

PARADIGMA ENDO-PERIO. METODA OPTIMĂ DE TRATAMENT

Rezumat

Leziunile periodonțiului apical frecvent sunt cauzate de microflora canalului radicular, clinic și radiologic de multe ori se prezintă ca leziuni asociate de parodontiul marginal. În rezolvarea acestor situații practicienii recurg frecvent la tratamentul chirurgical, care este adesea sortit eșecului, dacă nu este acompaniat de un tratament endodontic corect.

Cuvinte cheie: Granulom, chist, parodont

Summary

ENDO-PERIOR PARADIGME. THE OPTIMAL TREATMENT METHOD

Periodontal lesions are frequently caused by the root canal microbio-ta, which radiographically and clinically present itself as lesions associated with the disease of the periodontium. As a treatment method of these situations, practitioners often imply the surgical method of treatment, a method which will most probably fail, if not done in correlation with the correct endodontic treatment.

Key words: Granuloma, Cyst, periodontium.

Introducere.

Endodonția și Parodontologia ca ramuri ale stomatologiei moderne sunt foarte diferite ca tehnici și principii, dar au un scop comun, care de altfel adesea este foarte greu de obținut — homeostazia țesuturilor parodontale. Pentru orice clinicist care practică stomatologia nu rare sunt situațiile când pacientul acuză leziuni cu suspiciuni la patologia parodontală, în realitate leziunea fiind una de origine endodontică, astfel abordul parodontal este sortit eșecului fără un tratament endodontic adecvat.

Materiale și metode.

Lucrarea dată va face referință doar la 3 cazuri clinice. Autorul menționează din start că lucrarea dată nu este editată ca o lucrare de dovada științifică înaltă (nu este o metaanaliză, studiu randomizat de control, studiu cohort) ci doar o simplă analiză care, poate va ajuta în lucrul clinic al oricărui stomatolog.

Pentru o detalare a celor ce vor fi prezentate mai jos, autorul dorește să revizuiască o serie de termeni și metode de tratament, făcând referință la patologia periapicală de origine endodontică. Clinic și practic dilatarea spațiului periodontal, granulomul, fistula, abcesul alveolar, chistul dentar reprezintă diferite aspecte ale aceleiași leziuni — **leziuni de origine endodontică**¹(LOE). Granulomul apical și chistul odontogen sunt divizări „clasice” cel mai frecvent clinic deosebite după dimensiunea lor radiologică — divizarea lor este în fond fără scop deoarece tratamentul este nealterat pentru aceste 2 tipuri de leziuni. Aceste 2 leziuni se tratează cu rate de succes foarte mari identice, în mod special endodontic, și nu este necesar de a deosebi atât timp cât ele sunt recunoscute ca LOE². Termenul de „granulom” este eronat deoarece el nu este o tumoare dar un țesut inflamator cronic ce conține țesut „granulos” care la rândul său apare ca răspuns la infectarea sau la inflamarea țesuturilor periapicale cauzate de necroza pulpară³. Histologic „chisturile odontogene” se prezintă ca granulome apicale, unica diferență fiind doar prezența cavității centrice umplută cu lichide sau materiale semisolidă¹. Este important de a menționa că este un proces inflamator astfel odată ce stimulul este înlăturat (infecția), procesul se diminuează¹. Cum a fost menționat deja nu este necesar de a deosebi aceste entități între sine, mai ales pe baza radiografiilor, deoarece leziuni mici de până la 0,5 mm pot prezenta vacuole chistice și alte leziuni radiologic mari (mai mari de 3 cm) pot fi formate doar din țesut de granulație¹. Unica metodă de a pune

Vasile Cîrîmpei
Catedra Stomatologie
Terapeutică USMF
„Nicolae Testemițanu”

un diagnostic corect este doar cea morfohistologică, care nu are relevanță clinică⁴. Cu toate cele menționate înainte de tratament, practicantul este obligat de a face tot setul de investigații paraclinice și clinice, să facă un diagnostic diferențial corect cu chisturile veridice, neoplazii etc.

