17, 20].

Cel mai des, anodonția subtotala și totala sunt semne care se întâlnesc în cadrul unor boli cu interesare organica complexă, ecto-mezodermala:

- sindromul Langdon -Down (trisomia 21)
- sindromn Franceschini - Wolf
- displazia ectodermală ereditară
- sindromul Turner
- displazia dento-facială (displazie ecto-mezodermal) [17].

#### 1.5 Diagnosticul anodonției

Conform Fratu, imaginea radiologică reprezintă un adevărat examen pe viu al scheletului și trebuie interpretată complex, morfologic și fiziologic. Diagnosticul pozitiv și cel diferențial se bazează pe o semiologie radiologică precisă, pe interpretarea corectă a modificărilor fiziopatologice, utilizându-se o terminologie adecvată și o tehnică de lucru bine pusă la punct. De asemenea necesită și o bună cunoaștere a posibilităților de diagnostic. Folosindu-se un singur clișeu radiografie de format mare, ortopantomografia oferă posibilitatea înregistrării unei imagini etalate, precise și fără suprapunere a ansamblului scheletului facial. Aparatele ce permit obținerea ortopantomografiei sunt bazate pe principiul laminografiei, care constă în deplasarea

circulară continuă, în plan orizontal în jurul capului subiectului, a unui tub radiologie extra-oral ce emite radiații. Anodonția poate fi diagnosticată atunci când un copil nu începe să își dezvolte dinții la vârsta de 12-13 luni sau atunci când copilul nu are dinți permanenți până la vârsta de 10 ani. Medicul poate folosi o radiografie specială, cum ar fi o imagine panoramică, pentru a verifica dacă dinții se dezvoltă. Există, de asemenea, un risc mai mare de a dezvolta anodonție la un copil dacă părinții acestuia suferă și ei de această afecțiune [42]. Diagnosticul de anodonție, în urma examenului clinic și în funcție de vârstă, se bazează pe absența dinților permanenți la o vârstă la care ar fi trebuit să erupă, persistența dinților temporari mult peste termenul de permutare dentară, tulburări în procesul de erupție al dinților permanenți existenți, distorții ale dinților permanenți existenți (modificări de volum și formă sub aspectul dinților concini, nanici). Examenul radiologic are o importanță majoră în evaluarea corectă a anodonției, acesta include ortopantomografia (OPG) și CBCT-ul. OPG- include pe același film imaginea detaliată a întregii dentiții și o structură de ansamblu a ambelor arcade și oferă: evaluarea numerică a dinților, aprecierea dimensiunii anatomiei dinților și poziția intraosoasă. În cazul anodonțiilor, ortopantomograma permite să analizăm imaginile radiologice la diferite perioade de timp: analiza deplasărilor dentare ce au fost făcute prin tratamentul ortodontic, evoluția de dezvoltare și creștere a oaselor maxilare dar și stabilirea reactivității biologice organismului și urmărirea perioadei de evoluție în timpul tratamentului [20]. Analizând metodele imagistice putem afirma cu certitudine că tomografia computerizată (CT) este indicată în anodonție, în studiul prezenței sau absenței mugurilor dentari, a modificărilor structurale și morfologiei ale arcadei dentare. Avantajul este imaginea de înaltă rezoluție ce ne permite vizualizarea stării rădăcinii dintelui temporar, localizarea lipsei mugurelui, măsurarea spațiului pentru eventualul tratament în scopul implantării dentare [42].

## **1.6 Tratamentul anodonției**

Tratamentul anodonției, în special a celor extinse, necesită aplicarea unor strategii pe termen lung, care necesită adesea asociații interdisciplinare precum ortodonția, protetica, chirurgia, implantologia și stomatologia conservatoare. Această strategie trebuie aplicată cât mai curând posibil, astfel încât să poată fi utilizate toate resursele disponibile la acel moment. Complexitatea bolii cauzate de anodonție, necesită cele mai adecvate soluții de tratament de urgență biologică și fiziologică pentru afecțiunile specifice vârstei. Această anomalie poate cauza probleme în tratament (mai ales atunci când sunt implicați mai mulți dinți) deoarece este un corp în creștere și aparatul maxilar este în mod divers afectat. Foarte receptiv la acestea. Detectarea precoce este esențială pentru apariția complicațiilor. Decizia terapeutică

este și în funcție de momentul depistării anomaliei, contextul general buco-dentar, starea dinților temporari, localizarea anomaliei, potențialul biologic al pacientului, vârsta pacientului.

Dinții provizorii pot fi păstrați atunci când nu există resorbție radiculară și dintele nu prezintă leziuni carioase extinse. În cazul deformărilor edentate ale premolarilor 2 (în special a mandibulei), molarii 2 temporari beneficiază de această atitudine de tratament. Pentru ca s-a constatat ca acest dinte poate rămâne în arcada fără succesori sau până la vârsta înaintată (40-50 ani), și pentru că soluția de restaurare pentru dinți laterali unici edentați se face fără dificultate. Incisivii temporari nu beneficiază de tratament conservator deoarece deși persistă peste perioada de eradicare (18-20 ani), durata lor este totuși scurtă, chiar și la pulpectomie. Tratamentul edentației anterioare cu prezența dinților temporari trebuie să vizeze evitarea extracției precoce a dinților temporari pentru a nu închide golul prin mișcare. De cele mai multe ori starea dinților impune extracția dinților temporari. În această situație, problema care se pune este atitudinea față de breșa ce apare în urma extracției dintelui temporar.

Astfel, există două variante posibile:

- Reducerea spațiilor prin dirijarea ortodontică a dinților permanenți
- Menținerea spațiilor și rezolvarea acestora ulterior prin mijloace protetice sau chirurgicale.

După Fratu tratamentul anodonției trebuie individualizat în funcție de:

- întinderea anodonției;
- repartizarea topografică a dinților existenți;
- aspectul lor morfologic și dimensional;
- vârsta pacientului.

În cazul anodonției limitate (incisivi laterali superiori, premolari 2 inferiori și superiori, incisivi centrali inferiori), dacă există și o incongruență dento-alveolară, se recomandă închiderea ortodontică a breșei prin migrarea dinților vecini, cu realizarea punctelor de contact, în anodonțiile reduse ale incisivilor laterali superiori și ale incisivilor centrali inferiori există două posibilități de tratament:

❖ tratamentul ortodontic, pentru închiderea spațiului prin mezializarea dinților laterali;

❖ tratamentul chirurgical-protetic, eventual asociat cu tratament ortodontic, de aliniere și mezializare.

Având în vedere că unii premolari se dezvoltă mai încet, diagnosticul de anodonție a premolarilor 2 inferiori nu se emite înaintea vârstei de 9 ani. Extracția molarilor 2 temporari poate să facă parte din tratamentul pentru corectarea înghesuirilor dentare de la arcada inferioară, iar închiderea spațiilor necesită folosirea aparatelor ortodontice fixe. Când premolarii 2 lipsesc, iar arcada este de mărime normală, molarii 2 temporari care nu au rădăcinile resorbite și prezintă



integritate coronară pot fi păstrați până la vârsta de 30 de ani, când va exista spațiu suficient pentru aplicarea unui aparat gnato-protetic conjunct, în anodentiile întinse și subtotale tratamentul este protetic. Până la vârsta de 18 ani se vor folosi aparate protetice provizorii în scopul:

- ❖ stimulării creșterii maxilarelor;
- ❖ refacerii morfologiei arcadei dentare, pentru creșterea eficienței masticatorii;
- ❖ stabilirii unor rapoarte intermaxilare cât mai normale;
- ❖ dirijării erupției dinților permanenți și realizării unor poziții corecte ale acestora (dinții trebuie dirijați în direcția dorită încă din perioada de erupție);
- ❖ obținerii unei dimensiuni verticale și a unui profil al etajului inferior, care să amelioreze aspectul fizionomie [20].

Se recomandă aplicarea de proteze acrilice prevăzute cu dinți în zonele edentate, care vor fi înlocuite la interval de 1, 3, 4 ani pentru a nu frâna procesul de creștere. Aparatele mobile pot fi alcătuite din mai multe fragmente, unite între ele prin arcuri sau șuruburi ortodontice și sunt prevăzute cu arcuri secundare pentru corectarea unor malpoziții dentare. Pot fi folosite și gutierele - punți, de acrilat aplicate pe sectoare de arcade, pe dinții prezenți fără șlefuirea acestora, pentru a nu frâna creșterea osoasă și pentru a îmbunătăți eficiența masticatorie și aspectul fizionomie. După vârsta de 18 ani, când creșterea osoasă este încheiată, va urma următoarea etapă de tratament, protetică, chirurgical- implantologică [1]. Implanturile au câștigat o popularitate extraordinară ca modalitate de tratament pentru înlocuirea dinților lipsă la adulți. Există cercetări extinse privind utilizarea implanturilor la adulți, dar există o lipsă de date disponibile cu privire la acest aspect la adolescenți. Planificarea și executarea tratamentului de plasare a implanturilor la adolescenți se află încă în fază incipientă. Tratamentul cu implanturi dentare la adolescenții aflați la maturitate cu anodonție este susținut cu condiția ca alte opțiuni de tratament să fie luate în considerare, să fie respectate zonele de creștere scheletală și pacienții să fie bine informați. Pentru a îmbunătăți calitatea vieții copiilor în creștere cu anodonție, clinicienii trebuie să evalueze rezultatele pe termen lung ale tratamentului cu implant dentar [16].

