



NDIKIMI I DHËMBËVE TË KEQFORMUAR NË PERIODONCIUM

THE IMPACT OF MALFORMED TEETH ON THE PERIODONTIUM

Zumri Emurllai¹, Marija Zuzelova², Marija Nakova²,
Sabetim Çerkezi²

1. OS DEA DENT-GOSTIVAR, drzumri@gmail.com

Zumri Emurllai¹, Marija Zuzelova¹, Marija Nakova²,
Sabetim Çerkezi²

1.OS DEA DENT-GOSTIVAR, drzumri@gmail.com

ABSTRAKT

Qëllimi: të tregohet lidhshmëria e dhëmbëve të keqformuar me shëndetin parodontal.

Metoda: Nga total 350 pacientë të ekzaminuar, nga të dy gjinitë të moshës 17 deri në 45 vjeçar, 105 pacientë u zgjodhën për këtë studim, me prezencë dhëmb/ëve të keqformuar dhe problem parodontal. Për secilin pacient, së pari kryhet kontroll vizuale për të përcaktuar llojin e dhëmb/ëve të keqformuar, dhe menjëherë pas kësaj bëhet një diagnozë parodontale, duke e krahasuar me parametrat klinike në vijim: gjakderdhje gjatë vendosjes së sondës, humbje të ndërlihdjes parodontale dhe thellësis gjatë vendosjes së sondës.

Për të gjithë është bërë analizë statistikore me shenja numerike dhe është përpunuar statistikë përshkruese (vlerat minimale, maksimale, devijim standard dhe koeficient i variacionit). Për analizën u përdor edhe Chi-Square testi, dhe kur kushtet për përdorimin e tij nuk janë përmbushur, është përdorur testimi i saktë Fisher. Niveli i rëndësisë është vendosur në 5.0%.

REZULTATI

Anomalitë më të zakonshme të pranishme në këtë studim janë: rotacioni i dhëmb/ëve / me 76.9%, dendësia me 48.9% dhe inklinacion mezial i molarit me 47.8%. Shpërndarjet e ndryshimeve patologjike parodontale, treguan se pacientët me prezencë të inklinacionit mezial të molarit/molareve dhe kanë 100% gingivit kronik marginal, në inklinacionin e izoluar bukal të dhëmbit me 71.8%, rritje të gingivës në disa pjesë me dendësi në pjesën frontale me 47.8%, dhe me periodontitis kronik me 48.9%. Në të gjitha llojet, vetëm dhëmbët e izoluar me prirje të dhëmbit dhe izolimi i tepërt i incizorit maksilar u shoqëruan ndjeshëm me recesionin e gingivës ($p < 0.05$).

Përfundimi: Nga shembulli i përzgjedhur me lloje të ndryshme të anomalive në pozicionin e

ABSTRACT

Aim: to show the association of malformed teeth with periodontal health.

Method: total of 350 patients were examined, of both genders, aged 17 to 45 years, 105 patients were selected for this study with the presence of a mapped tooth and periodontal problem. For each patient, first a visual inspection is performed to determine the type of maligned tooth / teeth and immediately afterwards, a periodontal diagnosis is made, compared to the following clinical parameters: bleeding at diagnosis during sowing, loss of parodontal adaptation, and depth at suturing.

To all was made a statistical analysis with numerical marks, Descriptive statistics (minimum, maximum values, standard deviation and coefficient of variation). The Chi-square test was also used for the analysis, and when the conditions for its use were not met, the correct test fissure was used. The significance level is set at 5.0%.

RESULTS

The most common anomalies present in this study are: tooth/teeth rotations with 76.9%, 48.9% compactness and mesial inclination of the molar with 47.8%. Distribution of pathological periodontal changes has been shown in patients with the presence of mesial inclination of the molar /molars, and have 100% chronic marginal gingivitis, in isolated buccal inclination of the tooth with 71.8%, increase in gingiva in some areas with density in the frontal region with 47.8 %, and with chronic periodontitis with 48.9%. In all of the types, only the isolated buccal inclined teeth and the over-protrusion of the maxillary incisor were significantly associated with gingival recession ($p < 0.05$).

Conclusion: From the selected sample with different types of anomalies in the position of the tooth



dhëmbit/dhëmbëve, u shoqëruan ndjeshëm me ndryshimet në parodont, siç janë: gingiviti kronik marginal, zmadhimi i gingivës, recesioni i gingivës dhe periodontiti kronik. Pacientëve u rekomandohet trajtimi ortodontik, si dhe trajtimi parodontal bazik dhe kirurgjik.

Fjalë kyçe: dhëmbë të keqformuar, shëndeti parodontal, trajtim ortodontik.

HYRJE

Keqformimi i dhëmbëve përcaktohet si mungesë e lidhjes ndërmjet harqeve të sipërme dhe të poshtme të dhëmbëve dhe përshtatjes jo normale të dhëmbëve. Malokluzioni mund të rrisë rrezikun e traumës stomatologjike, kariesit, problem me parodontin dhe disfunkcione orale si për është frymëmarrja, përthypja, gëlltitja dhe vështirësi në të folur.

Nga disa gjendje patologjike që prekin zgavrën e gojës, malokluzioni është problemi i tretë më i rëndësishëm në popullatën botërore. Kjo ka çuar në rritjen e interesit për trajtimin ortodontik në shumë vende.

Kur kemi prani të anomalisë ortodontike, veçanërisht të llojit të një ose më shumë dhëmbëve të keqformuar, qasja diagnostikuese duhet të rishikohet në mënyrë ekipore nga ana e ortodontit, pediatri dhe paradontologut.

Komponenti diagnostik i paradontologut dhe ortodontit duhet të jetë një praktikë e zakonshme në klinikat dentare, veçanërisht nga specialistët. Prandaj, diagnoza e hershme e çfarë do lloji anomalie të pozicionit të dhëmbëve, jep informacion në lidhje për trajtim direkt, dhe sipas kësaj të parandalohet sëmundja parodontale. Trajtimet ortodontike, janë pjesë e rivendosjes së ekuilibrit okluzal, dhe në këtë mënyrë përmirësohet qasja ndaj higjenes orale, madje edhe vendosja e duhur të buzëve.

