



Fig. 13. Dintele 36 la un an de la tratament.

Concluzii

1. Periodontita granulomatoasă cronică se caracterizează prin evoluția sa lentă, asimptomatică; rareori- pacienții acuză senzații nociceptive. Radiografia se impune în diagnosticarea patologiei vizate.

2. Parodontita granulomatoasă cronică este des întâlnită ca consecință a obturării incomplete a canalelor după extirparea pulpei dentare.

3. Studiul morfopatologic al granulomului periradicular a pus în evidență un substrat de țesut de granulație, format din limfocite, plasmocite, histiocite, înconjurat de fibroblaste, fibrocite și țesut fibros cu fibrogenază colagenă.

4. Se observă o eficacitate sporită a metodei de tratament a periodontitei granulomatoase cronice prin menajul medicamentos minuțios și obturarea canalelor în prima vizită.

Bibliografie

1. Borovski E., *Stomatologia terapeutică*, Chișinău, 1990, p. 200-232.
2. Cherlea V., *Tratamentul endodontic*, Editura Național, 2000, p.310.
3. Crăițoiu S., Florescu., M. Crăițoiu. *Cavitatea orală: morfologie normală și patologică*, Ed. Medicală București, 1999.
4. Боровский Е.В., *Клиническая эндодонтия*. Москва, 2003. с. 176.
5. Дмитриева Л.А., Максимовский Ю.М. *Терапевтическая стоматология: национальное руководство*, Москва, 2009, с.416-462.
6. Torabinejad M., Walton E. R., *Endodontics principles and practice*, 4th edition, Saunders- Elsevier 2009, p.38-107.

Data prezentării: 08.04.2013.

Recenzent: Oleg Solomon

NOMENCLATURA ȘI CLASIFICAREA EROZIUNILOR DENTARE

Adriana Vasilașcu

*Catedra Stomatologie
Terapeutică FECMF*

Rezumat

Varietatea de clasificări ale eroziunii dentare se datorează faptului că diferiți autori abordează această afecțiune multilateral. Nomenclatorul se bazează pe câteva aspecte: etiologie, localizare, activitatea procesului eroziv, severitate. Identificarea este importantă pentru managementul ulterior al eroziunii dentare.

Cuvinte cheie: eroziune dentară, afecțiune multilaterală, nomenclatură.

Summary

NOMENCLATURE AND CLASSIFICATION OF DENTAL EROSION

The diversity classifications of dental erosion is due to the fact that different authors approach it multilaterally. The nomenclature is based on several aspects: etiology, localization, activity of erosive process, severity. The identification is important for subsequent management of dental erosion.

Key words: dental erosion, multilateral affection, nomenclature.

Introducere

Compania franceză *GlaxoSmithKline* (2011) evaluează calitatea vieții umane și consideră că leziunile erozive pot fi determinate de stilul specific al secolului XXI și poate afecta toate categoriile de vârstă și etnice.

Cercetătorii au clasificat leziunile erozive după o serie de aspecte: etiologic, evolutiv, topografic și clinic. Potrivit unor principii, clasificarea trebuie să corespundă criteriilor de diferențiere și de diagnosticare a diferitor forme clinice.[2, 9, 10].

Material și metode

Au fost supuse cercetării 31 surse literare adresate sistematizărilor eroziunilor dentare. Rezultatele analizei au trasat următoarele obiective:

1. de reprezentat clasificarea după Eccles J.D. (1979);
2. de supus cercetării clasificarea după Chikte U.M. et al. (2005);
3. de prezentat Nomenclatorul afecțiunilor bucale, elaborat de OMS (Geneva, 1997).

În literatura de specialitate există mai multe clasificări ale eroziunii dentare. Printre cele mai vechi, cea făcută de către Eccles J.D. (1979), conține 3 clase:

Clasa 1

Modificări erosive primare în limita smalțului, caracterizate prin suprafețe netede și mate, în special, în regiunea labială a dinților frontali a maxilarului superior.

Clasa 2

Leziunile erozive au contur neregulat și concav în secțiune transversală, se întâlnesc atât la maxilă, cât și la mandibulă. Există 2 subgrupuri:

- a. leziuni erozive ce implică suprafețele cervicale (vestibulare) ale tuturor grupurilor de dinți;
- b. leziuni erozive cervicale (vestibulare) ale grupului frontal de dinți.

Clasa 3:

Leziuni erozive generalizate. Partea dentinei dezgolite constituie mai mult de 1/3 din suprafața erodată.

- a. leziuni cu distrucție extensivă ale dentinei pe suprafețele labiale ale dinților maxilarului superior și inferior;
- b. leziunile se extind spre dentină și afectează, în special, suprafața orală, mai frecvent la maxilă decât la mandibulă;
- c. leziunile implică dentina de pe marginea incizală și suprafața ocluzală, deseori combinându-se cu distrucții erozive ale altor suprafețe;
- d. dinții sunt afectați sever de eroziune, distrugând suprafețele vestibulare, orale și aproximale. Dinții se scurtează și se îngustează.