Mai jos vom face prezentarea cazurilor clinice. Autorul va sublinia factorii de bază ce au fost luați în calcul la stabilirea diagnosticului și metodelor de tratament.

Pacienta A. s-a prezentat în clinică cu următoarele acuze: mobilitate dentară avansată, gingivoragii, jenă la masticție. Din istoricul medical: pacienta nu a efectuat detartrajul dentar niciodată, nu cunoaște nici o tehnică de periaj acceptabilă, nu folosește flosa. Pacienta relatează că ambii părinți au suferit de „Parodontoză” este convinsă că și ea suferă de această maladie.

Obiectiv s-au depistat depozite moi și dure pe 50% din suprafețe denare, indicele de sângerare 80%. Mobilitate dentară (depistată clinic fără metode obiective) de gradul III afectând doar dinții 44 și 36. Valorile de sondare parodontală practic pe tot grupul de dinți prezenta valori de 3 mm (± 1 mm). Excepție a fost doar dintele 36 care prezenta valori de liza a furcăției de gradul II Hump vestibular, fără a mai prezenta alte patologii parodontale prin prisma sondărilor parodontale. Electroodontometria cu aparatul Parkell prezenta lipsa reacției la valori mai mari de 12 μ a a dinților 36, 44. Dinții limitrofi toți se prezentau ca vitali (3 μ a, $\pm 1\mu$ a). Dintele 36 prezenta o obturație de clasa II Black, apparent integră fără semne de percolare marginală (microleakage), culoare dintelui nefiind afectată. D. 44 se prezenta deasemenea cu o obturație, de culoare maro, ce presupunea probabilitatea tratamentului endodontic cu amestec rezorcina-formalină. Dinții sensibili la percuția în ax și orizontală. Cu toate datele colectate clinic cel mai probabil vor fi depistate LOE a dinților 44 și d. 36; și gingivită catarală cronică generalizată. Se recomandă RVG pentru 44 și 36. examenul radiologic cu OPG nu pare a fi unul logic deoarece sondările parodontale ne prezentau un tablou al unei gingivite și nu ale unei leziuni parodontale mai grave după cum pacienta insistă.

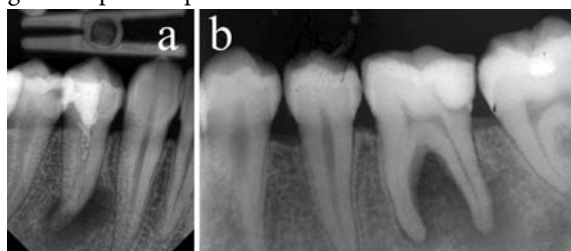


Fig. 1. Radiografia inițială a pacientei A

Cum și a fost presupus radiologic s-au depistat 2 LOE, leziunea parodontală puțin probabil să genereze așa defecte. Autorul nu va face referință la dimensiunea leziunilor. Pacienta a fost supusa detartrajului ultrasonic, a fost instruită asupra metodelor corecte de igiena bucală. A fost inițiat tratamentul endodontic al dintelui 36. După ce a fost administrată anestezia intraligamentară, dintele a fost izolat cu rubberdam.

Autorul dorește să menționeze că tratamentul endodontic fără rubberdam este imposibil, diga fiind cheia succesului în endodonție. În caz că posibilități de a instala rubberdam-ul nu sunt practicantul are 2 opțiuni: una este de a le crea și alta este de a extrage dințele! Odată ce dintele a fost izolat complet, el a fost prelucrat cu soluție de NaOCl 5%. O freza cilindrică de granulație mare a fost utilizată pentru înlăturarea în totalitate a obturației și țesuturilor necrotice, țesuturilor dentare alterate pentru crearea accesului în linie dreaptă. A fost restabilit cu compozit peretele distal. Tratamentul de canal a fost unul standard pentru cazurile necrotice prin tehnica Schilder classic⁵. Unica particularitate a fost că patența (permeabilitatea canalului — se obține prin introducerea unui file endodontic de dimetru mai mic ca constricția apicală minimă, periapical 0,5 mm) pe canalul mezo lingual a fost obținută inițial și pierdută după instrumentarea cu file-ul de 35. Obturarea a fost efectuată cu oxid de zinc și eugenol, plus con de gutaperca 0.2 35 pe fiecare canal. Obturarea de canal a fost una deficitară.

