

# VIZIUNI CONTEMPORANE ÎN TRATAMENTUL DEFECTULUI CUNEIFORM

## Rezumat

Defectul cuneiform este o patologie necarioasă posteruptivă cauzată de suprasolicitările ocluzale datorate anomaliilor de poziție și număr a dinților. Necesită un examen clinic și paraclinic minuțios cât și o abordare complexă și riguroasă în timpul tratamentului în vederea înlăturării cauzei și simptomelor acestei patologii, pentru dobândirea unui rezultat eficient și durabil. Cuvinte cheie: etiologie, tratament, suprasolicitări ocluzale, rezultat durabil.

## Summary

### CONTEMPORARY VISIONS IN TREATMENT OF CUNEATE DEFECT

Cuneiform defect is a non-carious post-eruptive pathology caused by the occlusal over use due to the abnormal position and number of teeth. A detailed clinical and paraclinical exam is needed as well as a complex and rigorous behavior during the treatment in order to remove the cause and the symptoms of the pathology to obtain an efficient and a lasting result.

Keywords: etiology, treatment, occlusal over use, lasting result

## Introducere

Una din problemele actuale ale stomatologiei constituie restaurările leziunilor dentare la nivelul coletului dintelui. Astăzi, sînt propuse numeroase tehnici pentru soluționarea acestei probleme. Însă, chiar și la utilizarea tehnicilor performante și a materialelor de înaltă calitate, obținem un rezultat estetic excelent, dar de scurtă durată. Mai des forțele medicilor stomatologi sînt orientate spre înlăturarea defectelor, dar nu spre înlăturarea cauzelor apariției acestora.

Lee și Eakle în 1984 pentru prima dată au propus ca teorie de apariție a defectului cuneiform forțele laterale care produc microfisuri în zonele unde smalțul are cea mai mică grosime – la coletul dintelui. În 1991 Grippo utilizează termenul de abrație pentru prima dată pentru a descrie pierderea patologică a smalțului și dentinei cauzată de suprasolicitările biomecanice. Abrația reprezintă pierderea microstructurală a țesuturilor dentare dure în regiunile de concentrare a forțelor. Ca regulă apare la nivelul coletului dentar unde torsiunea poate provoca lezarea straturilor subțiri ale prismelor smalțului, dar și microfracturi ale cementului radicular sau ale dentinei. Riss și Hammadeh efectuînd cercetări asupra proprietăților mecanice ale țesuturilor dentare, au demonstrat că dentina este cu mult mai ușoară ca smalțul și are un coeficient de elasticitate mai scăzut. În urma cercetărilor histologice de către B.Estevan și De Las Kasas s-a demonstrat prezența anizotropiei smalțului în regiunea trecerii ei în cimentul radicular. La fel s-a demonstrat inexistența modelului metric ortogonal, utilizat la descrierea acțiunii vectorilor forțelor asupra țesuturilor dentare și a parodontiului marginal. Aceste cercetări au servit ca dovadă a apariției și localizării leziunilor dentare cauzate de abrație.

Abrația e condiționată de doi factori: forțele de acțiune (vectorul și intensitatea lor) și „oboseala” țesuturilor dentare care sînt dispuse la distanță de locul acțiunii forțelor. În cazul defectelor cuneiforme menționăm termenul de abraziune-abrație, care reprezintă pierderea țesuturilor dentare ca acțiune a forțelor de frecare cu material extern în zonele de concentrație a forțelor de compresie și extensie cauzate de suprasolicitările ocluzale.

## Material și metode

Astfel pentru a obține un rezultat estetic excelent și durabil în timp este nevoie de echilibrarea forțelor ocluzale. Universitatea de Medicină Dentară din Geneva propune ca metodă de restabilire a integrității dentare și reechilibrării forțelor ocluzale

**Dumitru Friptu**  
*Doctorand catedra*  
*Stomatologie*  
*Terapeutică F.E.C.M.F.*

**Mihail Friptu**  
*Medic-stomatolog SRL*  
*„Estetic-Dent”*

tehnica restaurării în trei etape. Sensul acestei metode constă în refacerea provizorie a arcadelor dentare și obținerea unei distanțe noi interalveolare prin restaurări directe în zonele laterale.

În prima etapă, după un examen clinic subiectiv și obiectiv, are loc fotografierea pacientului, obținerea radiografiilor, înregistrarea relațiilor intermaxilare cu ajutorul arcului facial și confecționarea modelelor de studiu. Aceste modele sînt poziționate în articolator funcțional reglabil în poziție de intercuspidare maximă. Apoi pe modele sunt confecționate din ceară doar suprafețele vestibulare ale dinților superiori (fără a modela cuspidii palatinali ai dinților laterali cît și suprafețele palatinale ale frontalilor), pentru a economisi timp și are loc dublarea modelului cu un bloc din silicon transparent. Cu ajutorul acestui bloc din silicon are loc transpunerea unui strat subțire de compozit autopolimerizabil pe suprafețele vestibulare ale dinților pacientului pentru a determina dimensiunile, aspectul și dorințele pacientului în viitoarele restaurări. De asemenea această vizită la stomatolog a permis de a determina poziția viitoarelor suprafețe și contacte ocluzale.

