

PARTICULARITĂȚILE DIAGNOSTICULUI ȘI TRATAMENTULUI CAVITĂȚILOR DENTARE DE CLASA VI

Rezumat

Majoritatea stomatologilor practicieni sunt siguri că în clasificarea lui Black sunt menționate doar 5 clase de cavități, deși există și clasa a VI-a. La clasa a VI-a, conform suplimentului la clasificarea clasică a lui Black, se referă cavitățile situate la nivelul marginilor incizale ale dinților frontali (*incisivilor, caninilor*) sau la vârful cuspidilor dinților laterali (*molari și premolari*). Într-un șir de cazuri tot tratamentul se reduce la prepararea și obturarea acestor defecte cu materiale compozite. Adâncimea optimă a cavității este de 2 mm, dacă nu sunt prezente leziuni ale straturilor mai profunde ale dentinei. Materialele folosite pentru obturarea cariilor de clasa a VI-a sunt compozite, compomeri și ionomeri de sticlă cu rezistență sporită.

Cuvinte cheie: clasificarea lui Black, clasa a VI-a, adâncime optimă de preparare, obturare.

Summary

FEATURES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF TEETH CAVITIES BY VI CLASS

The majority of practical dentists are assured that in classification of Black are only five classes of cavities; however there is also a sixth class. Addition to the classification of Black to 6 classes of the cavities refers the cavities localized at cutting edge of cutters and at tops of hillocks of canines, premolars and molars. In some cases all treatment is reduced to preparation, with the subsequent sealing of cavities. The optimal depth of the cavity is 2 mm, if it is not associated with lesions of the deeper layers of dentin. Materials used for obturation of cavities of VI Class are composites, compomers, glass-ionomers etc.

Key words: classification of Black, sixth class, optimal depth for preparation, obturation.

Actualitatea temei

Majoritatea stomatologilor practicieni sunt siguri că în clasificarea lui Black sunt menționate doar 5 clase de cavități, deși există și clasa a VI-a. La clasa a VI-a, conform suplimentului la clasificarea clasică a lui Black, se referă cavitățile situate la nivelul marginilor incizale ale dinților frontali (*incisivilor, caninilor*) sau la vârful cuspidilor dinților laterali (*molari și premolari*).

Cauzele formării defectelor în aceste zone sunt:

- 1) denudarea traumatică a dentinei pe cuspid (*așchieria smalțului*);
- 2) lipsa antagoniștilor (*și, în consecință, — tulburarea autocurățirii cuspidilor în timpul masticației*);
- 3) abraziunea fiziologică a țesuturilor dure dentare până la dentină;
- 4) abraziunea patologică a țesuturilor dure dentare;
- 5) bruxism.

Reieșind din manifestările clinice ale defectelor carioase, leziunile țesuturilor dure dentare de clasa a șasea pot fi împărțite în două subclase (sau — 2 variante):

Varianta I reprezintă defecte datorate unei abraziuni de vârstă sau patologice a țesuturilor dure dentare.

Atunci când cavitatea carioasă se formează pe suprafața abraziată a cuspidului sau a marginii incizale dentina, după dezgolirea suprafeței sale, fiind un țesut mai puțin dur decât smalțul, începe să se abrazieze vertiginos. În urma acestui proces pe marginile incizale ale incisivilor se formează defecte punctiforme, iar apoi — sulculare. Pe suprafața cuspidilor canini, premolari și molari defectele sunt caliciforme [„în cupă“].

Alexei Terehov,
d.ș.m., conferențiar
universitar,
Catedra Propedeutică
Stomatologică și
Implantologie Dentară
„Pavel Godoroja“,
USMF „N. Testemițanu“,
R.Moldova;

Corneliu Năstase,
asistent universitar,
Catedra Stomatologie
terapeutică, USMF
„N. Testemițanu“

Planșeurile acestor defecte sunt pigmentate (*brun închis, negre*) în urma impregnării dentinei cu coloranți alimentari.

Marginile smalțiere ale defectului sunt ascuțite, efilate și fragile.

