

# UNELE ASPECTE ALE ETIOLOGIEI ȘI CLINICII EROZIUNILOR DENTARE

## Rezumat

Au fost supuse analizei 160 de fișe de evidență a pacienților cu eroziune dentară. Particularitățile de alimentație, unii factori ai mediului ambiant și voma, s-au prezentat ca cei decesivi la apariția eroziunilor adamantinale.

## Summary

### SOME ASPECTS OF DENTAL ETIOLOGY AND EROSION CLINICAL PICTURE

One hundred sixty medical records of patients with dental erosion have been analyzed. The diet peculiarities, some environmental factors and vomiting have proved to be decisive in the development of enamel erosions.

## Întroducere

Eroziunea dentară se prezintă ca una din probleme actuale stomatologice, care se poate manifesta clinic la diverse perioade de viață umană. Conform datelor Shaw L, Smith A. (1994) erozia, poate fi socotită ca cauza principală de pierdere a țesuturilor dure dentare. Actualitatea problemei va crește, deoarece, dinții naturali se păstrează la o parte de populație cu vârsta foarte înaintată. Mai mult decât atât, conform datelor acelorași autori manifestările clinice a eroziunilor dentare sunt prezente și la pacienții tineri, începând de la vârsta fragidă la 2 ani.

Actualitatea problemei abordate prezintă un interes deosebit pentru Republica Moldova — țara agrară, unde se cultivă multe legume și fructe, folosite ca produse alimentare, atât în forma sa naturală, cât și în formă de sucuri, pureuri și copturi, toate capabile să acționeze eoziv asupra țesuturilor dure dentare.

Cele expuse au determinat scopul cercetării de a supune analizei posibili factori etiologici a eroziunilor dentare în societate și particularitățile de manifestare clinică a ei.

Au fost testate următoarele obiective:

1. Determinarea factorilor etiologici capabili să provoace eroziuni dentare și suprafețele afectate;
2. Determinarea particularităților clinice de manifestare a eroziunilor dentare.

## Material și metode de cercetare

Au fost supuse analizei 160 de fișe de evidență a pacienților cu eroziune dentară care au fost examinați și tratați în cadrul catedrei Stomatologie Terapeutică, FECMF și a celor consultați din centrele stomatologice din țară.

## Rezultate și discuții

Este cunoscut faptul, că eroziunea dentară se prezintă ca un proces de pierdere în progresie a țesuturilor dure dentare ca rezultat al acțiunilor chimice, fără implicarea microorganismelor.

Posibil, că rolul principal în acest proces îi revine acizilor, care provoacă demineralizarea matricii anorganice dentare. În lucrarea sa Manerberg F. (1961) executată în vivo supune analizei două forme de cavități erozive: active, în care terminațiile prizmelor adamantinale se dizolvă mai jos de nivelul structurilor adiacente și cele latente, în care aceste prisme sunt mai păstrate. Conform datelor leterare (Bishop, Kelleher, Briggs, Joshi, 1999) în rândul factorilor capabil să provoace eroziuni dentare pot fi incluse alimentația, voma, factorii exogeni nocivi.

Analiza efectuată a fișelor de evidență a demonstrat că alimentația și băuturile răcoritoare și în deosebi fructele (mărul, prăsada, vișina, gutuiul, prunele, caisele, persicile), pomușoarele și strugurii și sucurile obținute din ele au fost posibili factori provocanți ai eroziunilor dentare, fiind conținători de acizi. Este cunoscut fap-

Valeriu Burlacu,  
Prof. univ., Dr. în  
medicină,

Angela Cartaleanu,  
Conf. univ.,

Victor Burlacu,  
Medic stomatolog,

Luiza Curteanu,  
Medic stomatolog,

Elena Grosu,  
Medic stomatolog,

Lilia Cucoș,  
Medic stomatolog

Catedra Stomatologie  
Terapeutică, FECMF  
USMF „N. Testemițanu“

tul, că ionii citromici interacționând cu calciul dentar a suprafeței de contact formează citrate și alte — „ate“ solubile în lichidul oral. Cercetările Vasilașcu (2008) au demonstrat că sucurile de fructe (în vivo) dau naștere mai mult țesutului dur dentar decât fructele naturale din care ele au fost obținute.

Pe de altă parte produsele alimentare, care conțin acizi și băuturile răcoritoare alcătuiesc o parte mare din rațiunea alimentară a multor persoane din societate. Conform datelor Eccles S. D. (1982) la 40% de pacienți examinați cu eroziune dentară a fost determinat ca factor cauză folosirea băuturilor răcoritoare. Leuitch L. C., Bader J. D. (1994) presupun că băuturile, care conțin CO<sub>2</sub> sunt mai puțin dăunătoare decât cele fără acidul carbonic.

