

Minimalnie inwazyjna rehabilitacja funkcjonalna uzębienia



Lek. dent. Michał Sypień
Stomatologia Sypień

ABSTRACT

Caries is not one and only threat for our dentition. There are environmental factors that can do damage to our teeth like abnormal attrition, abrasion, erosion, wrong eating habits. More common problem of erosion oblige us dentist to be more conscious and prepared to deal with such problems in order to give to our occlusal treatment the best prognosis. In acidic environment of our mouth caused by intrinsic factors (GERD or frequent vomiting) or extrinsic factors (food, beverages) enamel is getting destroyed much more faster than when PH of saliva is greater than 7. Chemical factors than can destroy dentition prior to others like abrasion and abnormal attrition and be the cause of lack of tooth structure that finally lead to malocclusion and functional TMJ problems. This case presentation article, presents treatment of patient with occlusal and aesthetics problems due to environmental damages in the mouth.

KEYWORDS: okluzja, erozja, abrazja funkcjonalna, okluzja zaburzenia TMJ, protetyka, korony pełnoceramiczne, licówki, de programator, Kois, bruksizm.

Próchnica to niestety niejedyny zagrożenie dla naszego uzębienia, gdyż czynniki zarówno chemiczne, jak i fizyczne obecne w środowisku jamy ustnej mogą wpływać niekorzystnie na nasze zęby. Ubytki niepróchnicowego pochodzenia mogą być efektem niewłaściwej higieny jamy ustnej, nieprawidłowego ścierania zębów, abrazji, erozji, a nawet złego odżywiania lub terapii leczniczej. Coraz częściej zauważalny problem chemicznego uszkodzenia struktury zębów naszych pacjentów, czyli erozji, skłania nas, dentyków, do rzetelnej diagnostyki w tym kierunku oraz radzenia sobie z jej skutkami, aby w możliwie najlepiej rokujący sposób zabezpieczyć dotknięte zniszczeniami środowiskowymi zęby.

W zakwaszonym środowisku jamy ustnej pochodzenia zewnętrznego, spowodowanym przez pokarmy i napoje, oraz wewnętrznego, na co mogą wpływać np. choroba refluksowa lub wymioty, dochodzi do wielokrotnie większego narażenia twardych tkanek zębów na uszkodzenie. Może się to odbywać w sposób bezpośredni pod wpływem działania niekorzystnych czynników – kwasów, a wtórnie mogą wystąpić starcie zębów oraz abrazja. W konsekwencji istnieje niebezpieczeństwo, że dojdzie do zaburzeń funkcjonowania układu żucia, pojawią się bóle zębów, a nawet głowy.

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka zgłosiła się na konsultację w związku ze ścierającymi się zębami. Największym zmartwieniem była zaburzona estetyka przednich górnych zębów, nierówne brzegi sieczne, ścierające się zęby (ryc.1-4).

Wcześniejsze wizyty w gabinecie stomatologicznym ograniczały się do objawowego leczenia ubytków próchnicowych oraz stwierdzenia ścierania się zębów.

Podczas pierwszej wizyty przeprowadzono: dokładny wywiad, badanie stomatologiczne oraz dodatkową rentgenodiagnostykę w postaci zdjęcia ortopantomograficznego (ryc. 5).

Szczególną uwagę zwróciły pozytywne odpowiedzi w ankiecie wywiadu stomatologicznego wg J. Koisa (ryc. 6), z której jednoznacznie wynikały zaburzenia funkcjonalne układu stomatognatycznego. W badaniu wewnątrzustnym poza uszkodzonymi brzegami siecznymi górnych zębów stwierdzono przede wszystkim liczne ubytki pochodzenia niepróchnicowego – erozje powierzchni podniebiennych górnych siekaczy i kłów (ryc. 7) oraz powierzchni żujących górnych przedtrzonowców (ryc. 8). Zauważalne również były liczne ubytki abrazyjne powierzchni przedśionkowej szczególnie górnych przednich zębów (ryc. 9). Było widoczne również starcie dolnych siekaczy oraz niewielkie ubytki erozyjne powierzchni żujących bocznych zębów.