Principala acuză a pacientului, care s-a adresat la clinica stomatologică în vederea unui tratament dentar, este remarcarea unui defect estetic în formă de „pată întunecată”.

Când se produce fisurarea smalțului unui oarecare cuspid, pacienții pot prezenta acuze de prezență a unor margini ascuțite ale defectului, durere apărută la acțiunea unor iritanți chimici și termici.

În *varianta a II-a* se formează defecte de origine carioasă sau în urma fisurării smalțului pe cuspid, atunci când cavitatea carioasă se localizează pe vârful cuspidului sau al marginii incizale neabraziate.

Pe cuspidii molarilor și premolarilor, sau marginile incizale ale dinților frontali sunt clar vizibile leziunile carioase sub forma de puncte de culoare neagră sau maro închis.

Tipic pentru aceste cavități de clasa a VI-a este penetrarea procesului patologic în profunzimea țesuturilor dure dentare în absența unei extensii largi în suprafață. Lipsesc orice acuze referitoare la durere. Acest lucru se datorează faptului că diferiți agenți iritanți nu pătrund printr-un orificiu mic spre dentina. Un semn ghidant, de regulă, este prezența unui defect estetic în formă de „punct negru”.

În practica noastră am întâlnit defecte carioase de clasa a șasea la molari și premolari, în lipsa dinților antagoniști și în prezența unei igiene orale precare.

Bineînțeles că nu putem răspunde la întrebarea: „Care este cauza dezvoltării unei oarecare carii — fisurarea smalțului sau în urma perturbării auto-curățirii dinților în procesul de masticție?”. Dar, în câteva cazuri clinice din practica noastră, am decelat procese carioase după îndepărtarea tartrului de pe suprafața ocluzală a unor dinți lipsiți de antagoniști.

Într-un șir de cazuri tot tratamentul se reduce la prepararea și la obturarea acestor defecte cu materiale compozite.

Obiective: a defini indicațiile pentru alegerea metodei de tratament al cariei dentare de clasa a șasea după Black în dependență de variantele acesteea.

Materiale și metode

Particularitățile caracteristice ale preparării:

- Abordarea cât mai cruțătoare la îndepărtarea țesuturilor carioase. Urmează de a fi utilizate freze, ale căror mărime este cu puțin mai mare decât diametrul cavității. În caz contrar, vor fi îndepărtate cantități excesive ale țesuturilor dure ale cuspidilor sau ale marginii incizale a dintelui, ceea ce va duce la o debilitare [slăbire] a teritoriului, asupra căruia cade cea mai mare solicitare la mușcare și mestecare (*cuspidii molarilor și premolarilor, marginile incizale ale dinților frontali*).
- În cazul unei adâncimi neînsemnate a cavității

carioase este posibil de a nu se administra anestezie, și nu este nevoie de aplicarea digăi.

- Adâncimea optimă a cavității preparate este de 2 mm, dacă nu sunt prezente leziuni ale straturilor mai profunde ale dentinei.
- Există posibilitatea de a păstra smalțul lipsit de dentina subiacentă, grație grosimii destul de mari a stratului de smalț, în special în regiunea cuspidilor molarilor.
- Marginea smalțului nu trebuie bizotată.
- La prepararea cavităților de clasa a VI-a se recomandă crearea unei forme asemănătoare cu o cavitate simplă de clasa I; colțurile, de obicei, nu se fac, din cauza volumului mic al cavității.

Deschiderea cavității carioase frecvent este inutilă, ca urmare a formei sale sulculare sau „în cupă”. Marginile smalțiere fragile ale defectului sunt menajate și păstrate pe cât este posibil, în special la incisivi.

În tratamentul cariilor de clasa a VI-a varianta a II-a, localizate pe vârful cuspidilor dinților laterali, smalțul lipsit de dentină subiacentă poate fi cruțat, grație prezenței unui strat smalțiar suficient de gros în această zonă.

Extinderea cavității carioase nu se efectuează. La cuspidii dinților laterali (*în special la molari*), unde obturația va suporta solicitări masticatorii considerabile, extensia prevede evitarea trecerii interfeței *obturație — țesuturi dure dentare* prin punctele contactelor ocluzale.