Trajtimi ortodontik funksionon duke ripozicionuar dhëmbët dhe siguron një lidhje të ngushtë me indet parodontale, si rezultat zvogëlon mundësinë e humbjes së dhëmbëve dhe infeksioneve të gingivës të shkaktuara nga dhëmbët e keqformuar.

Dëmtimi i dhëmbëve individual mund të jetë i pranishëm që nga laktacioni. Prandaj, pediatri dhe ortodonti duhet të veprojnë në mënyrë parandaluese për të siguruar pozicionimin e duhur të dhëmbëve, si dhe dentacionin e përhershëm të qumështit (1,2,3,4,5,6,7) (F1.1).

/ teeth, were significantly associated with changes in the periodontium, such as: chronic marginal gingivitis, increased gingivitis, gingival recession and chronic periodontitis. Patients were recommended orthodontic treatment as well as basic and surgical periodontal treatment.

Keywords: malignant teeth, periodontal health, orthodontic treatment.

INTRODUCTION

Dental malformation is defined as the absence of a connection between the upper and lower dental arches and the abnormal alignment of the teeth. Malocclusion can increase the risk of dental trauma, caries, periodontal problems, and oral dysfunctions such as breathing, chewing, swallowing, and speech difficulties.

From a few pathological conditions affecting the oral cavity, malocclusion is the third most important problem in the world population. This has led to increased interest in orthodontic treatment in many countries.

When we have the presence of an orthodontic anomaly, especially the type of malformation of one or more teeth, the diagnostic approach should be team reviewed by the orthodontist, pediatrician and periodontist.

The diagnostic component of the periodontist and orthodontist should be a common practice in dental clinics, especially specialists. Therefore, early diagnosis of any type of tooth abnormality gives information about direct treatment, and therefore, to prevent periodontal disease. Orthodontic treatments as a part of re-establishing occlusal balance, thereby improving access to oral hygiene and even proper lip placement. Orthodontic treatment works by repositioning the teeth and provides a close relationship with periodontal tissue, thereby reducing the chance of tooth loss and gingival infections caused by malformed teeth.

Malposition of individual teeth may be present since lactation. Therefore, pediatricians and orthodontists should act preventively to ensure proper positioning of the teeth as well as milk permanent dentition (1,2,3,4,5,6,7) (P1.1)



F 1.1 Profili i majtë dhe i djathtë intraoral i një pacienti me dhëmbë të keqformuar në të dy harqet e dhëmbëve.

Përcaktimi i dhëmbëve individual nuk sjell gjithnjë sëmundje parodontale. Siç treguan rezultatet, shumë njerëz kanë një higjenë të mangët në gojë dhe akumulimi i mëvonshëm i pllakës bakteriale, e cila, në disa raste mund të shkaktojë ndezje të gingivës, si një problem më i zakonshëm parodontal. (8,9,10)

Prandaj, në shumicën e studimeve tregohet rëndësia në udhëzimin për ruajtjen e higjenës orale dhe referimit të hershëm në trajtimin ortodontik si masë parandaluese. (11, 12) (F1.2)



F 1.2 Profili i majtë intraoral para dhe pas trajtimit ortodontik në një pacient me dhëmbë frontale të keqformuar.

Përgjigja është ndryshe në atë se sa i zënë është periodontiumi. Megjithëse, përgjigjen fiziologjike ndaj akumulimit të pllakës bakteriale, ndjeshmëria gjenetike e çdo personi mund të ndikojë në shanset për të rritur ashpërsisën e sëmundjes, e cila është gjithmonë pozitive. (13,14,15,16,17,18-21,22-25)

Të gjitha llojet e keq pozicionimi të dhëmbëve, si për shembull diastema, kompresimi, rrotullimi i dhëmbëve, zgjatja e incizuesve dhe prirja e molarit mandibular, mund të rezultojnë në humbje të hershme të dhëmbit si rezultat i formimit të xhepave parodontale nga sipërfaqja meziale e dhëmbit të përfshirë, sepse palca e eshtrave ka tendencë të ndjekë kufirin e çimentos-smaltit. (30)

Kur diagnostifikohet ndonjë lloj i keqformimit dentar, ortodonti duhet të shpërndajë dhëmbët në mënyrë të barabartë në harkun dentar për të ridrejtuar forcat okluzale që veprojnë në gjatësinë e dhëmbit, duke eliminuar kështu mundësinë e traumës okluzale, e cila mund të ndikojë në shëndetin e periodontiumit. (30,23)



P1.1 Intraoral left and right profile of a patient with malformed teeth in both dental arches.

Malposition of individual teeth does not always result in periodontal disease. As the results showed, many people have a deficient oral hygiene and subsequent accumulation of bacterial plaque which, in some cases can cause a gingivitis, as a most common periodontal problem. (8,9,10)

Therefore, most studies indicate the importance of the guidelines for maintaining oral hygiene and early referral to orthodontic treatment as a preventive measure. (11, 12) (P1.2)



P1.2 Intraoral left profile before and after orthodontic treatment in a patient with malformed front teeth.

The answer is different in how busy the periodontium is. Despite the physiological response to the accumulation of bacterial plaque, the genetic susceptibility of any person can affect the chances of increasing the severity of the disease, which is always positive. (13,14,15,16,17,18-21,22-25)

All types of dental malpractice, such as diastema, compression, rotation of the teeth, protrusion of the incisors, and mandibular molar inclination, can result in early tooth loss as a result of the formation of periodontal pockets from the mesial surface of the tooth involved, because bone marrow tends to follow the cement-enamel boundary. (30)

When any type of dental malformation is diagnosed, the orthodontist should distribute the teeth evenly in the dental arch to redirect the occlusal forces acting on the tooth's length, thus eliminating the possibility of occlusal trauma, which may affect the health of the periodontium. (30,23)

By correcting the inclined mandibular second molars, easier oral hygiene is provided in the mesial region of the tooth, thus eliminating the pathological periodontal environment, correcting the proximal bone defect, improving the crown-root relationship,



Nëpërmas korrigjimit të molarit të dytë mandibular inklinues, mundësohet higjienë më e lehtë orale në rajonin mezijal të dhëmbit, dhe me të njëjtën e eliminojmë mjedisin parodontal patologjik, e korrigjon defektin proksimal të eshtrave, e përmirëson marrëdhënien korone-rrënjë dhe parandalon trauma okluzale (31). Prezenca e shprehur e proklinacioneve të inciziveve mandibulare, është shpesh herë edhe arsye për recesion të gingivës (32) (S1.3)

Kohëve të fundit, trajtimi ortodont për korrigjimin e anomalive në pozitën e dhëmbëve, nuk implementohet vetëm tek fëmijët dhe adoleshentët, por edhe tek të rriturit. Pacientët e rritur kërkojnë më tepër trajtim ortodontik para së gjithash për arsye dhe bindje estetike, mirëpo ortodontët duhet ti theksojnë rezultatet funksionale të këtij lloj trajtimi (12,16).