## 2. MATERIALE ȘI METODE DE CERCETARE

### 2.1. Tipul studiului realizat:

Cercetarile clinice au la bază studiul descriptive retrospectiv - utilizând arhivele clinice și prospectiv în perioada anilor 2019-2023, în cadrul clinicii stomatologice SRL „Omni Dent”.

### 2.2. Date generale

Metodele de studiu ale clinicii dentare SRL „Omni Dent” sunt documentare, adică analizează fișele medicale ale pacienților. Folosind această metodă pentru a identifica afecțiunea unui pacient, apoi selectând cel mai potrivit tratament chirurgical. Un aspect cheie al acestui studiu este faptul că folosește cifre absolute: frecvența AN în populația de pacienți și utilizarea de către acestea a procedurilor chirurgicale. O perioadă din 2019 până în 2023 a fost examinată la arhiva clinicii SRL „Omni Dent”. Această arhivă conținea înregistrări ale fiecărui pacient, inclusiv oricare a necesitat o intervenție chirurgicală în ambulatoriu. Toți pacienții au fost examinați clinic și paraclinic împreună cu diagramele ortopantomografiilor lor în ambulatoriu. Semnificativă în examinarea pacienților care suferă de anodonție este utilizarea tomografiei computerizate și a ortopantomografiei. Aceste metode implică utilizarea unui singur film pentru a examina întreaga dentiție a pacientului, precum și crearea unui model tridimensional al arcadei acestora. De asemenea, oferă evaluări numerice ale dinților, dezvoltării și creșterii osului maxilar și reactivitatea orală. În plus, aceste metode ne permit să analizăm progresul pacientului prin tratamentul ortodontic; acest lucru se realizează prin urmărirea modificărilor, dezvoltării și creșterii osului maxilar al pacientului în timp. Metodele imagistice ne permit, de asemenea, să determinăm dacă mugurii dentari sunt prezenți sau absenți, precum și identificarea modificărilor structurale ale arcadei dentare. Prin combinarea tuturor acestor puncte de date, putem determina cu precizie planul de tratament a unui pacient.

Toți pacienții care au fost introduși în studiul statistic au fost examinați în cadrul clinicii stomatologice „Omni Dent”, unde li s-a acordat asistență medicală și s-a realizat un plan de tratament elocvent diagnosticului, din partea colaborării medic chirurg-ortodont. Pacienții incluși în studiu au fost evaluați după metodologia examinării bolnavului cu anodonție, anamneza, examenul clinic și paraclinic. S-a realizat acumularea datelor *anamnezei* pacienților, iar după **examenul clinic subiectiv**, care cuprinde: cauza adresării pacientului, istoricul actualei boli, antecedentele eredo – colaterale și personale. **Examenul obiectiv** aprobă evaluarea situației generale a pacientului (dezvoltarea generală, sistemului nervos).

**Examenul obiectiv presupune în sine examenul exo și endo-oral. La examenul paraclinic s-au folosit, metodele radiologice: OPG, CBCT.**

OPG-ul fiind o metodă radiologică panoramică a cavității bucale, oferă medicului stomatolog o imagine de ansamblu a situației clinice a pacientului. Din punct de vedere ortodontic, ajută la evidențierea anomaliilor de dezvoltare dento-maxilară, asimetrii, prezența sau lipsa dinților supranumerari, incluși sau dacă sunt anodonții dentare. Se atrage o deosebită atenție paralelismului radicular. Datorită faptului că OPG este o imagine bidimensională a unei situații tridimensionale, avem nevoie de investigații ce vor oferi date mai precise. În acest sens se utilizează tehnologia CT, care oferă imagini 3D.

CBCT-ul are o valoare esențială prin furnizarea imaginilor 3D (imagini în 3 planuri: coronar, sagital și axial), ce ajută la diagnosticul cu precizie al discrepanțelor oaselor maxilare în plan transversal, diagnosticul incluziei dentare, al dinților supranumerari sau a hipodonției, evidențierea patologiei articulare. La fel, dă informații importante în cazurile cu malformații congenitale, în anomaliile scheletale care au indicație către chirurgie ortognatică, evaluarea volumului căilor aeriene. În acest mod medicul evaluează starea pacientului, cauza și manifestările clinice acestea fiind utile în stabilirea diagnosticului și planului de tratament cât mai rational [32].

### **2.3. Caracteristicile participanților la studiu.**

Eșantionul de studiu constă din 14 pacienți (8 femei și 6 bărbați) cu vârsta cuprinsă între 19 – 38 de ani. Pacienții au fost examinați clinic și repartizați în funcție de mai multe criterii:

- Gen
- Vârsta
- Localizarea anodonției
- Tipul de anodonție
- Dinții afectați
- Prezența sau absența dintelui temporar
- Tactica de tratament

Aceste date au fost selectate din fișele pacienților și au fost prelucrate statistic prin intermediul programului Microsoft Excel, obținându-se astfel o bază de date. Parametrii i-am prelucrat pentru a obține date obiective necesare studiului, care vor fi expuse ulterior.

### **2.4. Metode de tratament chirurgical instituit pacienților din studiu.**

Pacienții cu această afecțiune au de multe ori nevoie de o strategie pluridisciplinară de planificare a tratamentului și de tratament dentar pentru a-și recupera funcția, estetica și confortul

corespunzător. Planul de tratament final poate include lucrări protetice detașabile, fixe sau susținute de implanturi sau o combinație a acestor opțiuni. În funcție de osul alveolar disponibil rămas și de structura dinților lipsă, opțiunea de tratament ideală pentru un pacient adult include adesea utilizarea de implanturi. Chirurgul plasează implanturile dentare în timpul unei proceduri de chirurgie orală. Odată ce implanturile se vindecă, medicul poate atașa la ele punți sau proteze dentare. Pentru a utiliza implanturile dentare, e necesar oasele faciale complet dezvoltate. Din acest motiv, majoritatea copiilor cu anodonție poartă proteze dentare până când sunt suficient de mari pentru implanturi dentare. A fost efectuat tratament ortodontic în urma căruia s-a obținut spațiu pentru ulteriorul implant, a avut loc manopera chirurgicală de înserare a implantului dentar efectuându-se incizie, cu decolarea lamboului. După o perioadă de osteointegrare a urmat tratamentul protetic postimplantar cu restabilirea morfologică și funcțională a arcadei dentare. Pentru metoda chirurgicală utilizată respectarea principiului de asepsie și antisepsie a fost primordial.

## **2.5. Concluzie**

Încadrarea bolnavilor în cadrul studiului a fost realizată pe criterii de diagnostic, situație clinică, modalități de reabilitare care au fost aplicate și existența sau lipsa mugurilor dentari. Noile tehnologii folosite în studiul actual sunt modalități contemporane de reabilitare care au tendința principală de a restabili funcția estetică și funcțională. Examinările și modalitățile de examinare și apreciere au furnizat informații sigure care au făcut posibilă o evaluare minuțioasă a datelor obținute. Analizarea acestor rezultate a fost efectuată în mod dinamic la intervalul 3-6-12 luni post-operator prin examinarea clinică, respectiv paraclinic prin intermediul OPG.

### 3. REZULTATE OBȚINUTE ȘI DISCUȚII

#### 3.1 Rezultate obținute

În studiul dat s-au inclus în total 14 pacienți (8 femei și 6 bărbați) cu vârsta cuprinsă între 19 și 38 de ani, cu diagnosticul de anodonție primară uni- sau bilaterală ,conform clasificării de Viorica Milicescu, Ana-Maria Tătăreanu.Aceștea s-au adresat la clinica stomatologică „Omni Dent” în perioada 2019-2023, au fost reabilitați prin metode chirurgicale de tratament. Anterior efectuării operației, a fost întocmit istoricul pacientului și s-a realizat o consultație clinică și paraclinică completă, a fost stabilit tipul de anodonție ,oferta osoasă în funcție de sediul dintelui lipsă și măsurarea crestei alveolare. La pacienți s-au făcut în mod obligator OPG și CBCT pentru evaluarea reperelor anatomice și pentru stabilirea unui diagnostic de prezumție.