Dokładna analiza zebranych danych, określająca dobre rokowanie w zakresie podstawowych struktur, takich jak przyzębie, kość, a także ryzyko próchnicy (na niskie ryzyko próchnicy wskazuje brak nowych ubytków w ciągu ostatnich trzech lat), spowodowała, że podjęto decyzję o rozszerzeniu badania w kierunku funkcji oraz środowiska jamy ustnej.

Po przeprowadzonym dodatkowym wywiadzie w kierunku erozji wewnętrznej stwierdzono częste wymioty przed czterema laty. Epizod ten trwał około sześciu miesięcy i zakończył się bezpowrotnie. Po wymiotach pacjentka zawsze dokładnie szczotkowała zęby z użyciem pasty do zębów, co tłumaczy ubytki abrazyjne. Od tego czasu, jak wynikało z wywiadu, rozpoczęło się ściskanie i zaciskanie zębów w ciągu dnia, problemy okluzyjne oraz trudności z jedzeniem twardych pokarmów. Stosunkowo szybkie zmiany w uzębieniu w postaci ubytku struktury zębów spowodowały utratę obustronnych jednakowych kontaktów między zębami, co z kolei doprowadziło do braku możliwości adaptacji i rozwinięcia się dysfunkcji okluzyjnej.

Pierwotne uszkodzenie uzębienia w wyniku działania czynników chemicznych doprowadziło do utraty szkliwa oraz odsłonięcia zębiny zębów, co wtórnie spowodowało patologiczne starcie postępujące w czasie. Początkowa diagnoza, z którą pacjentka zgłosiła się na konsultację, stawiana podczas wcześniejszych konsultacji, brzmiała: bruksizm. Jednak po dokładnym badaniu i analizie faktów bardziej prawdopodobnym i trafnym rozpoznaniem była wtórna dysfunkcja. Z powodu postępujących dolegliwości oraz zgłaszanych problemów estetycznych i funkcjonalnych pacjentkę zakwalifikowano do leczenia funkcjonalnego poprzez stabilną rekonstrukcję zniszczonych zębów.

Rozpoczęto od deprogramacji mięśni żwaczy oraz ustalenia powtarzalnej i wygodnej dla pacjentki pozycji zuchwy względem czaszki. Do tego celu użyto deprogramatora wg Koisa (ryc. 10). Ustalenie centralnej relacji w obrębie stawu skroniowo-zuchwowego (SSZ) pozwala na bezpieczne odtworzenie prawidłowej wysokości zwarcia oraz przewidywalną odbudowę zębów. Pacjentka używała deprogramatora przez trzy tygodnie. Zalecono jej noszenie go przez ok. 20 godzin dziennie, a także aby nie jadła ani nie piła z założonym aparatem. Po tym czasie zarejestrowano relację

zuchwy do szczęki. Pozycja ta stała się wyjściem do dalszego planowania estetycznej i funkcjonalnej odbudowy zębów.

Wykonano nawoskowanie modeli gipsowych (*wax-up*, ryc. 11) oraz za pomocą klucza silikonowego *mock-up* w jamie ustnej pacjentki (ryc. 12, 13). Na tym etapie leczenia pacjentka zaakceptowała kształt oraz zakres przyszłych odbudów. Zdecydowano, że leczenie będzie obejmowało pokrycie guzkowe zębów przedtrzonowych, siekaczy i kłów szczęki. Ekwilibracja dodatnia materiałem kompozytowym została wykonana na dolnych oraz górnych trzonowcach, ze względu na niewielkie odsłonięcie zębiny na tych zębach.

Następnie wykonano preparacje zębów przez *mock-up*, co umożliwiło dokładną orientację podczas jak najbardziej zachowawczego szlifowania (ryc. 14-16). Aby przedstawić, jak wyglądają filary pod kątem przebarwień, wykonano zdjęcie z kolornikiem Vita (ryc. 17). Zgryz zarejestrowano z pomocą deprogramatora (ryc. 18, 19). Długość i pozycja siekaczy zostały powielone z *mock-up*a w postaci wycisku alginatowego oraz przekazane wraz z resztą wycisków do laboratorium protetycznego.

Po preparacji zaopatrzone oszlifowane zęby tymczasową odbudową wykonaną z bisakrylu (ryc. 20) wykonaną z klucza silikonowego użytego do wykonania *mock-up*a.