Përvec kësaj, pacientët me sëmundje parodontale ose me mjekim të vazhdueshëm, duhet të ju nënshtrohen intervenimeve ortodontike. Disa autorë e theksuan rrëndësinë e qasjes multidisciplinare ndaj trajtimit, duke kombinuar stomatologjinë ortodontike, periodontologjike dhe restauruese, stomatologji protetike dhe implantologji, me qëllim që ti përgjigjen të gjitha nevojave të pacientit. (12,33,16,34,35,22)

QËLLIMI

Qëllimi i këtij studimi është të identifikohen llojet e ndryshme të anomalive në pozitën e dhëmbëve, dhe ndikimi i tyre në shëndetin e parodontit.

MATERIALI DHE METODA

Nga total 350 pacient të kontrolluar, të të dy gjinive, me moshë prej 17 deri 45 vjet, që kanë ardhur në KSHP “Dea-Dent” për kontroll stomatologjik, për këtë hetim u selekcionuan 105 pacient me prani të dhëmb/ëve të keqformuar dhe problemeve parodontale. Për çdo pacient së pari është kryer evidencë vizuale për llojin e anomalisë, kurse menjëherë pas asaj është vendosur diagnoza parodontale duke përdorur rezultatet nga gjakosja gjatë vendosjes së sondës (margjinale), thellësia e depërtimit, dhe nëpërmas kontrollit vizuel, prezencën ose mungesën e përkushtimit (recesionit gingival). Të dhënat ishin të analizuar në menyre statistikore për të gjithë, me vula numerike u përpunua statistika përshkruese (vlerat minimale dhe maksimale, vlerat e mesme, devijimi standard dhe koeficientit të ndryshimit). Për analizat përdorej edhe Chi-Square testi, dhe kur nuk plotësoheshin kushtet për përdorimin e tij, përdorej testi i saktë Fisher. Niveli i rrëndësisë është vendosur në 5.0%.

and preventing occlusal trauma. (31) The presence of pronounced mandibular incidence is a common cause of gingival recession. (32) (S1.3)

Lately, orthodontic treatment for correction of anomalies in the position of the teeth, is not carried out exclusively in children and adolescents, but also in adults. Adult patients require orthodontic treatment primarily because of aesthetic considerations, but orthodontists should also emphasize the functional results of this type of treatment. (12,16)

In addition, patients with periodontal disease or subsequent treatment should undergo orthodontic intervention. Several authors have highlighted the importance of a multidisciplinary approach to treatment, combining orthodontic, periodontal, restorative dentistry, prosthetic dentistry, and implantology to meet the patient's needs. (12,33,16,34,35,22)

AIM

The aim of this study was to identify various types of anomalies in the position of the teeth and their impact on periodontal health.

MATERIAL AND METHOD

Out of a total of 350 patients examined, of both sexes, aged from 17 to 45 years, who came to the PHI “Dea-Dent”, 105 patients were selected for dental examination with the presence of a malformed tooth and periodontal problem. For each patient, first a visual record is made for the type of anomaly, and immediately afterwards, a periodontal diagnosis is made, using the results of gingival bleeding (marginal), penetration depth, and through visual inspection, the presence or absence of loss of attachment (gingival recession). The data were statistically analyzed in all numerical features and a descriptive statistic (minimum and maximum values, medium values, standard deviation and variation coefficient) were developed.

A chi-square test was also used for analysis, and when the conditions for its use were not met, the correct Fisher test was used. The significance level is set at 5.0%.



REZULTATET

Tabela 1 tregon rezultatet e malokluzioneve mvarësisht nga lloji i keqformimit të dhëmbit, qe u gjetën në këtë grupë hetuese. Vërehet se anomalitë më të shpeshta të pranishme janë: rrotacioni i dhëmbit/ëve me 76.9%, dendësi apo dhëmbët e rrastë me 48.9% dhe inklinacioni mezijal i molarit me 47.8%.

Tabela 1. Shpërndarja e anomalive të dhëmbëve në harqet e dhëmbëve

Anomalitë dentare	Po n(%)	Jo n(%)	Totali n(%)
Diastema mediane	23(26,4%)	82(73,6%)	105 (100%)
Rotullimi i dhëmbit/dhëmbëve	75(76,9%)	30(23,1%)	105 (100%)
Pjerrësia meziale e molarit	47(47,8%)	68(52,2%)	105 (100%)
Kompresimi në harkun dentar	47(48,9%)	58 (51,1%)	105 (100%)
Pjerrësia makulare e molarit	32(23,1%)	73(76,9%)	105 (100%)
Zgjatja e incizorit maksilar	28(18,7%)	77(81,3%)	105 (100%)

Tabela 2 tregon shpërndarjen sipas ndryshimeve periodontale, në të cilat pacienti mund të ketë një ose më shumë ndryshime periodontale. Rezultatet treguan se pacientët me praninë e përfshirjes meziale të molarit/molarëve kishin 100% gingivit kronik marginal të përcaktuar me gjakderdhje margjinale gjatë vendosjes së sondës. Përqindja më e lartë e ndryshimeve parodontale është vërejtur tek pacientët me prirje të izoluar bukale të dhëmbit me 71.8%, për derisa vlera të ngjashme u treguan në zgjatjen e incizivevr maksilar me 48.9% dhe densitet në pjesën frontale me 47.8%.