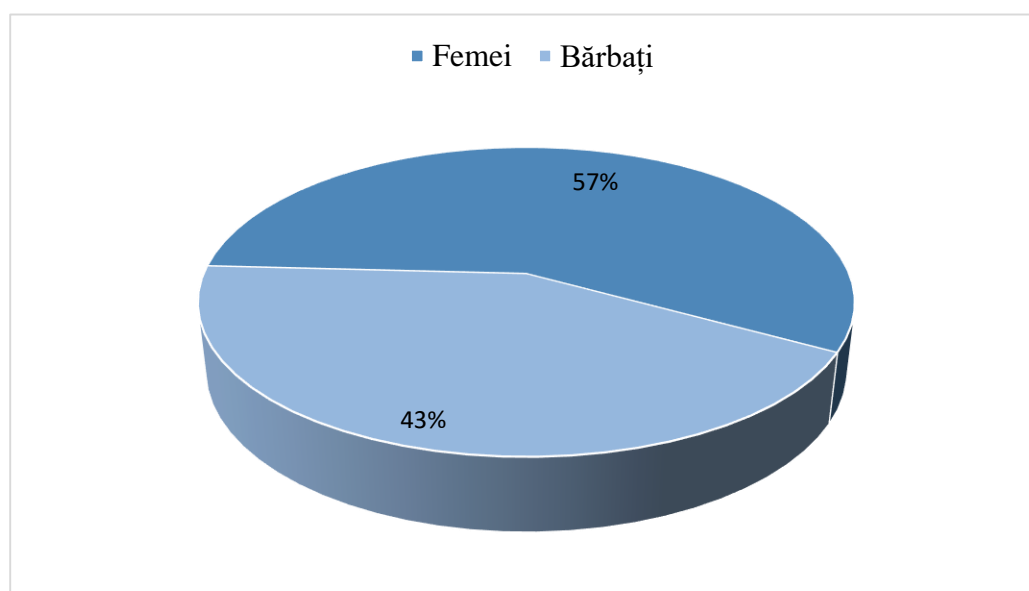


Figura 1 . Repartizarea pe sexe a pacienților

Analizînd raportul femei – bărbați conform datelor din figura 1, din cadrul lotului total de pacienți observăm o diferență de 14% a sexului feminin față de cel masculin ce rezultă din faptul că sexul feminin este mai susceptibil la un complex de inferioritate care să-i afecteze viața cotidiană în condițiile unei imperfecțiuni ale scheletului facial decât sexul masculin.

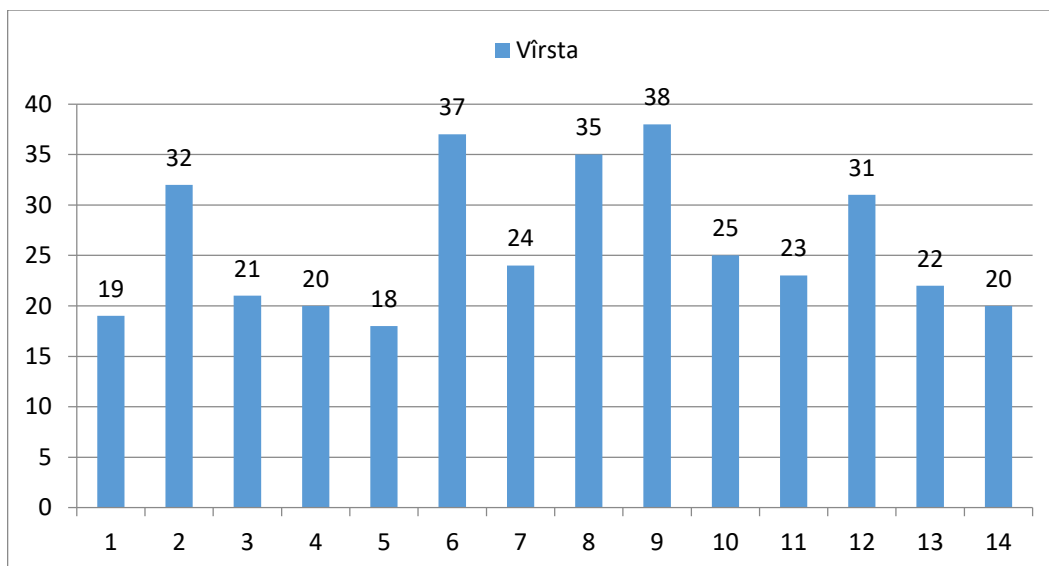


Figura 2. Repartizarea pe vîrstă a pacienților incluși în studiu

În urma analizei informațiilor și distribuția după criteriul vârstei (figura 2), s-a determinat frecvența cea mai înaltă a pacienților care s-au adresat avînd vîrsta cuprinsă între 18 și 25 de ani (71,4%), apoi cei cu vîrsta cuprinsă între 31-38 de ani în număr de 5 pacienți (28,6%). Vârsta minimă a pacienților din grupul de studiu este de 18 ani iar cea maximă de 38 ani. Vârsta minimă corespunde cu indicațiile către chirurgie ortognatică descrise în literatura de specialitate despre definitivarea creșterii scheletului facial înainte de operație. În medie, acest proces fiziologic se finalizează aproximativ la vîrsta de 14-15 ani la fete și la 18 ani la băieți. Creșterea osului maxilar superior are loc exclusiv prin osificare intramembranoasă iar mandibula este trasată anterior și inferior, în timp ce sporește în dimensiune în sens posterior și superior. Documentarea histologică și descrierea detaliată a proceselor se datorează studiilor extensive ale lui Enlow [19].

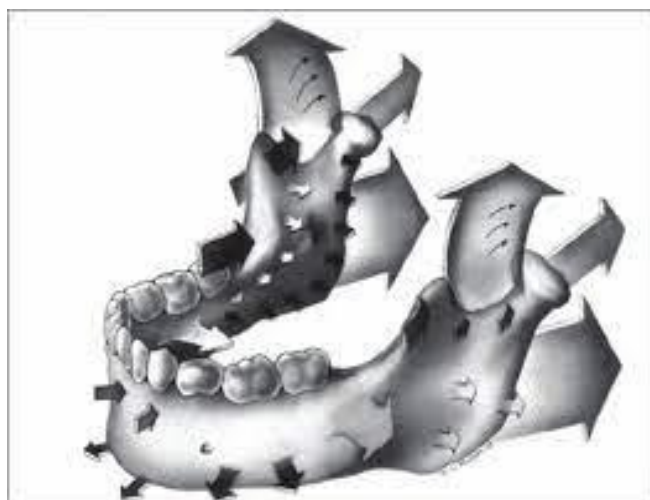


Figura 3. Direcțiile de creștere a mandibulei, după Enlow [1].

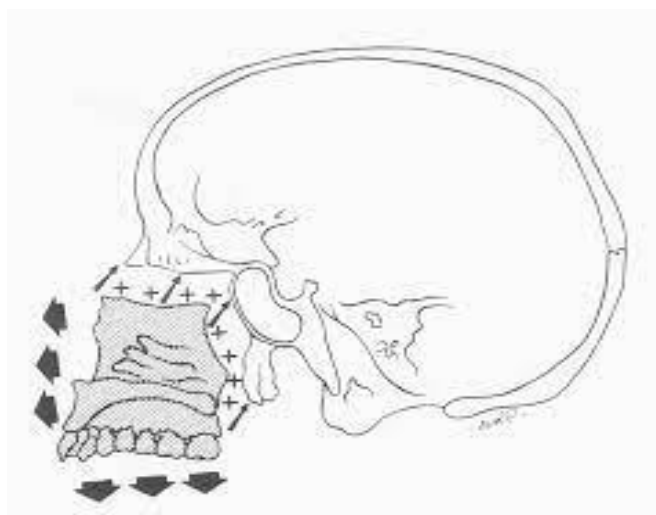


Figura 4. Creșterea maxilarului, după Enlow (deplasare primară) [1].

Creșterea și dezvoltarea scheletului facial se datorează factorilor de bază, precum: potențialul biologic de creștere și formare, codat în aparatul genetic uman; factorii funcționali de iritare și stimulare a creșterii, cu acțiune imediat după naștere prin alimentația la sân, continuată ulterior cu dezvoltarea aparatului masticator; erupția dentară, cu dezvoltarea reflexelor periodonto-musculare și miotactice, valoroase pentru încărcătura funcțională a aparatului dento-maxilar [30, 1].

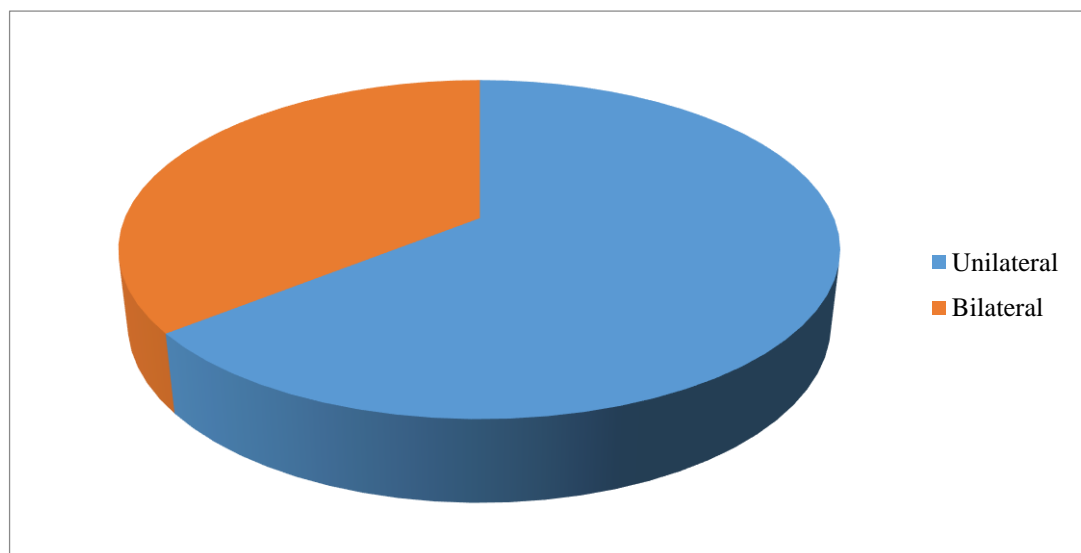


Figura 5. Tipul anodonției în dependență de hemiarcada interesată.