Înainte de toate, se efectuează analiza raporturilor ocluzale și se determină punctele contactelor ocluzale (*cu ajutorul hârtiei indigo*). Și, pe parcursul extensiei cavității, se încearcă să nu se ajungă la punctul de contact, sau — să-l depășească, astfel încât contactele să se producă în zona compozitului, sau în țesut dentar, și nicidecum — în zona interfeței compozit-dinte.

La dinții frontali această etapă nu se realizează.

Exererea țesuturilor la această etapă se efectuează foarte econom. Îndepărtarea excesivă a țesuturilor dure dentare neafectate în regiunea preparată duce la slăbirea unor porțiuni dentare, asupra cărora este exercitată cea mai mare solicitare la mușcarea și mestecarea alimentelor. Este îndepărtată doar dentina pigmentată. Smalțul, fie el subțiat sau subminat, este maxim cruțat, vizând întărirea lui ulterioară la etapa de obturare din interiorul cavității cu un strat de material compozit (flowable).

Cavității de pe vârful cuspidului i se atribuie o formă cilindrică sau cilindro-conică cu pereți paraleli sau ușor convergenți spre planșeu.

Ar trebui să fie utilizate freze, ale căror mărime este doar puțin mai mare decât diametrul cavității carioase.

Înclinarea pereților poate fi realizată prin formarea unui bizou de 10-15°. Adâncimea optimă a cavității e de 1,5-2 mm (*în cazul în care nu există indicații către o preparare mai profundă*).

După preconizarea limitelor restaurării viitoare, sunt șlefuite porțiunile ascuțite ale marginii smalțului coroanei dentare pe segmentele adamantine, forma

cărora nu este posibil de a fi corectată în procesul obturării.

În cazul unui defect mare al marginii incizale a dinților frontali bizoul smalțului este format pe suprafața vestibulară. Pentru soluționarea unor leziuni minore se recurge la o tehnică modificată.

Cavitatea în regiunea marginii incizale a incisivului va fi executată sub forma unui șanțuleț cu un fund ușor îngustat. Adâncimea acestei cavități trebuie să fie 1,5-2 mm. Exereza țesuturilor neafectate trebuie minimizată, iar marginile smalțiere, ce înrămează cavitatea localizată pe incisiv, — cruțate, pentru a asigura amplasarea obturației la nivelul marginilor pereților acestei cavități. Uneori, se efectuează șlefuirea dintelui antagonist.

Daca țesuturile dintelui frontal restaurat au pierdut contactul cu dinții antagoniști, o metodă mai eficientă de soluționare a unui defect de clasa a VI-a este realizarea unui veneer compozit direct cu acoperirea margini incizale și aducerea dintelui într-o ocluzie armonioasă.

Finisarea marginilor smalțiere se realizează cu freze diamantate cu granulație fină, freze de finisat din aliaj dur sau cu instrumente manuale (*de exemplu cu daltă de smalț*).

Atunci când procesul carios este localizat pe cuspidi, bizotarea smalțului este una simbolică (10-15°), deoarece în această porțiune prismele sunt ușor divergente spre exterior. În astfel de cazuri, obturarea poate fi efectuată cu materiale compozite flowable, care, după aplicarea adezivului, sunt injectate în cavitatea vizată cu ajutorul unei canule speciale.

Obturarea

Materiale pentru obturarea cariilor de clasa a VI-a pot fi:

- compozite și compomeri;
- material compozit (flowable) care poate rezista solicitării masticatorii;
- ionomeri de sticlă cu rezistență sporită;
- utilizarea posibilă a amalgamului.

Tratamentul defectelor de clasa a VI-a de origine non-carioasă trebuie să fie complex, deoarece leziunile comportă un caracter generalizat și sunt însoțite de fenomene, cum ar fi pierdere considerabilă de țesuturi dure dentare, reducerea etajului (1/3) inferior al feței, schimbări patologice în articulația temporomandibulară.