Tabela 2 shpërndarja e ndryshimeve patologjike periodontale

Ndryshimet periodontale	Po n(%)	Jo n(%)	Totali n(%)
Përfshirja meziale e mollarit	105 (100%)	-	105 (100%)
Prirje e izoluar bukale e dhëmbit	69 (71,8%)	46(38,2%)	105 (100%)
Kompresion në pjesën frontale	47(47,8%)	68(52,2%)	105 (100%)
Zgjatje e incisivit maksilar	47(48,9%)	58 (51,1%)	105 (100%)

Tabela 3 tregon rezultatet e analizës së dhëmbëve të keqformuar dhe lidhjen e tyre me dhëmbët, me ose pa recesion gingival. Nga të gjitha llojet, vetëm dhëmbët e prirjes së izoluar bukale dhe proinklinim i rritur i inciziveve maksilar kishin një lidhje të konsiderueshme me recesionin gingival, me ($p < 0.05$).

RESULTS

Chart 1 shows the results of dental malocclusions that are found in this study group. It is noted that the most common present anomalies are: rotations of the tooth/teeth with 76.9%, compactness with 48.9% and mesial inclination of the molar/s with 47.8%.

Table 1. Distribution of dental anomalies in dental arches

Dental anomalies	Yes n(%)	No n(%)	Total n(%)
Median diastema	23(26,4%)	82(73,6%)	105 (100%)
Tooth/teeth rotation	75(76,9%)	30(23,1%)	105 (100%)
Mesial inclination of the molar	47(47,8%)	68(52,2%)	105 (100%)
Compression in dental arch	47(48,9%)	58 (51,1%)	105 (100%)
Macular inclination of the molar	32(23,1%)	73(76,9%)	105 (100%)
Maxillary incisal protrusion	28(18,7%)	77(81,3%)	105 (100%)

Table 2 shows the distribution by periodontal changes, in which one patient may have one or more periodontal changes. The results showed that in patients with the presence of mesial inclusion of molar/s and had 100% chronic marginal gingivitis defined by marginal bleeding during the breakthrough. A higher percentage of periodontal changes was seen in patients with isolated buccal inclination of the tooth with 71.8%, while similar values were shown in maxillary incisor protrusion with 48.9% and density in the frontal region with 47.8%.

Table 2 the distribution of pathological periodontal changes

Periodontal changes	Yes n(%)	No n(%)	Total n(%)
Mezial inclusion of moles	105 (100%)	-	105 (100%)
Isolated buccal inclination of the tooth	69 (71,8%)	46(38,2%)	105 (100%)
Congestion in the frontal region	47(47,8%)	68(52,2%)	105 (100%)
Congestion in the frontal region	47(48,9%)	58 (51,1%)	105 (100%)

Table 3 shows the results of the analysis of malignant teeth and their association with teeth, with or without gingival recession. Of all the types, only the isolated buccal inclined teeth and the exaggerated cursing of the maxillary incisions had a significant association with gingival recession, with ($p < 0.05$).



Tabela 3 Paraqitje e rëndësishme statistikore e recesionit gingival tek anomalitë me malpozicion të dhëmbëve

Recesion gingival	Pon (%)	Jon (%)	Totali n (%)	P
Inklinacioni bukal i dhëmbit				P(1)=0,0025*
Po	29(91,7)	7(8,3)	36(100)	
Jo	32(59,1)	27(40,9)	69(100)	
Total	71(67,8)	34(32,2)	105(100)	
Zgjatje incizale e maksilarit				P(1)=0,0125*
Po	15(90,0)	10(10,0)	25(100)	
Jo	43(67,4)	37(32,6)	80(100)	
Total	58(67,8)	47(32,2)	105(100)	

(*)= rëndësia statistikore me 5.0%
 (1)= chi-square test

Ndryshimet më të mëdhaja të përqindjeve tek pacientët me gingivitis kronik, u gjetën tek ato të cilët kanë patur inklinacion me zjarr të molarit, zgjatje të incizivëve maksilar dhe mandibular. (tab.4).

Tabela 4 Paraqitje e rëndësishme statistikore të gingivitit kronik tek anomalitë me keqpozicionim të dhëmbëve

Gingiviti kronik	Po n(%)	Jo n(%)	Total n(%)	P
Inklinacioni mezial i dhëmbit				P(1)=0,0139*
Po	19(42,3)	27(57,7)	46(100)	
Jo	10(19,6)	39(80,4)	49(100)	
Totali	33(26,9)	72(73,1)	105(100)	
Zgjatje maksilare e incizivës				P(1)=0,0182*
Po	15(50,0)	15(50,0)	30(100)	
Jo	16(23,9)	54(76,1)	75(100)	
Totali	34(26,9)	71(73,1)	105(100)	
Zgjatje mandibulare e incizivës				P(1)=0,022*
Po	12(60,5)	9(39,5)	21(100)	
Jo	18(22,4)	56(77,6)	84(100)	
Totali	32(29,1)	73(70,9)	105(100)	

Chart 3 A demonstration of statistical significance of gingival recession at anomalies with dental malposition.

Gingival recession	Yes n (%)	No n (%)	Total n (%)	P
Buccal tooth inclination				P(1)=0,0025*
Yes	29(91,7)	7(8,3)	36(100)	
No	32(59,1)	27(40,9)	69(100)	
total	71(67,8)	34(32,2)	105(100)	
Maxillary incisal protrusions				P(1)=0,0125*
Yes	15(90,0)	10(10,0)	25(100)	
No	43(67,4)	37(32,6)	80(100)	
total	58(67,8)	47(32,2)	105(100)	

(*)=statistical significance with 5.0%
 (1)=chi-square test

The largest percentage differences in patients with chronic gingivitis are found in those who have had mesial inclination of the molar, protrusion of the maxillary and mandibular incisors. (chart 4)

Chart 4 A demonstration of statistical significance of chronic gingivitis in dental malformations

Chronic gingivitis	Yes n(%)	No n(%)	Total n(%)	P
Mesial tooth inclination				P(1)=0,0139*
yes	19(42,3)	27(57,7)	46(100)	
no	10(19,6)	39(80,4)	49(100)	
total	33(26,9)	72(73,1)	105(100)	
Maxillary incisal protrusion				P(1)=0,0182*
yes	15(50,0)	15(50,0)	30(100)	
no	16(23,9)	54(76,1)	75(100)	
total	34(26,9)	71(73,1)	105(100)	
Mandibular incisal protrusion				P(1)=0,022*
yes	12(60,5)	9(39,5)	21(100)	
no	18(22,4)	56(77,6)	84(100)	
total	32(29,1)	73(70,9)	105(100)	



Gjithashtu në tabelën, ndryshimet më të mëdhaja të përqindjeve të pacientët me gingivit kronik u gjetën tek ato të cilët kishin dendësi, zbutje të përgjithshme në harqet dhe diastema dentale.

