

PROGRAM DE TRATAMENT COMPLEX AL EROZIUNILOR DENTARE

Adriana Șabazova,
doctor în medicină

Valeriu Burlacu,
d.m., profesor universitar

*Catedra Chirurgie
OMF, Implantologie
orală și Stomatologie
Terapeutică „Arsenie
Guțan“, USMF „Nicolae
Testemițanu“*

Emilia Pelin,
medic stomatolog

*Clinica Universitară
Stomatologică*

Rezumat

Deși la prima vedere, abordarea curativă a eroziunilor dentare pare a fi simplă, cercetările generale demonstrează necesitatea tratamentului multilateral. Combinarea metodelor restaurative, medicamentoase și fizioterapeutice, paralel cu excluderea unor substanțe acide, aparent inofensive, pot soluționa problema defectelor deja existente, menține stabilizarea procesului sau chiar elimină invaziile erozive.

Cuvinte cheie: eroziune dentară, tratament conservativ, materiale compozite.

Summary

COMPLEX TREATMENT PROGRAM OF THE DENTAL EROSION

Although at first glance, dental erosion's treatment appears to be simple, general researches demonstrate the need for multilateral treatment. Combining restorative, drug and physiotherapeutical methods, along with the exclusion of acidic substances, seemingly harmless, they can solve the problem of existing defects, may retain the stabilization of the process or can eliminate erosive invasions.

Key words: dental erosion, conservative treatment, restorative materials.

Actualitatea temei

În cazul eroziunilor dentare, atât pacienții, cât și mulți practicieni preferă să amâne tratamentul pe motiv că trebuie așteptat ca leziunile erozive să se mărească și abia apoi să intervină și să le țină sub control. Acești clinicieni nu iau în considerare că pacienții mai devreme sau mai târziu vor avea nevoie de tratament restaurativ, care va fi mult mai invaziv, iar întârzierea terapiei eroziunilor dentare va duce în mod inevitabil la afectarea masivă a țesuturilor dentare dure.

Este cunoscut faptul că cu cât este mai tânăr pacientul, cu atât principiul de preparare minimală și de păstrare a țesuturilor dentare dure devine decisiv. Restaurarea compozițională directă a a dinților este recunoscută în prezent ca fiind cea mai conservativă tehnologie existentă în stomatologia estetică [4].

Materiale și metode

Studiul de față reprezintă o analiză a datelor acumulate în procesul explorării a 101 de pacienți care au prezentat leziuni dentare erozive cu grad diferit de manifestare. Tratamentul eroziunilor dentare s-a aplicat în funcție de gravitatea procesului eroziv și de individualitatea pacientului.

Tratamentul conservativ medicamentos al eroziunilor dentare a inclus:

1. administrarea locală a unor preparate desensibilizante (*Ultra-Ez* și *Gluma Desensitizer*);
2. aplicarea unor proceduri de fizioterapie (electroforeza cu gel *Bio-R* de 0,1%).

Aplicarea locală a desensibilizantelor a contribuit la suprimarea durerii dentinei hipersensibile. Aceste preparate au fost indicate chiar și la dureri puternice ca reacție la stimuli termici, tactili și osmotici.

Tratamentul miniinvaziv restaurativ (cu coafaj indirect) al eroziunilor dentare a presupus parcurgerea mai multor etape:

1. anestezierea cu *Articaine Hydrochloride*;
2. prepararea leziunilor erozive, cu formarea bizotului adamantinal și a șanțurilor de retenție internă;
3. inserarea firului de retracție;

4. izolarea dinților cu diga;
5. aplicarea sistemului adeziv;
6. restaurarea propriu-zisă:
 - căptușeala pe bază de hidroxid de calciu;
 - obturația de bază tip *liner*;
 - obturația permanentă;
7. șlefuirea, lustruirea și poleirea;
8. ermetizarea dintelui.

Atunci când pacienții s-au adresat cu pulpite acute și cronice ca rezultat al eroziunilor dentare, implicate în distrucții până la camera pulpară și erau indicații pentru devitalizare, înainte de lucrările de restaurare s-a recurs la tratament endodontic (terapie maxiinvasivă).

Alt aspect al tratamentului a fost excluderea xerostomiei [1,2]. Secreția salivei poate fi stimulată prin mestecarea gumei fără glucide timp de 5 minute. În primele minute de mestecare a gumei se produce de 10 ori mai multă salivă decât în normă.

