

LUCIAN PODOLEANU

VICTOR NIMIGEAN

**NOȚIUNI DE ANATOMIE
TOPOGRAFICĂ
A CAPULUI ȘI GÂTULUI**



Redactor: **Ioana Mădălina Maftel-Golopenția**
Consilier editorial: **Dr. Ion Maftel**
Tehnoredactare computerizată: **TENAC SERVCO S.R.L.**

NOȚIUNI DE ANALIZĂ
TOPOGRAFICĂ
A CAPULUI ȘI GĂTULUI

© Toate drepturile asupra acestei ediții sunt rezervate Editurii CERMA

ISBN 973 - 96952 - 5 - 6

CAPITOLUL 7

STRUCTURA ȘI RELAȚIILE PROCESELOR ALVEOLARE

Diagnosticul diferențial în patologia din sfera bucală poate, în multe circumstanțe, să depindă de o înțelegere a structurii și relațiilor proceselor alveolare.

Familiarizarea cu relațiile apropiate sau îndepărtate ale acestor procese, este indispensabilă pentru o apreciere a modurilor de propagare a inflamațiilor cu punct de placare dentar.

Accesul chirurgical la nivelul sinusului maxilar, extracția dinților, pregătirile chirurgicale pentru protezare orală, trebuie să aibă la bază o cunoaștere prealabilă a detaliilor structurale alveolare precum și relațiile lor.

A) Procesul alveolar al maxilarului:

Acest proces alveolar este în relație cu podeaua cavității nazale și cu podeaua sinusului maxilar, relație determinată de structura funcțională a maxilei.

Stâlful canin al maxilei, ridicându-se la nivelul alveolei caninului în procesul frontal al maxilarului este cea mai stabilă structură osoasă de la baza procesului alveolar. Fiind o întărire funcțională a osului, determină expansiunea medială și anterioară a sinusului maxilar, care înlocuiește osul nefuncțional.

Este în consecință o regulă generală ca incisivii să se afle dedesubtul podelei cavității nazale, premolarii și molarii să se afle dedesubtul podelei sinusului maxilar, iar caninul ocupă poziție neutră între cele două cavități.

Aceasta se întâmplă chiar atunci când, cavitatea nazală este mai largă decât normal, deoarece lărgimea nu influențează marcant suprafața care se găsește înaintea canalului incisiv.

Relațiile dintre apexurile incisivilor și podeaua nazală depind de 2 factori: înălțimea feței (în special înălțimea procesului alveolar) și lungimea rădăcinilor incisivilor.

În cazul când aceste 2 mărimi nu sunt corelate, este necesar să se examineze individual fiecare caz și să se stabilească relațiile dintre alveole și podeaua nazală prin examen radiologic.

Rădăcina incisivului lateral nu arată o relație apropiată cu podeaua nazală, așa cum face rădăcina incisivului central, deoarece rădăcina incisivului lateral are tendința să se curbeze către marginea externă a orificiului nazal. De asemenea, podeaua cavității nazale, lateral urcă puțin, fapt ce mărește distanța dintre fundul alveolei incisivului lateral și podeaua nazală. La persoanele cu proces alveolar

relativ scurt și cu rădăcini lungi dentare, *incisivul central* poate atinge lama subțire de os compact care formează podeaua cavității nazale. Apexul său este atunci separat de cavitatea nazală doar de o lamă subțire osoasă.

În cealaltă extremă, un strat mai gros de os spongios poate fi interpus între podeaua nazală și alveola incisivului central.

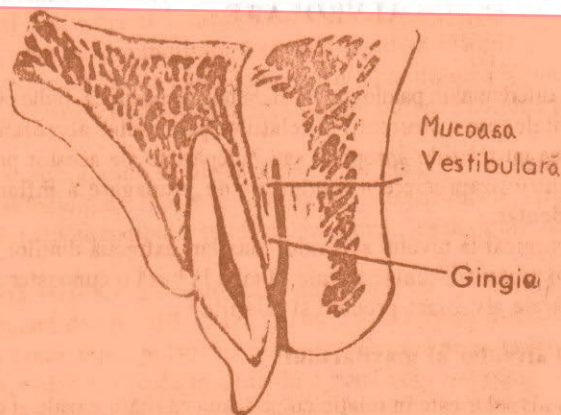


Fig. 50 - Secțiunea sagitală la nivelul incisivului central superior

(după Sicher și Tandler)

Distanța dintre cele două structuri poate atinge 10 mm și chiar mai mult. Apexul incisivului lateral prezintă în principiu aceleași variații în relația sa cu podeaua nazală, dar rareori vine în contact cu podeaua nazală.