Potrivit figurei 5, în urma analizelor datelor, concludem că din numărul total de pacienți cel mai frecvent întâlnită a fost anodonția unilaterală, urmată de cea bilaterală.

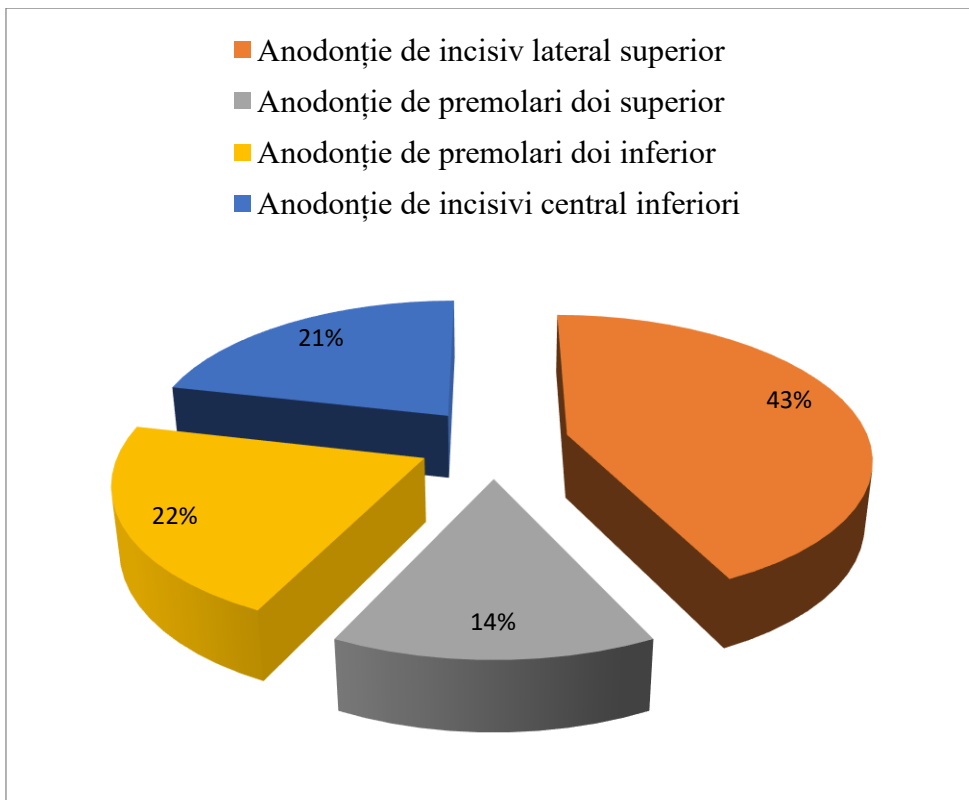


Figura 6. Localizarea anodonției în dependență de dintele lipsă.

Figura 6 pune în evidență faptul că cel mai mult este întâlnită anodonția de incisiv lateral superior în valoare de 43% urmată de anodonția de premolarul doi inferior cu 22% , ceea ce releva și datele din literatura de specialitate [22]. Despre acest lucru a menționat Ali Borzabadi-Farahani care a raportat că anodonțiile de incisiv lateral sunt mai frecvent întâlnite comparativ cu ceilalți dinți de pe arcada dentară. Procentul mai ridicat a acestei localizări obținut în studiul nostru – 43% cât și cel prezentat de Ali Borzabadi-Farahani ar putea fi motivat de faptul că pacienții se adresează din considerentul că ține de implicarea unei dereglări estetice, dar și din cauza diferitor metode de rezolvare a acestei morbidități ce actualmente există.

Programele și soft-uri moderne de planificare, OPG ,CBCT oferă la momentul dat predictibilitate operației , investigația 3D oferă posibilitatea reconstrucției volumetrice a zonei care ne interesează, ne oferă posibilitatea de a vizualiza imaginile obținute în toate cele 3 planuri (axial, coronar, sagital), de a roti, scana, măsura distanțe și unghiuri, de a colora traiectul nervos sau de a simula poziționarea unor implante. Toate acestea în consecință au stabilitatea unui diagnostic exact, clar și corect, precum și la alegerea unui plan adecvat fiecărui caz clinic [32].



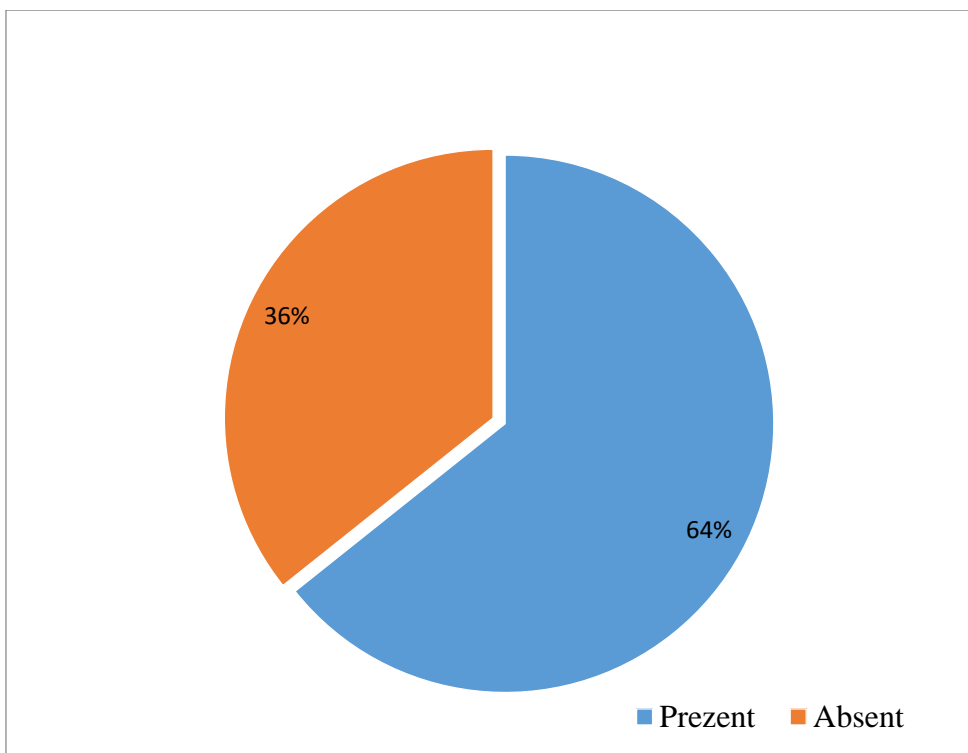


Figura 7. Prezența dintelui temporar

Există o corelație evidentă între prezența dintelui temporar și tactica de tratament. Astfel, în figura 7 observăm că cele mai multe ori este prezent dintele temporar cu o prevalență de 64% la maxilă și mandibulă. Dinții provizorii pot fi păstrați atunci când nu există resorbție radiculară și dintele nu prezintă leziuni carioase extinse. În cazul deformărilor edentate ale premolarilor II (în special a mandibulei), molarii II temporari beneficiază de această atitudine de tratament, pentru că s-a constatat că acest dinte poate rămâne în arcada fără succesori pînă la vîrstă înaintată (40-50 ani), și pentru că soluția de restaurare pentru dinți laterali unici edentați se face fără dificultate. Incisivii temporari nu beneficiază de tratament conservator deoarece deși persistă peste perioada de eradicare (18-20 ani), durata lor este totuși scurtă, chiar și la pulpectomie. Tratamentul edentației anterioare cu prezența dinților temporari trebuie să vizeze păstrarea dinților temporari pentru a nu se închide golul prin mișcare. De cele mai multe ori starea dinților impune extracția dinților temporari. În această situație, problema care se pune este atitudinea față de breșa ce apare în urma extracției dintelui temporar [20].

După datele OMS, la rînd cu celelalte afecțiuni ale aparatului dento-maxilar, edentația parțială are o frecvență de circa 75% în rîndul populației adulte. Gradul de pronunțare a tabloului clinic este în strictă dependență de timpul ce s-a scurs de la pierderea dinților, numărul acestora, mărimea breșelor, importanța acestora în realizarea funcțiilor sistemului stomatognat. Edentația parțială este o stare de boală și trebuie abordată în contextul biopsiho- social în care se plasează

fiecare caz în parte. Respectiv conform conceptelor medicale apare obligația de a plasa echilibrarea și dezechilibrarea sistemului stomatognat în contextul principiului homeostazic al întregului organism, direct dependent de determinațiile bio-psiho-sociale [33].