În astfel de cazuri, prepararea și obturarea defectului este rareori cea mai bună alegere în cazul unui caracter generalizat.

Frecvent, pacienții necesită un tratament protetic complex cu restabilirea înălțimii ocluziei, lichidarea breșelor arcadelor dentare și acoperirea dinților cu coroane artificiale.

Caz clinic 1

Pacientul A., 66 ani, s-a adresat la clinica stomatologică cu acuze de prezență a unei pete negre pe unul din dinți.

În cadrul examinării s-a decelat un defect carios pe suprafața ocluzală abraziată a dintelui 47.



Fig.1. Defect carios de clasa a VI-a a d. 47

Pentru început, a fost efectuată curățarea mecanică a tuturor suprafețelor dintelui respectiv. A fost aplicată o pastă nefluorurată pe dinții 46, 47, 48, precum și pe o periuță specială, acționată cu ajutorul unei piese mecanice la o viteză redusă. Rămășițele pastei au fost apoi îndepărtate cu un jet de apă și evacuate cu aspirator de salivă de pe toate suprafețele dentare.

Nuanțele de culoare le-am determinat în raport cu un dinte umed, păstrând astfel aspectul său natural. Dat fiind faptul că defectul carios era localizat pe suprafața ocluzală a dintelui 47, etalonul a fost comparat cu suprafața ocluzală a dintelui 46. Având în vedere faptul că pe suprafața ocluzală lipsea smalțul, s-a ales o tubă cu nuanță de opac — OA3.

Înainte de a începe prepararea, au fost identificate cu ajutorul hârtiei indigo contactele ocluzale și preparate limitele obturației.

În această situație, nu a fost necesară deschiderea cavității, deoarece era absent smalțul suprafeței ocluzale. Cavitatea carioasă am extins-o până la limitele stabilite anterior și am efectuat o necrectomie minuțioasă a cavității carioase.



Fig.2. Prepararea cavității carioase

Apoi, în conformitate cu instrucțiunile producătorului *Life Science Dental* de aplicare a compozitului fotopolimerizabil RX-Force (*Fig.2*), am obturat cavitatea, șlefuiind și lustruind apoi restaurarea cu ajutorul unor freze diamantate de finisare, polipant și pastă „Polident 4”.



Fig.3. Compozit fotopolimerizabil RX-Force



Fig.4. Rezultatul final al restaurării cariei dentare de clasa a VI-a a d. 47

Caz clinic 2

Pacientul B., 48 ani, s-a adresat la clinica stomatologică cu acuze de prezență a unei pete negre pe unul din dinți.

În cadrul examinării s-a decelat un defect carios pe suprafața ocluzală abraziată a dintelui 34.



Fig.5. Defect carios de clasa a VI-a a d. 34 (pe vârful cuspidului neabraziat)



Fig.6. Rezultatul preparării cavității carioase a d. 34



Fig.7. Rezultatul final al restaurării cariei dentare de clasa a VI-a a d. 34

Concluzii

1. Soluționarea cariilor de clasa VI-a cu un caracter generalizat trebuie efectuată în mod complex, coordonând planul tratamentului preconizat de stomatologul terapeut cu cel protetician și parodontolog.
2. Particularitatea tratamentului cariilor de clasa a VI-a constă în abordarea cât mai cruțătoare la îndepărtarea țesuturilor cariate.
3. Adâncimea optimă a cavității este de 2 mm, dacă nu sunt prezente leziuni ale straturilor mai profunde ale dentinei.
4. Având în vedere solicitările masticatorii mari, pentru obturare trebuie utilizate materiale cu rezistență suficientă, inclusiv — la abraziune.

Bibliografie:

1. A.Terehov et al., „Odontologia practică modernă“, Nasticor (Iași), Vector (Chișinău), 2010
2. Е. Боровский и др. „Терапевтическая стоматология“, 2004, Москва.
3. Г.Николау и др. „Основы практической кариесологии“, Vector (Chișinău), 2008
4. А.Николаев и др. „Практическая Терапевтическая Стоматология“, Медпресс-информ“, 2007.