Tratamentul obturațional al suprafețelor netede a fost indicat în cazul leziunilor erozive ale țesuturilor dentare dure. A fost rațional ca terapia eroziunilor dentare să o începem neinvaziv. Acesta a presupus, în primul rând, operarea unor modificări în regimul alimentar al pacientului (cu includerea produselor cu acțiune neerozivă). În al doilea rând, explicarea și respectarea procedurii corecte de igienă dentară. O importanță deosebită, în acest sens, a avut și excluderea suprasolicitării danturii în procesul de masticatie (înlăturarea hiperbalanței și precontactelor).

Terapia maxiinvasivă de restabilire morfo-funcțională a fost indicată numai în cazul prezenței simptomelor durabile persistente și pentru obținerea efectului estetic.

Materialele compozite au fost folosite pentru obturarea tuturor cavitațiilor dentare, care erau înconjurate de adamantină sănătoasă.

În cazul preparării mecanice am ținut cont de faptul că, spre colet, distanța până la organul pulpar este nesemnificativă. Din aceste considerente, cavitatea avea forma curburii suprafeței dentare. Cu ajutorul frezelor diamantate cilindrice și conice formam o cavitate minimală. Aspectul cavității corespundea lățimii defectului eroziv și direcției marginii gingivale, având forma unei cuve.

În situația clinică a eroziunilor dentare, adamantina înconjoară din toate părțile defectul eroziv, fapt care va necesita ca marginile cavității să fie bizotate (cu un bizot nu mai mic de 0,5 mm) cu ajutorul frezelor cilindrice. În calitate de bază curativă, am folosit materialul de hidroxid de calciu care asigură o adezivitate bună la țesutul dentinei. În calitate de izolare am folosit *lineri*.

În cazul prezenței unor leziuni erozive în care sectorul de colet se prezenta în formă de farfurioară, situația clinică nu necesită aplicarea procedurii de preparare mecanică. După curățarea suprafeței de dentină cu periute speciale, restaurarea era aplicată prin coeziune adezivă, folosind în acest scop tehnologia

gravării smalțului, intermediarii dentinoleganți și bondingul.

În perioada aplicării tratamentului, le-am prescris pacienților folosirea preparatelor de calciu în calitate de aditivi alimentari. Necesarul zilnic pentru copii a constituit 500–800 mg, iar pentru adulți — până la 1200 mg.

Leziunile dentare de mici dimensiuni, cauzate de procese erozive, au fost tratate prin obturații compoziționale nemasive, îndeosebi în situațiile în care țesutul remanent dur era într-o stare estetică bună. În acest caz se proceda în funcție de situația clinică existentă, care determina scopul tratamentului — obținerea unor rezultate estetice și restabilirea funcționalității dinților.

De regulă, în acest scop se da preferință materialelor care corespund cerințelor tehnice, rezistă forțelor ocluzale și sunt simple de folosit. Compozitele hibride sunt aplicate mult mai frecvent, deoarece sunt rezistente și netede la suprafață după polimerizare. Aceste compozite sunt elaborate în diverse nuanțe, opacitate și consistență. Există și compozite de microumplere, care sunt folosite tot mai mult la efectuarea unor lucrări stomatologice de reconstituire a unui aspect estetic natural.

În ultimul deceniu, piața materialelor stomatologice s-a diversificat foarte mult. Este vorba, în acest sens, și de apariția unor agenți de legătură cu smalțul dinților — sistemele adezive. Astăzi există câteva generații de astfel de adezivi. Sistemele adezive asigură o coeziune destul de stabilă față de adamantină și dentină, fapt care permite evitarea fracturilor dentare coerente și a celor de refacere. Stomatologul poate alege și poate decide ce adeziv va folosi.

Materialele compozite hibride se caracterizează prin stabilitate și rezistență la factorii exogeni. Compozitele de microumplere se polizează foarte ușor, dar deseori se despică, fapt care le face recomandabile în sândviș-tehnici. Ele pot fi folosite cu succes în sectoarele nesupuse forțelor ocluzale nemajore și pe suprafețele masticatorii unde aspectul adamantinal și capacitățile de polizare au o însemnătate deosebită (suprafețe mai frecvent depistate la erodarea țesuturilor dentare dure).

Culoarea dintelui va fi selectată înainte de izolarea lui și când dintele rămâne umectat. Cheile de culori propuse de producători, de regulă, nu redau tonalitatea reală a materialului, de aceea este necesară determinarea culorii dintelui după materialul (care va fi folosit) deja preparat. Vom proceda astfel, ținând cont de faptul că dinții sunt policromi, deoarece straturile mai profunde de dentină sunt acoperite de smalț transparent. În afară de aceasta, vom lua în considerație și faptul că culoarea dintelui în sectorul precolar se deosebește de culoarea coroanei în sectorul din treimea medie a lui, în sectoarele proximale și în zona marginii incizale.