W dniu oddania pracy, po próbie koron (ryc. 21) oraz ich przygotowaniu (ryc. 22), zostały zacementowane na kompozytowym cemencie Rely X U200 (ryc. 23).

Ostateczne korekty okluzji wykonano po tygodniu użytkowania koron, uzyskując obustronne, jednoczesne i o jednakowym nasileniu kontakty na zębach bocznych i kłach, bez interakcji siekaczy podczas ruchów żucia.

PODSUMOWANIE

Po wykonanej rehabilitacji uzębienia, poza wspaniałym efektem estetycznym, zaobserwowaliśmy ustąpienie przesłakiwań w obrębie SSZ oraz redukcję zaciskania zębów w dzień. Komfort jedzenia twardych pokarmów, brak tarcia na zębach podczas normalnego jedzenia poprawiły niemal natychmiast komfort funkcjonowania, a nowy i piękny uśmiech pacjentki dał całemu zespołowi mnóstwo satysfakcji (ryc. 24-28). Przedstawiony przypadek pokazuje, jak ważne jest postawienie prawidłowej diagnozy na podstawie wywiadu i badania, a także jak określenie ryzyka, na które narażone są elementy układu stomatognatycznego, wpływa na podejmowane decyzje kliniczne, aby uzyskany efekt mógł trwać jak najdłużej.

Zdjęcia: archiwum prywatne (29)

Adres do korespondencji:

Lek. dent. Michał Sypień

Stomatologia Sypień

ul. Piastowska 67a

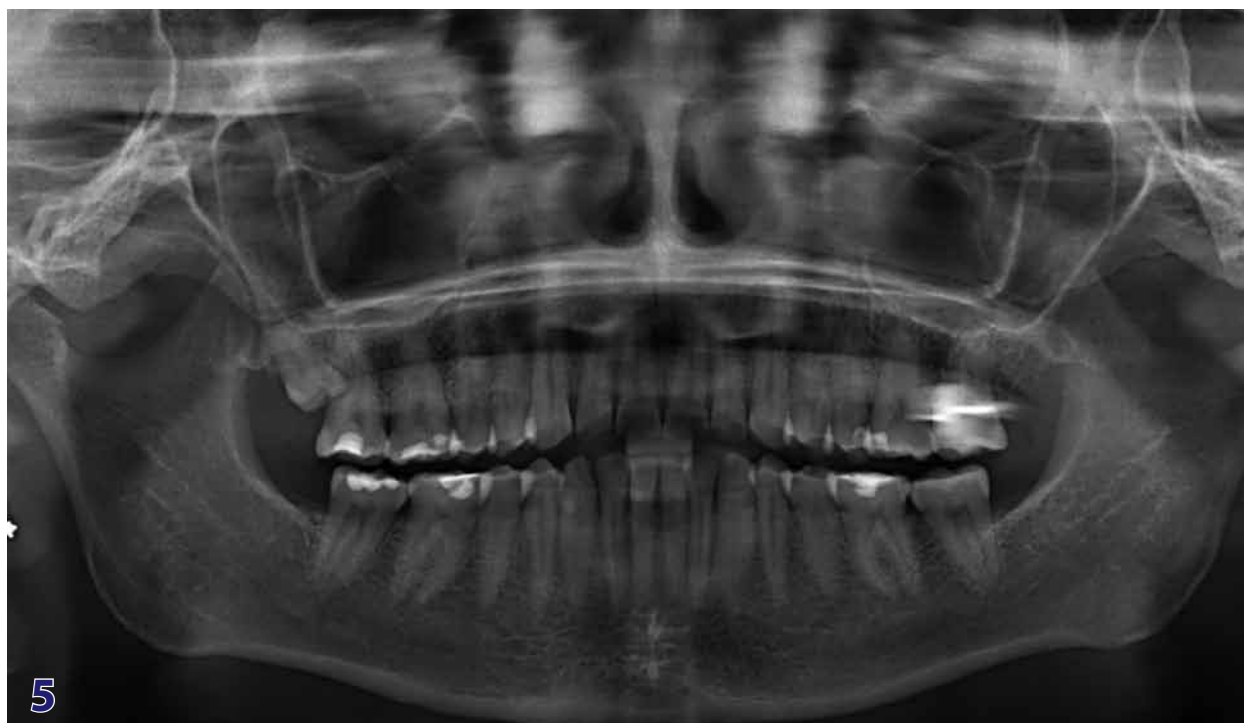
43-300 Bielsko-Biała

tel. 33 82 27 133, kom. 502 653 155

Opis przypadku



Ryc. 1-4. Stan przed leczeniem.