Chikte U.M. et al. (2005) a propus clasificarea după gradele de apreciere a eroziunii dentare:

gradul 0 — distrucții smalțiare neevidente,

gradul I — există modificări ale stratului smalțiar superficial, cu suprafață netedă. Deseori pacienții nu prezintă acuze și doar uneori se atestă sensibilitate;

gradul al II-lea — sunt implicate ambele straturi — de smalț și de dentină — în care dentina este expusă erodării (mai puțin de 1/3), cu hiperestezie pronunțată și alterări estetice evidente;

gradul al III-lea — se constată implicarea generalizată a dentinei (mai mult de 1/3), se caracterizează prin modificări estetice accentuate, care ajung până la dezgolirea camerei pulpare, prin hiperestezie și chiar dureri acute.

La momentul actual, *Nomenclatorul afecțiunilor bucale*, elaborat de OMS (Geneva, 1997), include câteva clase de ED:

K.03.2 — eroziunea dinților;

K.03.20 — profesională;

K.03.21 — produsă ca rezultat al regurgitațiilor;

K.03.22 — produsă ca rezultat al regimului alimentar;

K.03.23 — produsă ca rezultat al administrării unor medicamente;

K.03.24 — idiopatică.

Rezultate și discuții.

Eroziune dentară profesională este cauzată de mediul acid de la locul de muncă sau de practicarea unor sporturi. Există fabrici și laboratoare în care acizii se află sub formă de vapori, fiind ușor inhalați de către personal pe cale aeriană. Bazinele acvatice publice din Republica Moldova, în care apa, în loc să fie filtrată prin sisteme moderne performante, este dezinfectată prin metoda de clorare, fapt care face ca apa să conțină deseori concentrații înalte de acizi. Sportivii supuși frecvent unui astfel de mediu sunt potențiali pacienți ai stomatologului.

Eroziune dentară produsă ca rezultat al regurgitațiilor poate fi consecința afecțiunilor tractului gastro-intestinal, a unor boli de ordin psihologic — bulimia sau care se pot manifesta în perioada gravidității.

Eroziune dentară produsă ca rezultat al regimului alimentar este cea mai răspândită formă etiopatogenică. Excesul de acizi alimentari are un impact negativ asupra danturii, iar în asociere cu factorii biologici, calitatea de tampon a salivei, pH-ul lichidului bucal și componența chimică a acestora, care la un moment dat stimulează procesul eroziv, devinind extrem de agresiv pentru dinți. Viabilitatea țesuturilor dentare dure depinde, în cea mai mare măsură, de reducerea frecvenței și a duratei contactului dinților cu sursele acide.

Eroziune dentară produsă ca rezultat al administrării unor medicamente. Există medicamente care sunt indispensabile pentru menținerea funcției unor organe, deși ele provoacă efecte secundare, inclusiv ED. De menționat că un potențial eroziv mai mare posedă medicamentele masticabile, o parte dintre acestea fiind recomandate în special copiilor.

Eroziune dentară idiopatică are cauze și condiții necunoscute.

Procesele erozive dentare au o evoluție cronică, trecând prin două faze distincte:

— activă;

— stabilă (lentă).

Faza activă se manifestă progresiv, prin distrucția țesutului dur, prin dispariția luciului; dimensiunea defectului se mărește timp de 1,5-2 luni. Sectoarele afectate ale prismelor smalțiare se dizolvă sub acțiunea mediului acid, în urma căreia rezultă o cavitate.

Faza stabilă se caracterizează prin evoluție lentă, cu menținerea luciului pe sectorul afectat, iar lezarea prismelor de smalț este mai mică. Procesul de distrucție poate dura chiar și ani [7].

Potrivit datelor Hellwig E., klimek I., Attin T. (Eiführung in die yahnerhaltung, Munchen-Wien-baltimore, 1999) sunt depistate leziuni erozive timpurii și întârziate. În conformitate cu nivelul progresării, eroziunile

pot fi stabilizate, latente și activ progresante. În cadrul leziunilor activ progresante marginile adamantinale sunt îndreptate plat față de suprafața dentinei, iar din punct de vedere histologic, structura corespunde adamantinei gravate. În gradul de stabilizare în sectoarele intertubulare sunt determinate dereglări de orientare corectă a cristalelor și majorarea dimensiunii lor.

Diagnosticul clinic în leziunile timpurii este dificil, chiar și când sunt prezente modificări în structura adamantinei. La persoanele tinere în aceste regiuni lipsesc perikimatele, smalțul dentar fiind neted și mat. Progresarea procesului va rezuma dezgolirea dentinei (eroziune dezvoltată) [3, 5, 7, 8].

Criterii de aprecierea a eroziunii dentare există atât la copii, cât și la adulți (Tab. 1, 2).