Configurația procesului alveolar în regiunea incizală depinde într-un înalt grad de formarea palatului osos. Lama internă a procesului alveolar urcă într-un unghi discret dacă palatul dur este coborât și atunci se curbează fără întrerupere rezultând plafonul cavității bucale.

Dacă palatul este înalt, lama internă a procesului alveolar se adâncește în partea sa anterioară și se formează un unghi ascuțit între procesul alveolar și plafonul cavității bucale. Aceste variații influențează decisiv cantitatea și configurația osului spongios dintre lamele externă și internă ale procesului alveolar și podeaua nazală.

În cazul unui palat plat sau coborât, acest spațiu este aproximativ triunghiular și frecvent larg. În cazul unui palat înalt, spongioasa alveolară este restrânsă și ocupă într-o secțiune sagitală o suprafață mai mult rectangulară.

Diferența dintre un palat coborât și unul înalt reiese nu numai din măsurătorile cantitative dar și din configurația schimbătoare a palatului.

În regiunea incizală, diferențele în configurație, iar în regiunea molară,

cele în mărime relativă, ies mai mult în evidență, în timp ce zona premolară este o zonă de tranziție.

În regiunea anterioară a maxilarului, înclinația lamei interne alveolare sau a lamei palatine este ușoară în cazul palatului coborât și mare în cazul platului înalt.

În regiunea molară la maxilar, unghiul dintre plafonul cavității bucale și suprafața internă a procesului alveolar este întotdeauna mai apropiat de 90° , deci palatul înalt este caracterizat în special de o creștere în lungime a procesului alveolar.

Alveolele incisivilor sunt plasate excentric în procesul alveolar, axul radicular și alveolar fiind mai mult vertical decât axul întregului proces alveolar. Astfel osul alveolar de pe suprafața vestibulară a rădăcinii dentare fuzionează cu lama externă a osului alveolar, în timp ce, palatinal, o suprafață în formă de pană, de os spongios se dispune între procesul alveolar și procesul palatin.

Din această cauză, abcesele cu punct de plecare incisiv, în multe cazuri perforază lama vestibulară a procesului alveolar și se deschid în vestibulul cavității bucale.

Totuși, într-un procent destul de ridicat, porțiunea apicală a rădăcinii incisivului lateral este curbată brusc spre oral și foramenul său apical este dispus în apropierea centrului spongioasei retroalveolare și la distanță de lama vestibulară alveolară. Abcesele periapicale care au ca origine un incisiv lateral cu o astfel de poziție radiculară tind să se extindă oral și pot perfora lama palatină a procesului alveolar și să apară un abces palatinal.

Relațiile incisivilor cu podeaua nazală explică faptul că un abces pornit de la un incisiv central se poate deschide în cavitatea nazală, sau că un chist radicular al unui incisiv poate abceda în meatul nazal inferior, cauzând frecvent o ocluzie a narinei.

Caninul este încastrat în stâlpul canin al maxilei. Dacă acest stâlp conține o cantitate crescută de os spongios, el se continuă cu spongioasa retroalveolară în regiunea incizală.

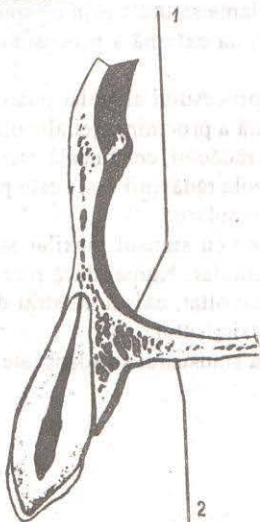


Fig. 51 - Secțiune vestibulo-orală la nivelul caninului superior

(după Sicher și Tandler)

- 1.-planșeul sinusului maxilar
- 2.-palatul dur

Din cauza poziției caninului în stâlpul canin, nici cavitatea nazală și nici sinusul maxilar nu au relații apropiate cu alveola și rădăcina caninului.

În cazuri extreme, însă, sinusul maxilar se poate întinde anterior atât de departe, încât să se apropie de circumferința disto-linguală a alveolei caninului, pe o întindere destul de largă.