Dintele 44 a fost abordat în aceeași manieră, până la instrumentare. Dintele a fost cel mai probabil tratat anterior cu rezorcina-formalină, prezenta 2 canale care confluează și un al treilea pe care nu a fost obținută patența. Instrumentarea mecanică a canalului a fost efectuată prin tehnica Profile. La etapa de lărgire finală în canalul lingual a fost fracturat un instrument de 30 0.4 (figura 2a, 2b). Canalul a fost sigilat adeziv pe treimea superioară după care o radiografie ortocentrică, alta distocentrică au fost efectuate. Tehnica „bypass” nu s-a soldat cu succes. Dintele a fost obturat având ca sealer pasta oxid de zinc și eugenol, gutaperca condensată vertical (figura 2c, 2d).

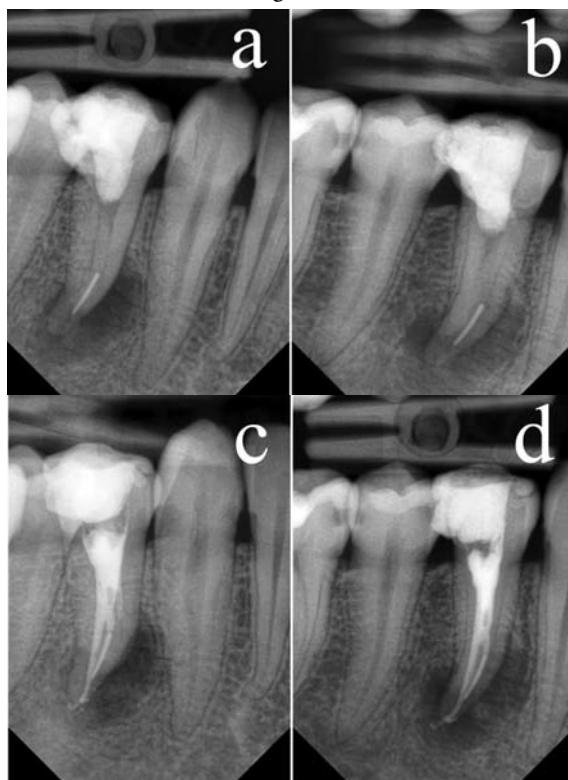


Figura 2. Radiografii la etapa de tratament și post obturație

Din cele relatate mai sus, tratamentul chirurgical nu a fost considerat necesar (chiretajul periapical, rezecția apicală), tratamentul fiind unul exclusiv endodontic. Figura 3 și 4 prezintă fotografiile intraorale după perioada de vindecare la 13 luni după tratament.

Figura 3. Examen fotografic intraoral al dintelui 44 la 13 luni. a — aspect ocluzal, b — aspect lingual, c — aspect vestibular



Figura 3. Examen fotografic intraoral la 13 luni dintelui 44

Pacienta B. s-a prezentat cu aceleași acuze ca și Pacienta A, unica diferență de această dată a fost lipsa leziunilor la furcații la molari, și o igienă bucală dezastruoasă. Din nou pacienta acuză și este ferm convinsă de o patologie parodontală. Examenul OPG-fic ne relevă însă altceva.



Figura 4. Examen fotografic a situației inițiale a Pacientei B



Figura 5. OPG inițial

În afară de leziunile carioase multiple, precum și gingivitei catarale cronice, două LOE se depistează la proiecția apexurilor dinților 12 și 36. Dinții limitrofi se prezintă vitali la teste funcționale (EOD, percuție etc.). Se inițiază retratamentul de canal a dintelui 36, tratamentul 12, asanarea cavității bucale. Nici un tratament chirurgical nu a fost efectuat în vederea enucleării LOE a dinților 12 și 36; tratamentul efectuat

fiind unul exclusiv de canal. Tratamentul de canal nu a variat de la un protocol standard.