Rezultatet nga tabela 4 dhe 5 e konfirmojnë lidhjen signifikante ndërmjet dhëmb/ëve të keqformuar dhe gingivitit kronik ($p < 0.05$).

Tabela 5 Paraqitje e rëndësishme statistikore e gingivitit kronik tek anomalitë me keqpozicionim të dhëmbëve.

Gingiviti kronik	Po (%)	Jo n(%)	Totali n(%)	P
Lirshmëria				P(1)=0,0139*
Po	20(67,0)	10(33,0)	(100)	
Jo	16(13,8)	59(86,2)	(100)	
Totali	36(29,1)	69(70,9)	(105)	
Diastema mediane				P(1)=0,0049*
Po	15(50,0)	15(50,0)	(100)	
Jo	22(20,3)	53(79,7)	(100)	
Totali	37(28,9)	68(77,1)	(105)	
Dendësia				P(1)=0,0004*
Po	15(90,0)	10(10,0)	25(100)	
Jo	43(67,4)	37(32,6)	80(100)	
Totali	58(67,8)	47(32,2)	105(100)	

(*)= Rëndësia statistikore me 5.0%

(1)=chi-square test

DISKUTIM

Dhëmbët e keqformuar janë faktorë të paradisponueshëm të llojit të veçantë të sëmundjes parodontale, për arsye se mirëmbajtja e higjienës orale bëhet sa më e vështirë, mblihet pllakë bakteriale dhe grumbullohet, dhe sipas kësaj shtohet dhe vëni deri te ndryshimet patologjike dhe parodontale, siç është gingiviti marginal kronik, recesioni i gingivës, zmadhimi i gingivës dhe shkallë të ndryshme të periodontitit kronik. Sidoqoftë, ky predispozicion gjithmonë na çon deri te sëmundja parodontale, veçanërisht tek individët të cilët vazhdimisht vizitojnë stomatolog, i cili u jep udhëzime për mirëmbajtje të mirë të higjienës orale dhe udhëzim për trajtim të hershëm ortodontik.(1,2,7,14,21-24,26). Shpesh herë, gjatë praktikës rutinore në klinikë, shkujdeset zbulimi i fazës së hershme të dhëmbëve të keqformuar, që mund të zgjas deri në pubertet, apo derisa vet pacientët të kërkojnë trajtim ortodontik.

Also in Table 5, the largest percentage differences in patients with chronic gingivitis were found in those who had congestion, generalized tenderness in the dental arches, or diastemas.

The results in Tables 4 and 5 confirm the significant association between malignant teeth and chronic gingivitis. ($p < 0.05$)

Chart 5 Demonstration of statistical significance of chronic gingivitis in dental malformations.

Chronic gingivitis	Yes (%)	No (%)	Total (%)	P
Sharpness				P(1)=0,0139*
yes	20(67,0)	10(33,0)	(100)	
no	16(13,8)	59(86,2)	(100)	
total	36(29,1)	69(70,9)	(105)	
Median diastema				P(1)=0,0049*
yes	15(50,0)	15(50,0)	(100)	
no	22(20,3)	53(79,7)	(100)	
total	37(28,9)	68(77,1)	(105)	
Compaction				P(1)=0,0004*
yes	15(90,0)	10(10,0)	25(100)	
no	43(67,4)	37(32,6)	80(100)	
total	58(67,8)	47(32,2)	105(100)	

(*)= Statistical significance with 5.0%

(1)=chi-square test

DISCUSSION

Malignant teeth are a predisposing factor for individual periodontal disease, therefore, maintaining oral hygiene becomes more difficult, bacterial plaque retains and accumulates, and therefore multiplies and progresses to pathological periodontal changes, such as chronic gingivitis, marginal gingivitis. increase (thickening) of the gingiva and varying degrees of severity of chronic periodontitis.

However, this predisposition does not always lead to periodontal disease, especially in individuals who visit the dentist regularly, who instructs them to maintain good oral hygiene and refer to early orthodontic treatment (1, 2, 7, 14, 21-24, 26). Very often, in a routine clinical practice, the stage of early detection of malignant teeth that can last until puberty is neglected, or when patients themselves want orthodontic treatment.



Rezultatet nga ky studim vërtetuan se lidhja e ndërsjelltë diagnostike dhe terapeutike ndërmjet ortodontëve dhe parodontologëve është koncensus në literaturë (7,8,10,13). Shëndeti dentar i parodontit është thelbësore për suksesin e çfarëdo lloj trajtimi ortodontik, megjithatë korrighimi ortodontik nuk duhet të rezultojë me dëmtim të indit parodontal. Prandaj te ky lloj i anomalive, nevojitet kurim i hershëm ortodontik për çdo pacient.

Analiza e nevojës për trajtim ortodontik zbuloi se 61.6% e pacientëve kanë nevojë për levizje të vogël të dhëmbëve të keqformuara, kurse 38.4% duhet të nënshtrohet trajtimit total ortodontik, me çka edhe i vërtetuam këto zbulime me zbulimet e (4,8,9,11,17 dhe 19). Në këtë studim, tek një numër i madh i pacientëve ishte i pranishëm recesioni gingival, gjë që pajtohet edhe me zbulimet e Fiedotin (14) dhe Vanzin (29).

Analiza e nevojës për trajtim parodontal vërtetoi se 100% e pacientëve duhet të nënshtrohen shërimit fillestar parodontal (udhëzime për higjienë orale dhe largim i depozitëve të buta), përderisa 33.5% i pacientëve duhet të nënshtrohen operacionit pas këtyre procedurave.