Altă categorie de factori cauză a fost determinată la 21 pacienți folositori de preparate medicamentoase cu fier, comprimate de mestecat cu vitamina C și la 14 pacienți cu gastrită ahilică care foloseau substituiantul acidului clorhidric.

Voma se prezintă ca un proces de reflux a conținutului gastric în cavitatea orală. Ea poate fi nesponțană și sponțană. Cavitatea stomacului prezintă un înalt nivel de aciditate (pH-2,0) și în cadrul vomei dinții vor fi supuși acțiunii factorilor pronunțat erozivi, mai ales în cazul vomelor de lungă durată și frecvent repetate.

În cazul maladiilor gastro-intestinale (gastrită, hernie ezofagică, complicațiile de sarcină etc), se va manifesta refluxul gastro-efozagal care poate servi ca una din cauzele apariției eroziunii dentare.

Voma sponțană de regulă poate fi provocată de factorii psihologici.

Au fost 10 pacienți, la care voma se repetă de multe ori fără deranje patologice sau psihologice. Acești pacienți conștient refluxau hrana primită înapoi în cavitatea orală, o parte din care o expulzau din gură (scuipau), iar cantitatea rămasă o înghițeau repetat. Această deprindere dăunătoare, se evidențiază la copiii cu probleme în instruire de la casele de copii (Bartlett, D. W., 1994) și la persoanele cu posturi înalte de răspundere, compensând prin procedura dată stările stresante.

Nu se exclude că voma apărută în anorexia și bulimia neurogenă poate provoca prin aciditatea sa eroziune dentară, manifestările clinice fiind localizate pe suprafața palatinală a dinților maxilei.

Alți 57 pacienți au prezentat în calitate de factori etiologici utilizarea băuturilor dietice și așa numitor produse alimentare „sănătoase“. Toți ei au menționat că procedura avea scopul de a ține sub control greutatea corpului.

23 de pacienți au manifestat semnele Cserostomiei, cauzată de primirea preparatelor medicamentoase (diuretice, de micșorare a poftei de mâncare, antidepresante).

La 18 pacienți în anamneză au fost prezentate ulcer stomacal și hernie a efozagului.

Nu sunt excluși din factorii etiologici cei ai mediului ambiant. De exemplu la 17 lucrători a stațiilor de reparare a acumulatorilor de automobil, care con-

tactau cu aburii acizi în timpul activității profesionale, posibil cu încălzirile tehnicii de securitate. La această categorie de pacienți eroziunile afectau dominant suprafețele labiale a incisivilor maxilei și mandibulei.

În rândul lucrătorilor medicali, care recomandă fructele proaspete în calitate de componente a alimentației balansate, pot fi și stomatologii, care sfătuiesc pacienții să-și perieze dinții după alimente, conținătoare de glucide și acizi. Acești lucrători medicali, pot deveni factorii iatrogeni, sporind procesul de apariție a abrazivității dentare.

Manifestările unui tablou clinic diferit, demonstrează acțiunile a mai multor factori etiologici. De regulă, defectele clinice a eroziunilor dentare sunt prezente ca netede, rotunde și polizate. Defectele erozive sunt cauza formării cavitațiilor și brazdelor localizate în țesuturile dure dentare. Eroziunile manifestate pe suprafețele palatinală a frontalilor superiori, la examinare, prezintă un sector central de dentină dezgolită, înconjurată de un hotar ne afectat de adamantină, spre marginea gingivală, care poartă numele de punte adamantinală. Manifestarea dată, demonstrează capacitățile de tampon a lichidului șanțului gingival, care irigă această suprafață de adamantină. Conform datelor (1) acțiunea acizilor poate provoca defecte plate, rotunde.

Vom menționa, că descoperirile erozive a regiunilor largi de dentină rar au provocat dureri acute, lămurirea găsinduși argumente în formarea dentinei sclerozate pe suprafața dintelui. În același timp durerile pot fi prezente în cadrul unui proces rapid progresiv, care poartă numele de eroziune dentară.

Tratamentul eroziunilor dentare se găsește în permanentă rezolvare, deoarece procesul de refacere a țesutului lipsă depinde și de elaborarea sistemelor adezive și obturaționale moderne.

Problema adaptării scăzute a compozitelor de consistență compactă la țesuturile dure afectate rămâne în cercetare și până actualmente, ne prezentând rezolvare definitivă .

Una din căile posibile poate deveni tehnica încălzirii preventive a compozitelor pentru o adezivitate bună față de țesutul dentar supus eroziunii. Este confirmat științific, că compozitele de consistență medie și compactă sunt capabile să-și scadă viscozitatea, devenind fluide la temperaturile între 54–60°C.