La a doua etapă are loc mărirea spațiului interocluzal după datele anatomo-fiziologice medii sau mai bine cu ajutorului dispozitivelor electronice și programelor soft (de tipul Arcus Digma) și modelarea în ceară pe model a suprafețelor ocluzale ale premolarilor și primilor molari. La fel are loc dublarea modelelor cu blocuri din silicon în număr de patru pentru fiecare cadran. În cabinetul stomatologic are loc transpunerea compozitului pe suprafețele ocluzale ale dinților fără prepararea lor. Astfel după ridicarea ocluziei, pacientul este lăsat o lună pentru a se obișnui cu noua poziție a arcadelor dentare. Dacă pacientul nu simte discomfort după o lună are loc a treia etapă prin restabilirea dinților frontali superiori urmată de dinții laterali prin înlocuirea obturațiilor provizorii cu restaurări directe permanente.

De preferință, în cazul defectelor cuneiforme pentru restaurările dentare directe este materialul compozit cu sisteme adezive de ultimă generație. În procesul de restaurare a dintelui este absolut necesar de a pregăti cavitatea defectului cu o freză diamantată pentru a crea micro și macroelemente de retenție (deoarece microcaniculele dentinare sunt obliterate și persistă un strat de dentină hipermineralizată). De asemenea li se acordă prioritate sistemelor adezive a căror agenți de gravare sunt separate de bond și pot fi înlăturați complet fără a lăsa așa-numitele suprafețe „uleioase” („smear layer” - acid maleinic 10%) în comparație

cu adezivii universali autogranvanți. Un alt avantaj al compozitelor fotopolimerizabile este posibilitatea restabilirii aspectului fizionomic de înaltă calitate, ajustări ulterioare în dimensiunea verticală de ocluzie (în cazul în care pacienții sesizează disconfort sau dureri articulare) cît și refaceri rapide și cu cost redus.

### **Rezultate**

Fenomenul de abfracție cauzat de anomaliile ocluzale își găsește locul frecvent în etiologia anomaliilor dentare necarioase. Astfel mai mulți autori (Vaillatti E., Slavicek G.) își orientează forțele nu doar spre restabilirea integrității dentare, dar și spre înlăturarea cauzelor anomaliilor ocluzale. Tehnica trietapizată este utilizată și în tratamentul abraziunilor patologice dentare, în refacerea ocluziei adînci.

### **Importanța practică**

Tehnicile de tratament al defectului cuneiform orientat atît spre înlăturarea factorilor etiologici cît și asupra simptomatologiei maladiei aduce rezultate eficiente și durabile. Pacienții sînt scutiți de vizite suplimentare pentru refacerile dentare de la nivelul coletului, beneficiază de redresări ocluzale și sînt lipsiți de acuze la nivelul articulației temporo-mandibulare, iar medicii-stomatologi minimalizează riscul apariției complicațiilor în tratamentul leziunilor cuneiforme. Aceste metode de echilibrare a forțelor ocluzale și restaurări ale morfologiei dentare necesită de a fi implementate în practica cotidiană a medicilor stomatologi.

### **Concluzii**

Tratamentul leziunii cuneiforme necesită o abordare complexă din partea medicului-stomatolog, examinări clinice și paraclinice minuțioase, stabilirea unui plan de lucru bine definit și tehnici moderne de restabilire a componentelor sistemului stomatognat.

### **Bibliografie**

- 1) Volghin M, Hendrick Mayer-Lucker, Kulibassa A. „Клиновидный дефекты”, QuintEssentia 2007 Berlin, Germania p59-63.
- 2) Dimitreva, Maximov „Терапевтическая стоматология” 2009, p 271-273
- 3) A. Eni, V. Burlacu „Афекțiuni ale țesuturilor dentare dure”, Chișinău 2010, p 42-47.
- 4) Helving E., Klimek I. „Терапевтическая стоматология” 1999.
- 5) Schroder H.E. „Pathobiologie oraler strukturen karger” Basel 1991, p 53-55
- 6) Семченко И. М., Павлючик Л. А. Стоматол. журн. — 2001 nr2. p. 48- 49
- 7) Francesca Vaillatti „DentArt” rev. stom. 2010 p33-40
- 8) Bishop K., Kelleher M., Briggs P., Joshi R., „Квинтэссенция” Moscova 1999, p 23-27