Edhe pse gjatë këtij studimi kishim grupe të ndryshme të moshave, me shkallë të ndryshme të keqpozicionimit të dhëmbëve, u tregua se mund të shkaktohet ndonjë sëmundje parodontale ose të

The results of this study confirmed that the diagnostic and therapeutic interconnection between orthodontists and periodontists is a consensus in literature (7, 8, 10, 13). The clinical health of the periodontium is essential in the success of any type of orthodontic treatment, but orthodontic correction should not result in the damage of periodontal tissue. Therefore, this type of anomaly requires early orthodontic treatment of each patient.

The analysis for the need of orthodontic treatment revealed that 61.6% of patients need a slight movement of the malformed teeth, and 38.4% should undergo a complete orthodontic treatment, by which we confirm these findings with the findings of (4, 8, 9, 11, 17 and 19).

In this study, a gingival recession was present in a large number of patients, corresponding to the findings of Fiedotin (14) and Vanzin (29).

The analysis for the need of periodontal treatment confirms that 100% of patients should undergo a primary periodontal treatment (instructions for oral hygiene and removal of soft deposits), while 33.5% need to undergo a surgery after these procedures.

Although, in this study we had different age groups with different degrees of tooth/teeth malposition, it has been shown that they can cause some kind of periodontal disease or change the intensity of the previous disease.



ndryshohet intenziteti i sëmundjes paraprake.

Në literaturë, disa studime kanë hetuar lidhjen e ndërsjelltë ndërmjet pozicionimit jo të duhur të dhëmb/ëve me shëndetin e parodontit, tek një grupë pacientësh të rritur. Shumica fokusohen tek femijët dhe adoleshentët. Studimi jonë hetoi pacientët që kishin nevojë për trajtim parodontal, dhe i vlerësonte dhëmbët e keqformuara dhe efektet e tyre të mundshme tek indi parodontal. Të dhënat treguan se ka pasur ndryshime parodontale lidhur me anomalitë ortodontike, që i vërtetojnë edhe zbulimet e mëparshme (1,2,7,8,14).

Edhe pse faktori kryesor etimologjik i parodontit është pllaka bakteriale, faktorët tjerë zakonisht janë të lidhur, dhe kjo mund të sjellë deri te ndryshimet në përgjigjet e bartësit. Nga këto faktorë, dhëmbët e keq vendosur janë faktori i paradisponueshëm se pse higjiena orale është më e vështirë, pllaka bakteriale mbledhet dhe grumbullohet, sipas kësaj shumohet dhe sjell deri te ndryshimet patologjike parodontale.

Trauma okluzale që është rezultat i keqpozicionimit të dhëmbëve, në raste si për shembull, pjerrtësia e tepruar e inciziveve mandibulare, është faktor destruktiv për indet që e mbështesin parodontin. Në këtë studim, kjo ishte në mënyrë thelbësore e lidhur me recesionin gingival, gjendje patologjike që gjendet tek një numër i madh i pacientëve në ekzemplarin tonë, dhe si faktor bashkë-shkatëruës kur është i lidhur me sëmundje ekzistuese parodontale, që sjell deri te lëvizshmëria me e madhe e dhëmbëve të prekur, gjë që ishte e vërtetuar tek pacientët të cilët kanë pasur periodontitit kronik dhe ne përputhshmëri me zbulimet e përshkuara në (14,29).

PËRFUNDIMI

Nga mostra e zgjedhur me anomali të llojeve të ndryshme, në pozicionin e dhëmb/ëve, ishin thelbësisht të lidhura me ndryshimet e parodontit, siç janë: gingivit marginal kronik, rritje të gingivës, recesion gingival dhe periodontit kronik. Pacientët u rekomanduan për trajtim fillestar kirurgjik dhe parodontal, si dhe rekomandim për trajtim ortodontik. Prandaj, roli i ortodontit dhe periodontologut është në korrelacion me pozitën e dhëmbëve që sjell deri te përmirësimi i shëndetit oral.

Analysis of the need for periodontal treatment confirmed that 100% of patients should undergo primary periodontal treatment (instructions for oral hygiene and removal of soft deposits), while 33.5% need to undergo surgery after those procedures.

Although in this study we had different age groups with different degrees of dental malposition, it was shown that they can cause some kind of periodontal disease or change the intensity of the previous disease.

Several studies in the literature have examined the relationship between improper positioning of teeth and periodontal health in a group of adult patients. Most of them focus on children and adolescents. Our study examined patients involved in periodontal treatment and assessed maligned teeth and their possible effects on periodontal tissue. The data showed that there were periodontal changes associated with orthodontic anomalies that confirm previous findings. (1,2,7,8,14)

Although the main etymological factor of the periodontium is bacterial plaque, other factors are usually related and may lead to changes in the host's responses. Of these factors, malformed teeth are predisposing factors because oral hygiene becomes more difficult, bacterial plaque retains and accumulates, and therefore multiplies and leads to pathological periodontal changes.

Occlusal trauma resulting from incorrect dental malpractice in cases such as excessive cupping of mandibular incisions, is a destructive factor for periodontal-supporting tissues.

In this study, this was significantly associated with gingival recession, a pathological condition found in a large percentage of patients in our sample, and as a co-destructive factor when associated with existing periodontal disease, leading to greater mobility of the affected teeth, which was confirmed in patients who had chronic periodontitis and according to this are described the findings. (14,29)

CONCLUSION

From the selected sample with different types of abnormalities in tooth position, they were significantly associated with periodontal changes such as: chronic marginal gingivitis, gingival enlargement, gingival recession, and chronic periodontitis. Patients were given the recommendation for the necessary basic and surgical periodontal treatment, as well as the recommendation for orthodontic treatment. Therefore, the role of the orthodontist and periodontist is correlated with the position of the teeth, which leads to improved oral health.