Ryc. 5. Zdjęcie ortopantomograficzne – stan przed leczeniem.

Opis przypadku

ZGRYZ I STAW SKRONIOWO-ZUCHWOWY			
11. Czy masz problemy ze stawem skroniowo-zuchwowym? (ból, odgłosy, ograniczone obwieranie, szczękoscisk, rzaskanie)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Czy masz lub miałeś/aś jakies problemy z zuciem gumy?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Czy masz lub miałeś/aś problemy z zuciem bagietek, batonów proteinowych lub innych twardych pokarmów?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Czy w ciągu ostatnich 5 lat zmieniły Ci się zęby : stały się <u>krótsze</u> , <u>cięższe</u> lub <u>zniszczone</u> ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Czy twoje zęby są stłoczone , czy pojawiają się przestrzenie między nimi?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Czy masz więcej niż jeden zgryz i sciskasz zęby ,zęby pasowały do siebie?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17. Czy przesuwasz łód, obgryzasz paznokcie, trzymasz przedmioty w zębach, lub masz inne zwyczaje dotyczące jamy ustnej? zaciśkanie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Czy zaciskasz zęby w ciągu dnia lub doprowadzasz je do bólu?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*6 Czy masz problemy ze snem lub budzisz się ze świadomością stanu swoich zębów?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*20. Czy nosisz lub kiedykolwiek nosiłeś/aś aparat poprawiający zgryz?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ryc. 6. Ankieta wywiadu stomatologicznego wg J. Koisa.



Ryc. 7. Widoczna erozja powierzchni podniebiennych górnych siekaczy i kłów.



Ryc. 8. Widoczna erozja powierzchni żujących górnych przedtrzonowców.



Ryc. 9. Liczne ubytki abrazyjne powierzchni przedsiionkowej górnych przednich zębów.



Ryc. 10. Zastosowany u pacjentki deprogramator wg Koisa.



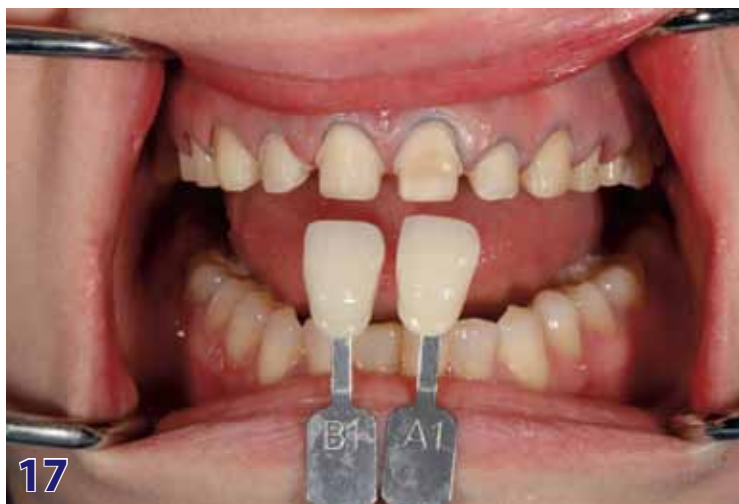
Ryc. 11. Wax-up modeli woskowych.

Opis przypadku



Ryc. 12, 13. *Mock-up* w jamie ustnej pacjentki.

Ryc. 14-16. Stan po szlifowaniu.



Ryc. 17. Zdjęcie z kolornikiem Vita.

Opis przypadku



Ryc. 18, 19. Rejestracja zgryzu z pomocą deprogramatora.



Ryc. 20. Zęby zaopatrzone tymczasową odbudową wykonaną z bisakrylu.



Ryc. 21-23. Próba, przygotowanie i zacementowanie koron.

Opis przypadku



Ryc. 24-28. Efekt końcowy.