Fig.6. RVG la 6 și la 13 luni, pacienta A

Rezultate. Pacienta A a fost monitorizată retrospectiv la 6 luni și la 13 luni. Datele radiografiilor de control prezintă semne de vindecare evidentă la 13 luni (fig. 6c, 6d) și parțială la 6 luni (figura 6a, 6b).

Dinții 44 și 36 la 13 luni de la debutul tratamentului de canal nu mai prezentau simptomatologie de leziune periapicală, lipsa sensibilității la percuția în ax și la percuția orizontală.

Pacientă B a fost monitorizată deasemenea la 6 luni și la 13 luni. Radiologic s-au depistat rezoluții masive în patologia periapicală.

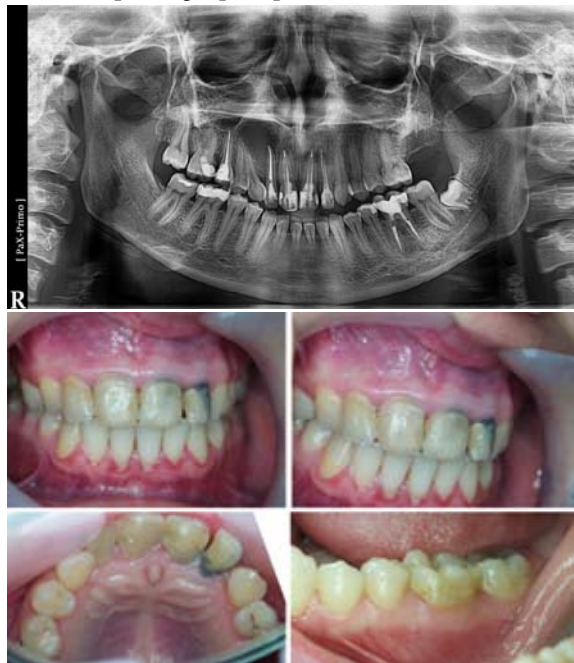


Figura 7. OPG Pacienta B la 6 și la 13 luni. Examen fotografic intraoral (lipsa cicatricilor chirurgicale)

Importanța practică. Leziunea de origine endodontică, ca și cea parodontală de altfel sunt patologii care deseori pot fi confundate între ele. Considerând factorul microbial drept esențial în declanșarea patologiei, LOE va fi tratată prin abord endodontic primordiar și cea parodontală prin abordul său individual complex. După cum a fost prezentat în aceste 2 cazuri clinice de multe ori pacienții duc în eroare medicul acuzând leziuni care necesită alte aborduri decât cele acuzate — implicit vom avea un eșec în tratament. O colectare minuțioasă a datelor clinice și paraclinice este mandatorie pentru un plan de tratament.

Discuții și concluzii. Medicina bazată pe dovezi este ghidul manoperelor practice pe care le aplică un medic specialist în munca sa de zi cu zi, sau cel puțin așa ar trebui să fie.

Un șir de subiecte care sunt la baza reușitei cazurilor clinice expuse mai sus vor fi discutate în continuare.

Toți dinții din cazurile clinice prezentate mai sus au fost obturați pe canal într-o singură vizită. Noi considerăm obturația de canal provizorie se efectuează doar atunci când nu sunt condiții de obturație permanentă. Raportând această metodă la medicina bazată pe dovezi vom face referință la studiul randomizat de control al lui Andreas Molander⁶. Conform datelor obținute de autor dovezile de obținere a vindecării într-o vizită și în mai multe vizite pe o perioadă de 2 ani variază statistic foarte nesemnificativ ($p=0,75$).