LITERATURA E SHFRYTËZUAR

1. Abu Alhaija ES, Al-Khateeb SN, Al-Nimri KS. Mbizotërimi i malokluzioneve tek 13-15 vjeçarët e fëmijëve shkollor të Jordanisë Veriore. Komuniteti i shëndetit Dentar. 2005;22(4):266-71.
2. Abu Alhaija ES, Al-Wahadni AM. Marrëdhënia midis parregullsisë së dhëmbëve dhe sëmundjes parodontale te fëmijët me vizita të rregullta dentare. J Klin Pediatr Dent. 2006;30(4):296-8.
3. Bello FC. Malokluzioni dhe shërbimi publik: një studim në Belo Horizonte [monografi]. Belo Horizonte (MG): Universiteti Federal i Minas Gerais; 2004. (3) [Link]
4. Dvorkin C, MA Filipuzzi, Rizzo A. Ortodontikë në të rritur. Kriteret e trajtimit. Rastet klinike. Rev Ateneo Argentina Odontol. 1998; 37 (1): 42-6.
5. Facal-García M, Suárez-Quintanilla D, De Nova-García J. Diastemat në stomatologjinë parësore dhe marrëdhëniet e tyre me gjinine, moshën dhe okluzionin dentar. Eur J Paediatr Dent. 2002; 3 (2): 85-90.
6. Farret MM, Jurach EM, Guimarães MB, Guimarães MB. Mbikëqyrja e hapësirës në stomatologjinë e përzier dhe lidhja e saj me mbushjen e dhëmbëve në rajonin anterior të harkut të poshtëm: një filozofi trajtimi. Ortodon Gaúch. 2005; 9 (1): 5-12.
7. Feldens EG, Kramer PF, Feldens CA, Ferreira SH. Shpërndarja e pllakave dhe gingivitëve dhe faktorëve shoqërues në fëmijët brazilianë 3- deri në 5 vjeç. Fëmija J Dent. 2006; 73 (1): 4-10.
8. Feng X, Oba T, Oba Y, Moriyama K. Një qasje ndërdisiplinore për rezultate të përmirësuara funksionale dhe estetike në një pacient të rritur me kompromis periodontal. Këndi Ortodoks. 2005; 25 (6): 1061-70.
9. Fiedotín De Harfin J, Ureña A, Lapenta R, Alonso M. Realja dhe idealja në trajtimin estetik të diastemave të mëparshme. Ortodonci. 2003; 67 (133): 42-5.
10. Freitas JR, Ramalho SA, Vedovello Filho M, Vedovello SAS. Vertikalizimi i molarëve të dytë të poshtëm. J Bras Ortodon. Ortop. i fytyrës. 2001; 6 (36): 449-56.
11. Fukunaga T, Kuroda S, Kurosaka H, Takano-Yamamoto T. Ankorimi skeletik për korigjimin ortodontik të zgjatjes maksilare me periodontit të rritur. Këndi Ortodoks. 2006; 71 (1): 148-55.

LITERATURE

1. Abu Alhaija ES, Al-Khateeb SN, Al-Nimri KS. Prevalence of malocclusion in 13-15 year-old North Jordanian school children. Community Dent Health. 2005;22(4):266-71.
2. Abu Alhaija ES, Al-Wahadni AM. Relationship between tooth irregularity and periodontal disease in children with regular dental visits. J Clin Pediatr Dent. 2006;30(4):296-8.
3. Bello FC. Malocclusion and the public service: a study in Belo Horizonte [monograph]. Belo Horizonte (MG): Federal University of Minas Gerais; 2004. (3) [Links]
4. Dvorkin C, Filipuzzi MA, Rizzo A. Orthodontics in adults. Treatment criteria. Clinical cases. Rev Ateneo Argent Odontol. 1998; 37 (1): 42-6
5. Facal-García M, Suárez-Quintanilla D, De Nova-García J. Diastemas in primary dentition and their relationships to sex, age and dental occlusion. Eur J Paediatr Dent. 2002;3(2):85-90.
6. Farret MM, Jurach EM, Guimarães MB, Guimarães MB. Supervision of space in mixed dentition and its correlation with dental crowding in the anterior region of the lower arch: a treatment philosophy. Ortodon Gaúch. 2005; 9 (1): 5-12.
7. Feldens EG, Kramer PF, Feldens CA, Ferreira SH. Distribution of plaque and gingivitis and associated factors in 3- to 5-years-old Brazilian children. J Dent Child. 2006;73(1):4-10.
8. Feng X, Oba T, Oba Y, Moriyama K. An interdisciplinary approach for improved functional and esthetic results in a periodontally compromised adult patient. Angle Orthod. 2005;25(6):1061-70.
9. Fiedotín De Harfin J, Ureña A, Lapenta R, Alonso M. The real and the ideal in the aesthetic treatment of the previous diastemas. Orthodontics. 2003; 67 (133): 42-5.
10. Freitas JR, Ramalho SA, Vedovello Filho M, Vedovello SAS. Verticalization of the lower second molars. J Bras Ortodon Ortop Facial. 2001; 6 (36): 449-56.
11. Fukunaga T, Kuroda S, Kurosaka H, Takano-Yamamoto T. Skeletal anchorage for orthodontic correction of maxillary protrusion with adult periodontitis. Angle Orthod. 2006;71(1):148-55.
12. Gábris K, Márton S, Madléne M. Prevalence of malocclusions in Hungarian adolescents. Eur J Orthod. 2006;28(5):467-70.(12)