Practic, încălzind compozitul obișnuit până la polimerizarea lui, primim o masă flow, cu o umplere mai majoră a fazei anorganice. În același timp, caracteristicile fizico-chimice a materialului nu se micșorează, lui aprovizionându-se o adaptație performantă la suprafața eroziunii pregătită cu sistemul adeziv. Compozitul încălzit se polimerizează la un nivel procentual mai major, trecând nivelul de polimerizare de la 32%, până la 63% la profunzimea de masă la 2mm, finalizând polimerizarea la 99–100%. Vom menționa că compozitul încălzit, administrat în defectul eroziv își va majora stabilitatea sa și rezistența față de uzură. Pe de altă parte, scăderea esențială a nivelului de monomeri nereacționați, va minimaliza

considerabil capacitatea compozitului de a provoca reacții alergice.

Prin urmare o cale rațională de optimizare a procesului de refacere a defectelor erozive dentare va deveni și cea de încălzire a compozitelor de consistență compactă.

#### **Concluzii:**

1. Particularitățile de alimentație, unii factorii ai mediului ambiant și voma s-au prezentat ca cei decesivi de apariție a eroziunilor adamantinale;
2. Defectele erozive se manifestă clinic frecvent pe suprafețele ne ocluzale având formele nete-

de, oval-rotunde și polizate cu prezența punții de colet a adamantinei ne afectate.

#### **Bibliografie:**

1. Bishop, Kelleher M., Briggs P., Joshi R. The etiology and management of localized anterior tooth wear in the young adult. J. Dent. Update 21, 153-161, 1999;
2. Leitch L. C., Bader J. D., Shurgas D. A. Noncarious cervical lesions. J. Dent., 22, 195-207, 1994;
3. Mannerberg F. : Changes in the enamel surface in cases of erosion: A replica study. Arch. Oral Biol 4 (suppl.), 59-62, 1961;
4. Vasilașcu Adriana. Eroziunea dentară ca rezultat al unor acizi alimentari. R. Anale științifice Ediția a IX-a, V.4. Probleme clinico-chirurgicale, p.382-385, 2008.

## **ГАЛЬВАНОЗ И НЕКОТОРЫЕ СПОСОБЫ ЕГО УСТРАНЕНИЯ**

### **Rezumat**

#### **GALVANOZA ȘI UNELE METODE DE LICHIDARE A EI**

Observarea a 89 de bolnavi care au fost protezați cu proteze din metal a arătat că profilaxia galvanozei trebuie să înceapă încă la primele etape ale protezării și depinde de calificarea și fidelitatea medicului. Utilizarea unor noi metode ar putea ajuta pacienții la lichidarea galvanozei cavității bucale.

### **Summary**

#### **GALVANOZA AND SOME METHODS OF ITS TREATMENT**

The observation of 89 patients, who were prosthetic with different dentures made of metal, showed that prevention of galvanoza should begin even at the first stages of prostheses and crowns' preparation in the laboratory and depends on the competence and fidelity of the dental technician. Using some techniques can help patients to liquidate galvanoza.

В практике врача-стоматолога часто встречаются больные, у которых после протезирования возникает гальваноз (Л.Д.Гожая, 1988; М.Ф.Данилевский и соавторы, 1988; А.Ф.Иванова, 1981; Л.М.Ковбасюк, 1970). Его проявления бывают различной интенсивности. Некоторые больные со временем привыкают и мало обращают внимание на дискомфорт в полости рта. К сожалению, у них при очень большой силе тока (100 мкА и более) возникают предраковые заболевания (лейкоплакия или красный плоский лишай).

Устранение гальваноза в полости рта является сложной проблемой, стоящей перед стоматологом. Однако, как и при любой болезни, основным является ее профилактика. С этой точки зрения профилактика гальваноза в полости рта становится основным в решении проблемы. Не всегда можно предвидеть возникновение его в полости рта и тогда на первый план выступает ликвидация или уменьшение его вредного воздействия на организм больного.

#### **Цель исследования и задачи**

Целью данной работы явилась разработка несложных методик устранения гальваноза в полости рта.

Задача настоящего исследования состояла в изучении эффективности некоторых методов устранения дискомфорта в полости рта.

#### **Материалы, методика и обсуждение**

Нами поведено наблюдение за 89 больными, которые были протезированы: 37 человек — стальными протезами, покрытыми нитридом титана, 25 — металлокерамикой, 5 — металлокерамикой и имплантами, 22 — металло-

**А.С. Кушнир,  
В.В. Бурлаку,  
Л.А. Тимченко,  
В.А. Кырлиг,  
А.Г. Ожован,  
М.И. Гуцул**

*Кафедра  
терапевтической  
стоматологии ФУВ  
зав. кафедрой  
профессор В.З.  
Бурлаку*