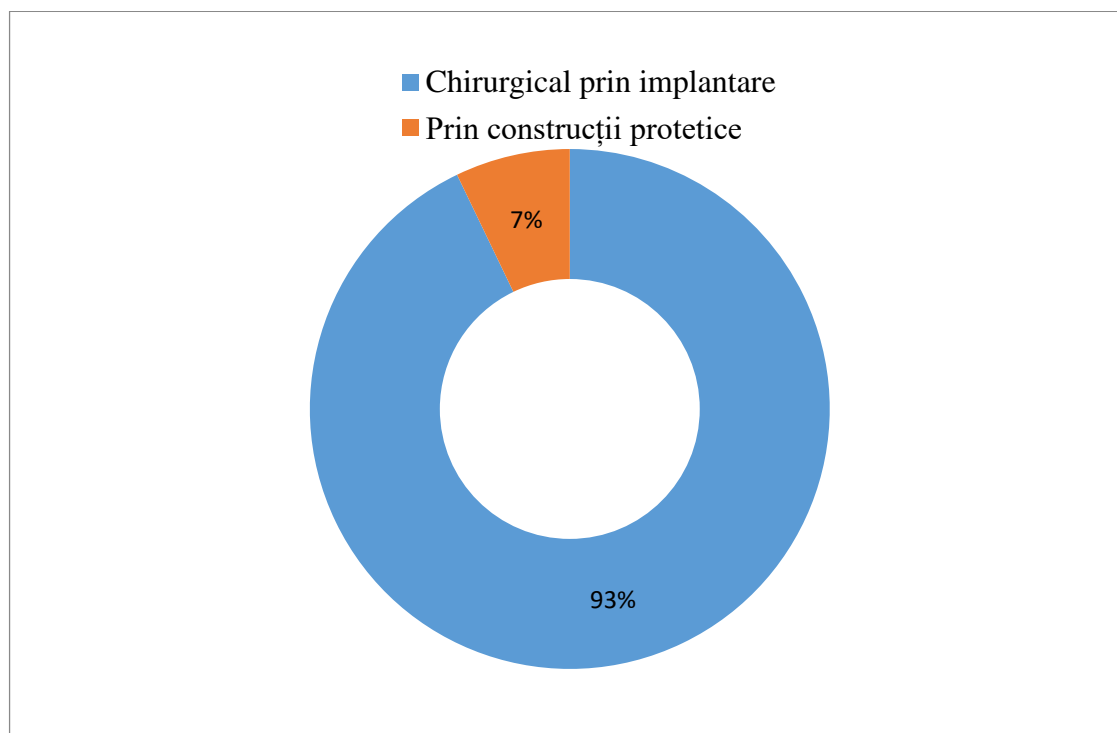


Figura 8. Tactica de tratament

Analizând tehnica cea mai utilizată de tratament (figura 8), am dedus că la 93% pacienți cu AN, a fost efectuată metoda chirurgicală prin implantare ținând cont de : dimensiunea osului alveolar și cantitatea de țesut osos, raportul dintre înălțime și mărimea implantului dentar și raportul cu regiunile adiacente.

O abordare individuală este importantă în planificarea implanturilor dentare. Această abordare a tratamentului chirurgical și ortopedic complet al adiacentului implică utilizarea diferitelor tipuri de implanturi pe baza unei analize preliminare a caracteristicilor anatomotografice ale sistemului maxilar al pacientului. Obiectivele planificării tratamentului au fost, lățime osoasă de cel puțin 6 mm în regiunea obrazilor-linguală, distanța dintre rădăcinile dinților vecini trebuie să fie de cel puțin 8 mm, o grosime osoasă deasupra canalului mandibular și sub sinusul maxilar de 10 mm (sau este necesară o pregătire chirurgicală specială) ,pentru suprastructurile susținute de implanturi, distanța dintre arcadele dentare este de 5 mm. Grosimea minimă a plăcii corticale și densitatea scăzută a osului spongios din patul osos compromit succesul osteointegrării implantului. Respectarea principiilor și sarcinilor planificării implantologice poate fi realizată numai după analiza caracteristicilor anatomo-topografice și funcționale ale sistemului maxilar, pe baza rezultatelor pe baza rezultatelor examenului clinic și radiologic [36].

Alegerea designului implantului depinde de condițiile din cavitatea bucală și este determinată de viitoarea sa funcție de suport pentru proteze. Proteticianul și chirurgul aleg implantul sau implanturile, diametrul și lungimea acestora și întocnesc un plan de tratament chirurgical și protetic. În faza preoperatorie, este extrem de important să se determine corect dimensiunea procesului alveolar al maxilarului superior sau a porțiunii alveolare a maxilarului inferior, să se determine gradul de atrofie osoasă și să se evalueze arhitectura și densitatea osoasă, pentru a înțelege sarcinile de bază ale planificării implantului dentar și prognosticul tratamentului. Explicarea contraindicațiilor implantării la pacienți trebuie să se facă foarte atent, cu respectarea strictă a principiilor deontologice. Este imperios necesar să se sublinieze că, pe măsură ce implantologia se dezvoltă, contraindicațiile se vor restrânge și trebuie luate în considerare construcțiile detașabile ca o etapă a unei proceduri terapeutice și profilactice importante. Grosimea minimă a plăcii corticale și densitatea scăzută a osului spongios din patul osos compromit succesul osteointegrării implantului. În implantologie, osul este de obicei clasificat în funcție de doi parametri: densitatea și capacitatea de osteointegrare.

- Lekholm și Zarb (1985) fac distincția între patru tipuri de densitate osoasă:
- D-1. Os dens și omogen - os cortical [34]. Raportul dintre stratul compact și cel spongios este de 2:1.
  - D-2. Placa corticală este destul de subțire, iar osul spongios este destul de dens - os cortical spongios dens. Raportul dintre stratul compact și stratul spongios este de 1:1.
  - D-3. Placa corticală este foarte subțire și osul spongios este poros - os spongios cortical liber. Raportul dintre stratul compact și cel spongios este mai mic de 0,5:1.
  - D-4. Placa corticală nu este definită. Osul spongios este foarte poros - strat cortical subțire cu o substanță spongioasă foarte poroasă. Raportul dintre stratul compact și stratul spongios este de 0,5:1,5.

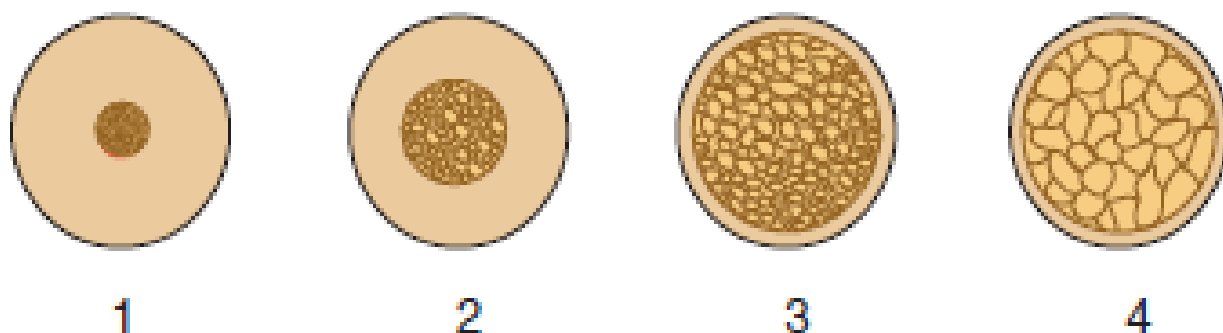


Figura 9. Clasificarea densității osoase după Lekholm și Zarb (1985) [34].

Există trei tipuri de calitate a osului din punct de vedere al capacității de osteointegrare:

- 1 - os cu potențial normal de vindecare;
- 2 - os cu un potențial de vindecare intermediar ;
- 3 - os cu potențial de vindecare scăzut [36, 39].

Din câte știm atrofia osului maxiliar este centripetă, adică concentrică, mai mult avînd de suferit porțiunea vestibulară a crestei alveolare. Pe cînd la mandibulă atrofia este centrifugă, porțiunea corticalei linguale suferind mai mult în procesul de regresie.