12. Gábris K, Márton S, Madléne M. Prevalenca e malokluzioneve në adoleshentët hungarezë. Eur J Ortodoks. 2006; 28 (5): 467-70. (12)
13. Glans R, Larsson E, Ogaard B. Ndryshimet gjatësore në gjendjen e gingivës në dentitete të grumbulluara dhe jo të grumbulluara, të nënshtruara trajtimit ortodontik fiks. Jam J Ortoport Ortodofacial. 2003; 124 (6): 679-82. (13)
14. Gutiérrez Izquierdo E, Martínez Pérez M. Humbja e eshtrave për shkak të periodontitit, mbingarkesës dhe ndërhyrjes okluzale. Rev Kuba Estomatol. 1991; 28 (2): 93-7. (14)
15. Hallmon WW. Trauma e okluzionit: efekti dhe ndikimi në periodontium. Ann Periodontol. 1999; 4 (1): 102-8. (15)
16. ///
17. Karaçay S, Gurton U, Olmez H, Koymen G. Trajtimi multidisiplinar i dhëmbëve të përherëshëm "binjakë": dy raporte rastesh. Fëmija J Dent. 2004; 71 (1): 80-6. (17)
18. Lestrel PE, Takahashi O, Kanazawa E. Një qasje sasiore për matjen e grumbullimit në harkun dentar: Përshkruesit e Furierit. Jam J Ortoport Ortodofacial. 2004; 125 (6): 716-25. (18)
19. Machuca G, Martínez F, Machuca C, Bullón P. Një kombinim i trajtimit ortodontik, parodontal dhe prostodontik në një rast të malokluzionit të përparuar. Int J Restorative Periodontike Int. 2003; 23 (5): 499-505 (19)
20. Maino BG. Trajtimi ortodontik dhe problemet parodontale. III. Mondo Ortod. 1989; 4 (6): 839-46. (20)
21. Mickenautsch S, Rudolph MJ, Ogunbodede OO, Chikte UM. Shëndeti oral midis refugjatëve Liberianë në Ganë. East Afr Med J. 1999; 76 (4): 206-11 (21).
22. Miguel JAM. Studimi i lidhjes midis ashpërsisë së malokluzioneve dhe kushteve të shëndetit oral në nxënësit e shkollës të moshës 12 vjeç në qytetin e Rio de Janeiro. 2004 [tezë]. Rio de Janeiro (RJ): Universiteti Federal i Rio de Janeiro; 2004. (22)
23. Ngom PI, Diagne F, Benoist HM, Thiam F. Marrëdhëniet intraharkore dhe interharkore të dhëmbëve të përparme dhe kushteve parodontale. Këndi Ortod. 2006; 76 (2): 236-42 (23).
24. Silva ACA, Gusmão ES. Vlerësimi klinik i gjendjes së gingivës dhe pllakës tek fëmijët me pozicionim të dobët të dhëmbëve. Një Pensambam i Pavarur Fed Odontol. 2000; 10 (2): 89-94 (24).
13. Glans R, Larsson E, Ogaard B. Longitudinal changes in gingival condition in crowded and noncrowded dentitions subjected to fixed orthodontic treatment. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2003;124(6):679-82.(13)
14. Gutiérrez Izquierdo E, Martínez Pérez M. Bone loss in teeth with periodontitis, overloads and occlusal interferences. Rev Cuba Stomatol. 1991; 28 (2): 93-7. (14)
15. Hallmon WW. Occlusal trauma: effect and impact on the periodontium. Ann Periodontol. 1999;4(1):102-8. (15)
16. ///
17. Karaçay S, Gurton U, Olmez H, Koymen G. Multidisciplinary treatment of "twinned" permanent teeth: two case reports. J Dent Child. 2004;71(1):80-6. (17)
18. Lestrel PE, Takahashi O, Kanazawa E. A quantitative approach for measuring crowding in the dental arch: Fourier descriptors. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2004;125(6):716-25.(18)
19. Machuca G, Martínez F, Machuca C, Bullón P. A combination of orthodontic, periodontal and prosthodontic treatment in a case of advanced malocclusion. Int J Periodontics Restorative Dent. 2003;23(5):499-505 (19)
20. Maino BG. Orthodontic treatment and periodontal problems. III. Mondo Ortod. 1989;4(6):839-46. (20)
21. Mickenautsch S, Rudolph MJ, Ogunbodede EO, Chikte UM. Oral health among Liberian refugees in Ghana. East Afr Med J. 1999;76(4):206-11 (21).
22. Miguel JAM. Study of the association between the severity of malocclusions and oral health conditions in schoolchildren aged 12 years in the city of Rio de Janeiro. 2004 [thesis]. Rio de Janeiro (RJ): Federal University of Rio de Janeiro; 2004. (22)
23. Ngom PI, Diagne F, Benoist HM, Thiam F. Intraarch and interarch relationships of the anterior teeth and periodontal conditions. Angle Orthod. 2006;76(2):236-42 (23).
24. Silva ACA, Gusmão ES. Clinical evaluation of gingival and plaque condition in children with poor dental positioning. An Fac Odontol Univ Fed Pernamb. 2000; 10 (2): 89-94 (24).



25. Silva Filho OG, Rego MVN, Silva PRB, Silva FPL, Ozawa TO. Marrëdhënia ndër-harkore në protezën parësore: diastema, mungesa e diastemave dhe mbushja. *Ortodontika*. 2002; 35 (4): 8-20. (25)
26. Simon C, Tesfaye F, Berhane Y. Vlerësimi i gjendjes së shëndetit oral të fëmijëve në shkollë në Addis Ababa. *Ethiop Med J*. 2003; 41 (3): 245-56. (26)
27. Stiz AL. Prevalenca e sëmundjes parodontale dhe malokluzionit të dhëmbëve të nxënësve të shkollës të moshës 5 deri 12 vjeç në Camboriú-SC [disertacion]. São Paulo (PS): Universiteti i São Paulo; 2001. (27)
28. Vanzin GD, Priestsch JR. Konsideratat midis recesionit gingival dhe traumës okluzale. *Rev Odonto Ciênc*. 2001; 16 (33): 182-6. (28)
29. Vanzin GD, Marchioro EM, Berthold TB, Dolci GS. Konsiderata në lidhje me recesionin e gingivës dhe përhapjen e tepërt të incizuesve më të ulët. *J Bras Ortodon Ortop Facial*. 2003; 8 (46): 318-25. (29)
25. Silva Filho OG, Rego MVN, Silva PRB, Silva FPL, Ozawa TO. Intra-arch relationship in the primary dentition: diastemas, absence of diastemas and crowding. *Orthodontics*. 2002; 35 (4): 8-20. (25)
26. Simon C, Tesfaye F, Berhane Y. Assessment of the oral health status of school children in Addis Ababa. *Ethiop Med J*. 2003;41(3):245-56.(26).
27. Stiz AL. Prevalence of periodontal disease and dental malocclusion in schoolchildren aged 5 to 12 years old in Camboriú-SC [dissertation]. São Paulo (SP): University of São Paulo; 2001. (27)
28. Vanzin GD, Priestsch JR. Considerations between gingival recession and occlusal trauma. *Rev Odonto Ciênc*. 2001; 16 (33): 182-6. (28)
29. Vanzin GD, Marchioro EM, Berthold TB, Dolci GS. Considerations about gingival recession and excessive proclination of the lower incisors. *J Bras Ortodon Ortop Facial*. 2003; 8 (46): 318-25. (29) [Links]