O altă problemă majoră în endodonție este persistența fragmentelor de instrumentar mecanic în canal. Mult timp eșecul în endodonție era blamat de retenția acestor instrumente în canal. În opinia noastră ele într-adevăr pot afecta rezultatul clinic al tratamentului de canal, deoarece mai mulți parametri sunt implicați în acest tip de tratament iar eșecul mai des se datorează izolării precare (manopere endodontice fără rubber dam), utilizării soluțiilor de lavaj inproprie, neutilizarea chelatorilor, durata tratamentului, forma canalului preparat, tehnica de preparare și încă mulți alți parametri. Desigur fractura de instrument în canal este considerată o iatrogenie și clinicistul nu trebuie să privească superficial această problemă. De ce cazul prezentat s-a soldat cu succes? Probabil nu vom putea răspunde — posibil deoarece dintele a fost izolat calitativ, posibil că NaOCl de 5% și-a făcut efectul, posibil faptul, că canalele conflueau, posibil deoarece fragmentul s-a fracturat l-a etapa finală de tratament de canal. Ceea ce trebuie să știm este că instrumentul fracturat nu generează infecție dar o poate menține. Făcând o paralelă cu medicina bazată pe dovezi și

anume o metaanaliză, aflăm că pronosticul tratamentului de canal nu este influențat semnificativ, atunci când un fragment de instrumentar este reținut în canal⁷. Cu acestea fiind spuse autorul dorește să menționeze, că fracturarea de instrumentar este o iatrogenie (cum deja a fost stabilit) și practicianul este obligat să cunoască metode de a preveni acest incident.

O altă problemă nu mai puțin stringentă este cum determinăm dacă leziunea s-a tratat complet sau nu. Aici vom face o referință la studiul Wanderley Garcia F.⁸. Studiul a prevăzut următoarele: pacienții au fost repartizați în 4 grupe. Primul grup au fost pacienții care au primit tratamente de canale pe dinți vitali, grupul 2 pacienți cu PAC tratați într-o vizită, grupul 3 pacienți cu PAC tratați în 2 vizite (apropro diferențe în rezultatul tratamentului grupului 2 și 3 nu au fost depistate), și grupul 4 dinți cu PAC lăsați netratați. Din numărul total de dinți 71% mai aveau semne de leziune la nivel 2D (radiografii retroalveolare) la un termen de 3 luni. Pe CBCT (tomografie computerizată cu focar conic) leziuni persistente au fost depistate în 84%, iar histologic 93%. Această lucrare de fapt ne face să ne uităm mult mai obiectiv la rezultatele obținute de noi în tratament.

Raportând cele obținute în cazurile clinice prezentate în lucrare cu studiul Wanderley Garcia F. ne dăm seama că este destul de probabil ca vindecare completă să nu fie obținută în aceste cazuri cu toate că dinții tratați sunt complet asimptomatici. Cert este că o analiză profundă este necesară la stabilirea planului de tratament și la verificarea rezultatelor obținute.

Bibliografia

1. CASTELLUCCI A. *Endodontic vol.1. IL TRIDENTE*, 2004
2. GROSSMAN L.L., *Endodontic Practice. 11th edition Lea & Febiger, Philadelphia. 1988*
3. WEINE F.S., *Endodontic therapy, 2nd edition*, The C.V. Mosby Company, St. Luis, 1976
4. WHITE S.C., *Absence of radiometric differentiation between periapical cysts and granulomas. Oral Surg.* 78:650, 1994.
5. SCHILDER, H.: *Cleaning and shaping the root canal.* Dent. Clin. North Am. 18:269, 1974.
6. MOLANDER A., WARFVINGE J., REIT C., KVIST T., *Clinical and radiographic Evaluation of One- and Two-visit Endodontic Treatment of Asymptomatic Necrotic Teeth with Apical Periodontitis: A Randomized Clinical Trial.* JOE — Volume 33, Number 10, October 2007
7. PANITVISAI P., PARUNNIT P., SATHORN C., MESSER H.H. — *Impact of a Retained Instrument on Treatment Outcome: A Systematic Review and Meta-analysis.* JOE — Volume 36, Number 5, May 2010
8. WANDERLEY GARCIA F., MIN-KAI WU, ROBERTO LEONARDO M., BEZERRA DA SILVA, AND WESSELINK P. R., *Accuracy of Periapical Radiography and Cone-Beam Computed Tomography Scans in Diagnosing Apical Periodontitis Using Histopathological Findings as a Gold Standard.* JOE — Volume 35, Number 7, July 2009.