Tabelul 1. Indicele eroziunii dentare după Lussi A. (1991)

Suprafața afectată	Aprecierea	Criteriul
Vestibulară	0	Lipsa eroziunii dentare, suprafața dintelui este netedă și lucioasă.
	1	Modificări în limita smalțului, marginea cervicală rămâne intactă, suprafața afectată are o formă concavă, unde lățimea defectului depășește profunzimea, astfel se diferențiază de abraziune. Dentina rămâne intactă.
	2	Implicarea dentinei mai puțin de ½ din suprafața dintelui.
	3	Implicarea dentinei mai mult de ½ din suprafața dintelui.
Ocluzală/linguală	0	Lipsa eroziunii dentare, suprafața dintelui este netedă și lucioasă.
	1	Eroziuni mici, cu muchia rotundă, marginea căreia se ridică deasupra suprafeței dintelui adiacent, având aspect de șanț ocluzal. Distrucția erozivă este în limita smalțului. Dentina nu este afectată.
	2	Eroziuni severe foarte ponunțate, cu implicarea dentinei.

Tabelul 2. Indicele de măsurare a eroziunii dentare la copii de O'Sullivan E.A. (2000)

Suprafața afectată de eroziune dentară	Gradul de severitate
Cod A. Doar labial sau bucal	Cod 0. smalț normal
Cod B. Doar lingual sau palatinal	Cod 1. suprafața smalțiară afectată devine mată, fără modificări de contur
Cod C. Doar incizal sau ocluzal	Cod 2. eroziunea este în limita smalțului
Cod D. Labial și incizal/ocluzal	Cod 3. distrucție erozivă în limita smalțului, cu expunerea dentinei (joncțiunea smalț-dentină)
Cod E. Lingual și incizal/ocluzal	Cod 4. distrucție erozivă a smalțului și dentinei cu expunerea pulpei dentare

Cod F. Suprafețe multiple	Cod 5. distrucție erozivă în limita smalțului și dentinei
Cod G.	Cod 6. imposibil de apreciat (dintele se află sub coroană sau restaurare masivă)
Sectorul suprafețelor afectate de eroziune dentară	Cod „-“ mai puțin de ½ din suprafața afectată
	Cod „+“ mai mult de ½ din suprafața afectată

Importanța practică. Managementul efectiv al eroziunii dentare depinde în mare măsură de aprecierea la timp a leziunilor și identificarea lor corectă. Cunoașterea clasificării este necesară pentru oricare practician pentru a putea formula cât mai veridic diagnoza.

Concluzii.

Dezvoltarea eroziunii dentare depinde de doi factori majori: extrinseci și intrinseci [4,5,6].

1. *Factorii extrinseci* provin din alimente și băuturi acide, din unele medicamente cu potențial de eroziune dentară. Gradul de afectare a dinților depinde de durata de aflare a lor în contact cu mediul acid și de agresivitatea acestuia.
2. *Factorii intrinseci* sunt: producerea salivară defectuoasă, alterarea calității de tampon a salivei, refluxul gastroesofagian, regurgitațiile și voma frecvente.
3. Atât factorii extrinseci, cât și cei intrinseci nu pot cauza imediat modificări la nivelul smalțului dentar.[1, 5, 6, 8]. Folosirea zilnică, excesivă, în regimul alimentar a produselor care conțin acizi, pe o perioadă îndelungată, provoacă transformări ale structurii dentare, datorate efectului asupra țesuturilor dure, care ulterior afectează integritatea dinților. Dacă produsele alimentare cu un conținut bogat de acizi sunt consumate în cantități mari, atunci nivelul acidității nu poate reveni pe deplin la normal (Lussi A., 1993).

Bibliografie:

1. Fox F.C. Xerostomia: Recognition and Management. Supplement to Access. American dental Hgzienist's Association, February, 2008.
2. Guggenheimer J., Moore P.A. Xerostomia: etiology, recognition and treatment. J. Am. Dent. Assoc., 2003, 134 (1): 61-69 p.
3. Imfeld T. Dental erosion. Definition, classification and links. Eur J Oral Sci. 1996 Apr;104:2 (Pt 2):151-5.
4. Lussi A. Dental Erosion. From Diagnosis to Therapy. Monographs in Oral Science, Vol.20, 77-140, 173-212 p.
5. Lussi A., Jaeggi T., Schaerer S. The influence of different factors on in vitro enamel erosion. Caries Res., 1993, 27: 387-393 p.
6. Mahoney E.K., Kilpatrick N.M. Dental erosion: Part 1. Aetiology and prevalence of dental erosion. New Zeland Dent J., June, 2003, No.2:33-41 p.
7. Meurman J.H., cate J.M.. Pathogenesis and modifying factors of dental erosion. Eur.J.Oral Sci., 1996, 104: 199-206 p.
8. Ren Y.F. Dental erosion : etiology, diagnosis and prevention. A Peer-Reviewed Publication, April, 2011, 75-84 p.
9. Yip K.H.K., Smales R.J., Kaidonis J.A. Tooth erosion. Prevention and treatment. Jaypee Brothers Medical Publishers, 2006.
10. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология. Учебник для студентов медицинских вузов. Москва: Медицинское информационное агенство, 2003.

Data prezentării: 08.04.2013.

Recenzent: Valeriu Burlacu