Prin urmare, la selectarea și aplicarea straturilor individuale de culoare, se va ține cont de modificarea opacității restaurării și va fi necesară o analiză foar-

te minuțioasă. Compozitele repartizează neuniform culoarea și lumina îndreptate spre smalț și dentină. Va fi nevoie ca particularitățile cromatice ale dintelui natural să fie reproduse cu o precizie maximală, cu aplicarea compozitului în straturi de diverse tonalități. În afară de aceasta, se va ține cont de faptul că compozitele hibride se aseamănă la culoare cu dentina, pe când cele de microumplere — cu adamantina. Aplicarea mai multor straturi de compozit nu va diminua adeziunea sau rezistența, deoarece pe suprafața stratului de compozit polimerizat se formează un strat umectat bogat în oxigen.

Luând în considerație faptul că saliva și sângele micșorează adeziunea compozitului la țesuturile dentare dure, va fi necesar de aplicat cel mai eficient procedeu de izolare a câmpului operator de aceste lichide biologice cu coferdam. Ca o alternativă, noi am folosit în acest scop și retractorul labial, firul de retracție și aspiratorul de salivă — acestea fiind foarte eficiente numai în cazul utilizării lor corecte.

Aplicarea maselor compoziționale a presupus executarea corectă, cu particularități, a defectelor erozive:

1. a fost înlăturat volumul de țesut dur, necesar unei adeziuni adecvate și rezistenței restaurării;
2. smalțul erodat și dentina au fost înlăturate cu instrumente rotative;
3. prepararea adamantinei, formarea bizotului și punctelor de retenție s-au executat cu freze diamantate cu piesa pneumatică cu răcire,
4. cavitatea a fost formată cu freze diamantate în formă de pară;
5. îndepărtarea adamantinei de suprafață și bizotarea marginilor cavității s-a executat cu freză diamantată-con ascuțit.

Procesul de restaurare a fost divizat în etapele de aplicare a sistemului adeziv (gravare, primer și bonding), de aplicare a compozitului, de prelucrare finală a reconstituirii și ermetizarea acesteia.

Rezultate obținute și discuții

Cercetările efectuate ne-au permis să distingem 3 situații de eroziuni dentare în care este necesar să se procedeze la tratament, și anume, atunci când: este afectată integritatea dentară; dentina expusă este hipersensibilă; defectul eroziv este inestetic.

Analiza tratamentului simptomatic ne permite să confirmăm faptul că hiperestezia a dispărut la 72,1% din pacienții cărora li s-a aplicat soluția de *Gluma Desensitizer*, 74,4 %- *UltraEz* și 73,7% — gel *BioR* de 0,1%.

Pentru combaterea hipersensibilității le-am recomandat pacienților să folosească o varietate de paste de dinți cu efect desensibilizant (din seriile *Sensodyne C*, *Sensodyne P*, *Oral-B*, *Жемчуг*), care includ componente biologice active: ioni de calciu, glicerofosfat de calciu, hidroxiapatite, citrat de zinc, natriu, triclosan. Citratul de calciu atenuează sindromul dolo, iar triclosanul este cunoscut ca un antiseptic eficient [3].

Importanța practică

Constă în punerea la dispoziție stomatologiei practice a opțiunii de tratament miniinvaziv și maxiinvaziv. Acordarea unei atenții mai mari profilaxiei distrofiilor dentare, în deosebi a eroziunilor dentare, rămâne a fi partea cea mai responsabilă a tratamentului. Oricare pacient trebuie să fie abordat individual și fiecăruia să i se ofere informația medicală adecvată cu privire la afecțiunea stomatologică pe care o are.

Concluzii

Tratamentul eroziunilor dentare a presupus parcurgerea obligatorie a câtorva etape, care, în ultimă instanță, au putut fi structurate clar într-un algoritm (terapia conservativă medicamentoasă, miniinvazivă restaurativă și maxiinvazivă). Conform numărului de dinți tratați stabilitatea leziunilor erozive a fost de 91,46% ($p < 0,1$).

Bibliografie

1. Hall AF. The effect of saliva on enamel and dentine erosion. *J Dent* 1999;27:333-9 p.
2. Jonsson R. et al. Oral and Dental Manifestations of Sjogren's syndrome: Current Approaches to Diagnostics and Therapy. *Sjogren's syndrome*: Springer New York, 2012, 72-74 p.
3. Lan W.H., Lui H.C. Treatment of dentine hypersensitivity: Yag laser. *J.Clin.Laser Med.Surg.*, 1996, 14: 89-92 p.
4. Lussi A. Dental Erosion. From Diagnosis to Therapy. *Monographs in Oral Science*, Vol.20, 77-140, 173-212 p.

Data prezentării: 15.05.2014

Recenzent: Ana Eni