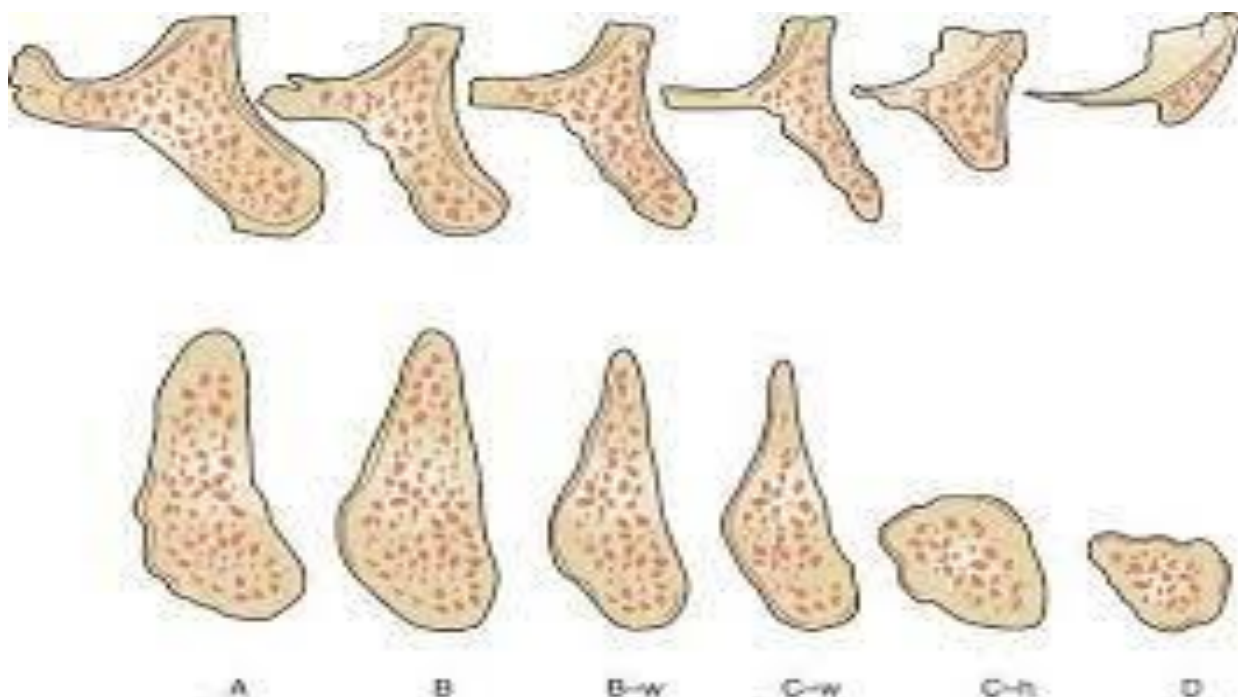


Figura 10. Clasificarea formelor de atrofie a creștelor alveolare edentate după Misch și Judy (1985) [34].

Diviziunea A - os suficient cu lățimea  $> 6$  mm, înălțimea  $> 12$  mm, spațiu disponibil pentru coroană  $\leq 15$  mm.

Diviziunea B – os disponibil la limită, care se împarte în 2 subclase: B+ (lățimea 4-6 mm) și B-w (lățimea 2,5 - 4 mm), înălțimea  $> 12$  mm, spațiu disponibil pentru coroană  $< 15$  mm.

Diviziunea C - os insuficient pe verticală (C-h înălțimea  $< 12$  mm) sau orizontală (C-w 0 - 2.5 mm), angularea ocluzală  $> 30^\circ$ , spațiul coronar  $> 15$  mm.

Diviziunea D - atrofia completă a crestei alveolare însoțită de atrofia marginii bazilare, maxilar plat, mandibulă subțire tip lamă, spațiul disponibil pentru coroană  $> 20$  mm [25].

## 3.2. Prezentare cazuri clinice

### CAZ CLINIC NR.1

**Date generale:**

**Nume/Prenume:** H/M

**Vîrsta:** 32

**Data adresării:** 05.04.2021

**Acuzele pacientei:** Pacienta H/M acuză dereglări estetice și funcționale ce creează un complex de imperfecțiune și dereglări funcționale ce îi alterează modul de viață: de masticăție, fonație.

**Boli asociate și concomitente:** Tuberculoză, hepatită virală, HIV/SIDA - neagă.

**Evoluția actualei maladii:** Pacienta s-a adresat în data de 05.04.2021 cu absența dintelui 12, în cadranul I. Dintele este absent după schimbul fiziologic a dinților temporari, dar este pentru prima dată cînd se adresează la medicul stomatolog cu această problemă.

**Examenul clinic obiectiv:**

**Examenul exobucal:** Tegumentele roz-pale, fără modificări patologice. Din normă frontală: etajele feței porționale, simetria facială păstrată, șantul labio-mentonier-șters. Din profil: profil concav.

**Examenul endobucal:** **Examenul endobucal:** La inspecție, deschiderea maximă a cavității bucale este în limitele normei (4-6 mm), linia roșie a buzelor este continuă. Vestibulul și fundul de sac alveolar este roz-pal fără leziuni și erupții patologice; frenurile labiale, bucale și lingual sunt cu inserție normală. Limba este mobilă, fără depuneri. Spațiul laterofaringian și uvula sunt fără modificări patologice. Gingia de culoare roz-pală, cu textură de coajă de portocală, atașament gingival cu papile normale. Nu sunt prezente depuneri moi și dure, mobilitatea dentară este absentă. La nivel dentar, malpozițiile dentare lipsesc întrucât pacienta a urmat prima etapă de tratamentului combinat ortodontico-chirurgical: etapa ortodontică de obținere a spațiului pentru manopera chirurgicală. Se constată lipsa dintelui 12 la maxilla și prezența dinților temporari 71 și 81 cu absența mugurilor dentari 31 și respective 41.

**Examenul paraclinic:** Pacientei s-a realizat OPG și CBCT .

**Diagnosticul:** În urma datelor culese și examenului clinic și paraclinic, s-a constatat diagnosticul de edentație parțială clasa a III Kenedy la maxilă, malocluzie clasa I Angle.

**Planul de tratament:** În urma discuțiilor cu pacienta s-a elaborat planul de tratament ce a inclus tratamentul chirurgical prin implantare dentară în concordanță cu tratamen ortodontic .

### **Date privind tratamentul efectuat:**

În data de 07/04/2021, a fost efectuat tratament ortodontic în urma căruia peste un an s-a obținut un spațiu de 8 mm pentru ulteriorul implant (figura12a ,b) .La data de 12.05.2022 sub AL a avut loc manopera chirurgicală de inserare a implantului dentară[13] efectuându-se incizie la nivelul dintelui 12,cu decolarea lamboului (figura13b) . Dupa o perioadă de osteointegrare de 7 luni a urmat tratamentul protetic postimplantar cu restabilirea morfologică și funcțională a arcadei dentare(figura14 a,b) .



Figura11. OPG la adresare pînă la inițierea tratamentului ortodontic.



Figura12. Investigații preoperator după finisarea tratamentului ortodontic.

(a. OPG preoperator ; b. CBCT preoperator) .

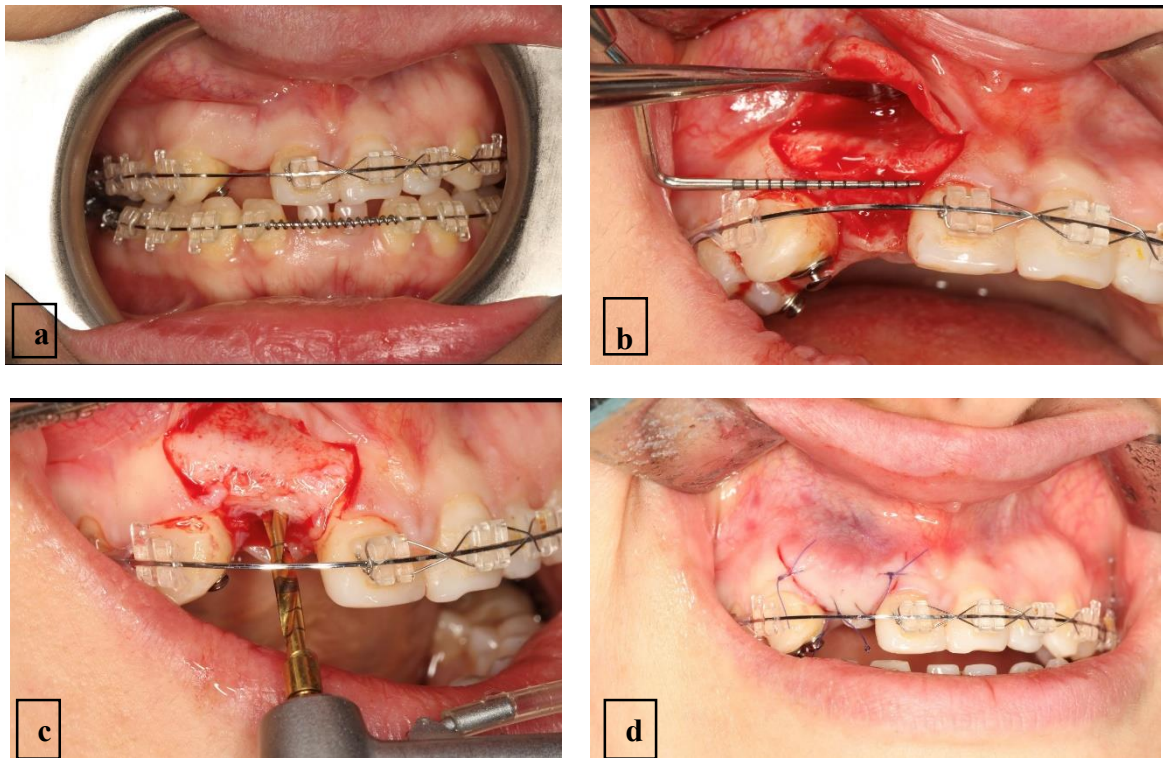


Figura 13. Intervenția de înserare a implantului (a. Aspectul inițial a mucoasei; b. Decolarea lamboului; b. Formarea neoalveolei; d. Aspect postoperator după suturarea lamboului).  
(Cazuistica Omni Dent)