Același lucru este uneori adevărat pentru cavitatea nazală, care se apropie de suprafața mezio-linguală a caninului. Relația caninului cu procesul alveolar este în principiu aceeași ca și a incisivilor, rădăcina sa fiind încastrată excentric în procesul alveolar spre vestibular. Mărimea rădăcinii caninului produce chiar o protuberanță mărită a alveolei către suprafața vestibulară a procesului alveolar, această proeminență fiind cea mai pronunțată proeminență a arcadei alveolare superioare, numită eminentă canină.

Premolarii și molarii sunt de regulă situați în afara podelei sinusului maxilar.

Dacă relațiile dintre dinți și sinus sunt apropiate sau nu, depinde cel mai mult de dezvoltarea recesului inferior sau alveolar al sinusului maxilar.

Dar, în cazurile în care baza procesului alveolar este adâncită de către sinusul maxilar, primul premolar este aproape întotdeauna mai îndepărtat de podeaua sinusului decât este al doilea premolar și molarii, deoarece în zona premolară podeaua sinusului se înalță înainte pentru a se continua în peretele anterior.

Acest lucru este corelat cu lărgimea stâlpului canin la baza sa.

Astfel, cu excepția expansiunii foarte mari a sinusului maxilar, fundul alveolei primului premolar este separat de podeaua sinusală printr-un strat de os spongios.

Trecerea lamei interne a procesului alveolar în partea orizontală a palatului dur se face în regiunea primului premolar într-un unghi mult mai pronunțat, și diferențele dintre un palat coborât și unul înalt sunt aici datorate unui caracter mai mult cantitativ decât sunt în regiunea anterioară a maxilei.

Relația alveolei primului premolar cu procesul alveolar ca un întreg, și cu spongioasa retroalveolară, diferă în funcție de formarea rădăcinii. Dacă primul premolar are o singură rădăcină, alveola sa este în strânsă relație cu lama vestibulară a procesului alveolar, și este separată de lama sa orală prin os spongios.

La fel ca în aria incisivo-canină, lama externă a procesului alveolar este frecvent foarte subțire.

La multe persoane, lama externă a procesului alveolar poate fi incompletă sau fenestrată, în special în treimea apicală a proeminenței alveolare.

Dacă primul premolar posedă două rădăcini, cea bucală este intim aplicată pe lama externă alveolară, în timp ce alveola rădăcinii orale este plasată aproape întotdeauna în centrul spongioasei retroalveolare.

Relațiile celui de-al doilea premolar cu sinusul maxilar sunt, de regulă, mai apropiate decât cele ale primului premolar. Numai dacă recesul alveolar al sinusului maxilar este absent sau slab dezvoltat, există un strat de os spongios între alveola premolarului doi și podeaua sinusului.

La majoritatea persoanelor, podeaua sinusului se adâncește în vecinătatea

apropiată a prenolarului doi. Alveola sa este atunci separată de sinus doar de un strat subțire de os compact.



Fig. 52 - Secțiune vestibulo-orală la nivelul premolarului I superior

(după Sicher și Tandler)

- 1.- sinus maxilar
- 2.- planșeul fascii nazale
- 3.- gaura infraorbitală
- 4.- palatul dur

Sinusul se poate extinde în afara nivelului fundului alveolar al premolarului doi și alveola sa să producă o proeminență ușoară pe suprafața podelei sinusului.

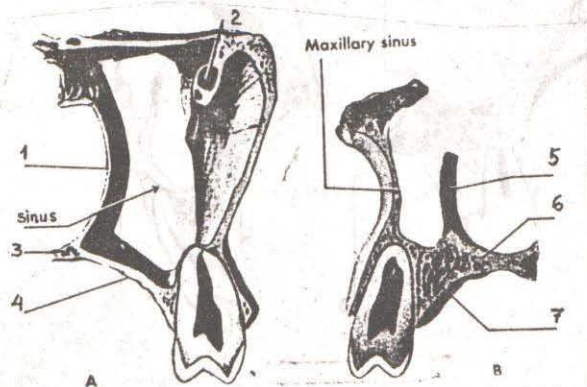


Fig. 53 - Secțiune vestibulo-orală la nivelul premolarului doi superior

(după Sicher și Tandler)

- 1,5.-peretele lateral al fosei nazale; 2.-canalul infraorbital; 3,6.-planșeul fosei nazale;
- 4,7.-palatul dur.