Figura 14. Aspect radiologic postoperator după înserarea implantului dentar .OPG.  
(Cazuistica Omni Dent)



Figura 15. Aspet radiologic după restabilirea protetică .OPG. (Cazuistica Omni Dent )

#### **Concluzie:**

Cazul prezentat anterior a înregistrat rezultate pozitive după tratamentul ortodontic și chirurgical, obținând un spațiu mezio-distal de 8 mm , lățimea crestei alveolare de 6 mm a permis ulterioara înserare a implantului dentar de 13mm și diametrul de 3,5 Dentium Superline .Calcululele.au fost efectuate pe baza scanării CBCT și OPG, analizând situația pre-chirurgicală și post-chirurgicală. La executarea tehnicii am respectat particularitățile anatomice ale maxilei și zonele vecine. Zona a fost pregătită prin realizarea anesteziei locale, urmată de incizia lamboului muco-periostal la nivelul dntelui 12 și decolarea sa cu ulterioara formare a neoalveolei. S-a făcut o incizie orizontală la nivelul crestei alveolare ce se extinde de la nivelul dintelui 11 pîna la 13 apoi s-au efectuat două incizii verticale, la fiecare capăt al inciziei orizontale. Lamboul a fost mobilizat cu o pensă hemostatică , a fost înserat implantul cu ulterioara suturare a lamboului .

Cantitatea de os alveolar necesar pentru implantare a fost determinată cu precizie prin intermediul OPG. Peste 7 luni de la implantare s-a efectuat protezarea pe implant ,astfel obținînduse un rezultat estetic și funcțional la nivelul dintelui 12 . În regiunea 31 și 41 a fost confecționată o punte dentară din zirconiu .

Rezultatele acestui studiu au demonstrat capacitatea implantelor dentare de a restabili estetic , funcțional , psihologic starea pacientului.



### **Evaluarea în dinamică (particularități):**

**Ziua 1.** Stare satisfăcătoare, fără acuze importante. Linia de incizie fără modificări patologice, suturile sunt prezente.

**Ziua 10.** Linia de incizie prezintă semne de vindecare. S-au înlăturat suturile.

**Luna 6.** Vizita de control. Mucoasa cavității bucale de culoare roz-pală, integră, lipsa semnelor inflamatorii, se determină osteointegrarea satisfăcătoare a implantului dentar.

### **Recomandări**

- a. Metodele de tratament necesită selectate și adaptate conform cazului clinic.
- b. Tipul de tratament e necesar de a se decide împreună cu pacientul.
- c. Respectarea tuturor principiilor de implantare dentară permite obținerea unor rezultate foarte înalte.
- d. Evaluarea și măsurarea detaliată preoperatorie eschivează de la complicații.

## CONCLUZII

1.Studiul literaturii de specialitate la tema anodonția – relevă o informație actuală ce relatează metode de diagnostic și tratament al anomaliei, dar selectarea unei metode raționale de tratament rămâne la decizia medicului, cel care examinează datele pacientului în totalitate.

2.Analiza incidenței bibliografice relevă prevalența afecțiunii la femei cât și bărbați , cu diferența de 14% .

3.În urma intervenției chirurgicale, postoperator se relevă rezultatul unei restabiliri estetice și funcționale în totalitate .

4.Intervenția chirurgicală nu este unica speranță a pacienților de a restabili funcționalitatea arcadei dentare,lipsită de deficiențe masticatorii, fonatorii, estetice. Însă implantarea dentară este alternativa cea mai estetică, biocompatibilă și funcțională.

## BIBLIOGRAFIE

1. Avornic L. Dezvoltarea și creșterea aparatului dento-maxilar: premize și influențe. In: *Medicina stomatologică*, 2020, nr. 1(54) pp. 113-123.
2. Avornic L. *Factori etiologici și de risc ai anomaliilor dento-maxilare. Recomandare metodică*. Chișinău, Tipografia Paradis Media; 2019, pp.26 .
3. Avornic L. *Profilaxia prenatală și postnatală a anomaliilor dento-maxilare. Ereditatea și aberațiile cromozomiale. Recomandare metodică*. Tipografia Paradis Media; Chișinău, 2019, pp.30.
4. Augustin M. *Implantologia orală. Curs*. București, Tipografia Sylvi; 2000, pp.280.
5. Augustin M. *Protezarea pe implantate. Etape clinice și de laborator*. București, Tipografie Sylvi; 2000, pp.213.
6. Ali B.F. Orthodontic considerations in restorative management of hypodontia patients with endosseous implants. In: *Journal of Oral Implantology*. 2013 Dec;38(6):779-91.
7. Al-Ani A.H., Thomson W.M., Merriman T.R., Farella M.H. Update on Its Etiology, Classification, and Clinical Management. In: *Journal of dental research*. 2017;2017:9378325. doi: 10.1155/2017/9378325.
8. Boboc Gh. *Anomaliile dento-maxilare*. Bucuresti, Editura Medicala; 1971, p.127.
9. Bucur A. *Compendiu de chirurgie oro-maxilo-facială vol. 2*. Bucuresti, Q. Med Publishing. 2009, pp. 911.
10. Bratu D., Ieremia L., Uram-Țuculescu S. *Bazele clinice și tehnice ale protezării edentației totale*. București, Editura Medicală; 2005, p.1052
11. Bratu D., Nussbaum R. *Bazele clinice și tehnice ale protezării fixe*. București, Editura Medicală; 2009, p.1252.
12. Boboc L., Stanciu D. *Caiet de lucrări practice pentru uzul studenților Facultății de stomatologie*. București p.2000-194 .
13. Chele N., Melnic S. Biomecanica restaurărilor implanto-protetice corelată cu principiile specifice ale proteticii implantologice . In: *Medicina stomatologică*, 2013, nr. 1(26), pp. 31-35. ISSN 1857-1328
14. Dorobăț V., Stanciu D. *Ortodonție și ortopedie dento-facială*. București, Editura Medicală; 2017, p. 502.
15. Dorobăț V., Stanciu Gh. *Contributii asupra frecvenței anomaliilor dento- maxilare la copii între 6 si 16 ani*. București, Editura Medicală; 2003, p. 195 .
16. Dvorak G., Simone H., Mayer C., Watzek Werner Zechner G. Dental implants are a viable alternative for compensating oligodontia. In: *Clinic oral dental research*. 2019, vol. 46, pp. 572–585 DOI: 10.1111/clr.12323.

17. Dragos F., Scutariu M.M., Macovei G., Calin D. *Diagnostic Oro-Dentar*. ed."Gr. T.Popa", UMF Iasi, 2012. ISBN 978-606-544-086
18. David A., Mitchell L. with contributions from P.Brunton *Oxford Handbook of Clinical Dentistry*. Editura.Fourth edition ; 2005, p.416.
19. Enlow D.H., *Facial Growth, 3rd ed.*, W.B. Editura Saunders Comp; Philadelphia, 1990, p.1500 .
20. Fratu A. *Ortodonție : diagnostic - clinică - tratament* . Iași, EdituraVasiliana; 2002. p.416
21. Gumeniuc A. *Încărcarea funcțională precoce a implantelor dentare endoosoase de stadiul I*. Teza de doctor în medicină. Chișinău, 2013, p.200
22. Graber T., *Considerations regarding anodontia in dental medical practicears*. Editura Medica Tomitana; 2018; 4(24): p.195 –199
23. Gumeniuc A. Restaurări protetice fixe pe implante dentare endoosoase în edentația totală. *In: Medicina Stomatologică*. 2009, nr.12 , pp. 84-89.
24. Gumeniuc A., Topalo V. *Protezarea pacienților cu edentație subtotală și totală cu utilizarea implantelor dentare endoosoase*. *In: Medicina Stomatologică*. 2007, nr. 4, pp. 48-55.
25. Gumeniuc A., Topalo V. Șablon chirurgical în implantologia orală. *In: Culegere de lucrări științifice consacrată aniversării 60 ani a IMSP CSM*. Chișinău, 2005, p. 60.
26. Gumeniuc A., Topalo V.Șablon multifuncțional în implantologia orală. *In: Anale științifice USMF „Nicolae Testemițanu“*. Ediția VI, vol. 4, 2005, pp. 655-659.
27. Gumeniuc A.,Topalo V., Țîra Gr. Unele aspecte ale esteticului alb și roșu în implantologia orală: prezentări de cazuri clinice. *In: Medicina Stomatologică* . 2010, nr 76 , pp.315.
28. Gumeniuc A. Restaurări protetice fixe pe implante dentare endoosoase în edentația totală. *In: Medicina Stomatologică*, 2009, nr. 12 pp. 84-89.
29. Gumeniuc A., Topalo V. Protezarea pacienților cu edentație subtotală și totală cu utilizarea implantelor dentare endoosoase. *In: Medicina Stomatologică*, 2007, nr. 4, pp. 48-55.
30. Graber T., Vanarsdall R., Vig K., *Orthodontics, 4th Edition — Current Principles and Techniques*. St. Louis. Editura Mosby ; 2005, pp.1232 .
31. Grivu O., Podariu A., Băilă A., Pop I., *Prevenția în stomatologie*. Timișoara,Editura Mirton; 1995, pp. 348 .
32. Hațeganu I., Cocarla E. *Ortodonție*, Iași ,Editura: 2000; pp.120 .
33. Ionescu E., *Anomaliile dentare de număr*. București, Editura Cerma; 2000, pp.200.
34. Misch C.E. Contemporary Implant Dentistry. *In Elsevier*. 2008. pp.1112.
35. Proffit W.R., Fields H.W.Jr., *Contemporary Orthodontics, sixth edition*. USA, Editura Mosby; 2018, pp.744.

36. Параскевич.В.Л. *Дентальная имплантология: Основы теории и практики. 2-е изд.* Moscovia , Тирография Медицинское информационное агенство; 2006, pp. 400 .
37. Riverpor L., Missouri, *Orthodontics current principles and techniques.* USA, Editura Sixty; 2008. pp.1134.
38. Rusu.M.,Fratu A.V., Asîei.Gh. Unele aspecte clinice și terapeutice în anodonțiile parțiale întinse și totale. *In revista Medico-Chirurgicală.* 1979. nr. 3, Iași pp.491-494.
39. Ренуар Ф., Рангерт Б., *Факторы риска в стоматологической имплантологии.* Москва: Азбука. 2004, 182 p.
32. Sîrbu D ., TopalaoV., Zănoagă Oleg., Procopenco O., Suharschi I., Moatovei A ., Mighic A. Aspecte ale utilizării metodelor imagistice în chirurgia orală și maxilo-facială. *In: Medicina stomatologică ,* 2012, nr. 1(22), pp. 36-39.
33. Sîrbu D., Popovici V., Pîntea V., Solomon O., Mostovei M ., Sorocean A. Particularitățile tabloului clinic și tratamentul implanto-protetic a pacienților cu edentații parțiale. *In: Medicina stomatologică ,* 2016, nr. 3(40), pp. 93-95.
40. Saudi Journal of Oral and Dental Research. Dubai, United Arab Emirates. *In: Scholars Middle East Publishers, ISSN 2518-1300 (Print) |*
41. Trifan V., Godoroja P. *Ortodonție: Compeniu .* Chișinău, Tipografia „, Medicina "; 2009, p.141.
42. Чернявский.Ю.П. *Курс лекций по терапевтической стоматологии: Пособие. Часть I.* Витебск: ВГМУ, 2013, p.377 .
43. Trifan V., Lupan I., Trifan D., Calfa S. *Morbiditatea prin anomaliile dento-maxilare în Republica Moldova.* În: *Medicina Stomatologică.* Chișinău, 2015, nr. 1(34), p. 47-51. ISSN 1857-132

## ANEXE:

### Anexa 1 . Publicație în Revista de Științe ale Sănătății din Moldova : Moldovan Journal of Health Sciences 2022 nr. 3 (29)

526

VII. ASPECTE TEORETICO-PRACTICE ÎN STOMATOLOGIA MODERNĂ

#### ASPECTS OF ORTHODONTIC AND IMPLANTO-PROSTHETIC TREATMENT OF THE PRIMARY UNIDENTAL ANODONTIA. CASE PRESENTATION

*Apetroae Cristina<sup>1</sup>, Scurtu Maria<sup>1</sup>, Ciuclea Mihaela<sup>1</sup>, Sirbu Dumitru<sup>2</sup>*

Scientific adviser: Sirbu Dumitru<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Orthodontics, Nicolae Testemitanu University,

<sup>2</sup>Arsenie Gutan Department of OMF Surgery and Oral Implantology, Nicolae Testemitanu University.

**Introduction.** Primary anodontics is defined as the absence of one or more teeth due to congenital malformation of the dental bud, which generates aesthetic and functional disorders. This anomaly can be successfully rehabilitated by following the sequence of orthodontic and surgical stages of treatment. **Purpose of the study.** The evaluation of the orthodontic and surgical treatment method in the prosthetic restoration of missing teeth by using dental implants. **Materials and methods.** The patient C.V, 32 years old, suffered from aesthetic and functional accusations, and following the clinical and paraclinical examination, the diagnosis of partial edentation class III Kenedy in the maxilla, malocclusion class I Angle was established. The space of the future implant was created by orthodontic treatment with a fixed bimaxillary adhesive system. Surgically, under loco-regional anesthesia, a marginal incision of the 1.2 tooth was made with the detachment of the mucoperiosteal flap, the edentulous ridge class B-W Misch with the perforation of the neo-alveolus 1.2, the hardness of D3 Misch. **Results:** Orthodontic and surgical treatment included the creation of the 8 mm preoperative space with the subsequent insertion of the 3.5 / 13 mm Dentium Superline implant. After the osseointegration period, the post-implant prosthetic treatment will follow with the morphofunctional restoration of the integrity of the dental arch, taking into account the anthropometric norms. **Conclusion:** Primary anodontics, which presents clinically due to lack of dental space, can be successfully rehabilitated through orthodontic and surgical treatment, creating the necessary dental space to insert the implant into the neo-alveolus, followed by prosthetic treatment with a crown.

**Keywords:** Primary anodontics, implantation, malocclusion, implant-prosthetic rehabilitation.

#### REABILITAREA ANODONȚIEI PRIMARE UNIDENTARE PRIN ASPECT ORTODONTIC ȘI IMPLANTO-PROTETIC. CAZ CLINIC

*Apetroae Cristina<sup>1</sup>, Scurtu Maria<sup>1</sup>, Ciuclea Mihaela<sup>1</sup>, Sirbu Dumitru<sup>2</sup>*

Conducător științific: Sirbu Dumitru<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Catedra de ortodonție, USMF „Nicolae Testemițanu”,

<sup>2</sup>Catedra de chirurgie OMF și implantologie orală „Arsenie Guțan”, USMF „Nicolae Testemițanu”.

**Introducere.** Anodonția primară este definită ca lipsa unuia sau a mai multor dinți datorită neformării congenitale a mugurelui dentar, ceea ce generează dereglări estetice și funcționale. Această anomalie poate fi reabilitată cu succes prin respectarea consecutivității etapelor ortodontice și chirurgicale de tratament. **Scopul lucrării.** Evaluarea metodei de tratament ortodontic și chirurgical în restabilirea protetică a dinților lipsă prin utilizarea implanturilor dentare. **Materiale și metode.** Pacienta C.V, 32 ani, s-a adresat cu acuze estetice și funcționale, iar în urma examinării clinice și paraclinice s-a stabilit diagnosticul de edentație parțială clasa a III Kenedy la maxilă, malocluzie clasa I Angle. S-a efectuat crearea spațiului viitorului implant prin tratament ortodontic cu sistema adezivă fixă bimaxilară. Chirurgical, sub anestezie loco-regională s-a realizat incizie marginală a dintelui 1.2 cu decolarea lamboului mucoperiosteal, creasta edentată clasa B-W Misch cu forarea neo-alveolei 1.2, duritatea D3 Misch. **Rezultate.** Tratamentul ortodontic și chirurgical a inclus crearea spațiului preoperator de 8 mm cu ulterioara inserare a implantului Dentium Superline 3,5/13 mm. După perioada de osteointegrare va urma tratamentul protetic postimplantar cu restabilirea morfofuncțională a integrității arcadei dentare, ținând cont de normele antropometrice. **Concluzii.** Anodonția primară, ce se prezintă clinic prin lipsa spațiului dentar, poate fi reabilitată cu succes prin intermediul tratamentului ortodontic și chirurgical, cu crearea spațiului dentar necesar în vederea inserării implantului în neo-alveolă, urmat de tratament protetic cu coroană de înveliș.

**Cuvinte cheie:** Anodonție primară, implantare, malocluzie, reabilitare implanto-protetică.

**Anexa 2 . Participarea cu poster moderat în cadrul Conferinței Științifice Anuale  
(19-21 octombrie 2022)**

 UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA

# DIPLOMĂ

*Se decernează*  
**Cristina APETROAE**

*Pentru prezentarea lucrării: REABILITAREA ANODONȚIEI PRIMARE  
UNIDENTARE PRIN ASPECT ORTODONTIC ȘI IMPLANTO-PROTETIC*

*Grupul de autori: Scurtu Maria, Ciuclea Mihaela, Sîrbu Dumitru*

CONFERINȚA ȘTIINȚIFICĂ ANUALĂ  
CERCETAREA ÎN BIOMEDICINĂ ȘI SĂNĂTATE:  
CALITATE, EXCELENȚĂ ȘI PERFORMANȚĂ

 **19 21 octombrie**  
2022

HR EXCELLENCE IN RESEARCH



Rector  **Emil Ceban,**  
profesor universitar, dr. hab. șt. med.,  
președinte al Comitetului  
organizatoric al Conferinței

Prorector pentru activitate  
de cercetare  **Stanislav Groppa,**  
profesor universitar, dr. hab. șt. med.,  
academician al AȘM,  
președinte al Biroului Comitetului  
științific al Conferinței