

# RESTAURAREA COROANEI DENTARE ÎN CAZUL PREZENȚEI UNUI DEFECT AL ȚESUTURILOR DURE DENTARE ÎN REGIUNEA CERVICALĂ

## Rezumat

Cavitățile în regiunea gingivală a dintelui reprezintă pentru un stomatolog o anumită problemă, legată de faptul că acestea sunt foarte aproape de marginea gingivală, și uneori se extind sub ea. Focarul leziunii carioase, în cele mai multe cazuri are forma unui crater, iar în cazul cariei active este înconjurată de smalț demineralizat. Medicul este nevoit în procesul de preparare și de obturare să îndeplinească o serie de sarcini suplimentare, care trebuie evaluate și soluționate în mod adecvat, utilizând o gamă destul de largă de materiale restaurative și metode moderne de aplicare a acestora.

**Cuvinte cheie:** cavitatea carioasă, regiune gingivală, retracția gingivală, bizou smalțiar.

## Summary

### RESTORATION OF THE DENTAL CROWN AT PRESENCE OF THE HARD TISSUES DEFECT IN CERVICAL AREA

The cavities in gingival area of the teeth present for stomatologists certain a problem, connected with the fact that they are located much close to the gum /gingival/ margin, but sometimes spread under it. The centre of the carious defeat in most cases is crateriform, but under active caries it is surrounded by demineralized enamel. The doctor is forced in the process of preparation and filling to meet a variety of additional problems, which need to be adequately valued and solved, using a broad assortment of modern restorative material and modern ways of their usage.

**Keywords:** carious cavity, gingival area, gum retraction, enamel bevel.

## Резюме.

### РЕСТАВРАЦИЯ КОРОНКИ ЗУБА ПРИ НАЛИЧИИ ДЕФЕКТА ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ В ПРИШЕЕЧНОЙ ОБЛАСТИ

Полости в придесневой области зуба представляют для стоматолога определенную проблему, связанную с тем, что они расположены очень близко к десневому краю, а иногда распространяются под него. Очаг кариозного поражения в большинстве случаев имеет кратерообразную форму, а при активном кариесе он окружен деминерализованной эмалью. Врачу приходится в процессе препарирования и пломбирования встречать целый ряд дополнительных задач, которые необходимо адекватно оценить и решить, используя достаточно широкий ассортимент современных реставрационных материалов и способов их применения.

**Ключевые слова:** кариозная полость, придесневая область, ре-тракция десны, скол эмали.

## Introducere

Din punct de vedere «tehnic» cavitățile de clasa V prezintă pentru stomatolog o problemă oarecare. Acest lucru se datorează, în primul rând, faptului că cavitățile respective sunt situate foarte aproape de marginea gingivală, și uneori se extind sub ea.

Focarul leziunii carioase, în cele mai multe cazuri are forma de crater, și nu - de pară. Singurele excepții sunt doar focarele de carii dentare «active», «acute», depistate la pacienții tineri. În aceste cazuri, cavitatea carioasă este înconjurată, de regulă, de smalț demineralizat.

Alexei Terehov,  
d.ș.m., conferențiar  
universitar; catedra  
Stomatologie  
terapeutică USMF  
„N.Testemițanu”,  
R.Moldova.

În consecință, medicul este nevoit de a rezolva o serie de sarcini suplimentare în cadrul procesului de preparare și de obturare:

- *protecția marginii gingivale contra leziuni mecanice și chimice pe parcursul preparării și obturării;*

- *retracția gingiei pentru a obține o vizualizare de ansamblu bună și un acces operativ adecvat la peretele gingival al cavității;*

- *prevenirea sângerării marginii gingivale (sau instituirea hemostazei), reducerea secreției de lichid crevicular și menținerea cavității în stare uscată în procesul obturării;*

- *asigurarea adeziunii și aderenței marginale a materialului obturator la peretele gingival, marginea căreia de obicei nu este acoperită cu smalț, iar «afinitatea» adezivă a materialului de obturație față de dentina radiculară e mult mai precară decât față de dentina coroanei dentare;*

- *asigurarea obligatorie pentru obturație a unei tenenții macromecanice în cavitatea pregătită, deoarece, în asemenea caz, simpla adeziune a materialului restaurator nu asigură fixarea solidă a obturației.*

### **Indicații pentru alegerea materialelor și metodelor de restaurare.**

Utilizarea unui material restaurator fotopolimerizabil, care ar imita cel mai adecvat smalțul și dentina.

1. Indicații pentru utilizarea tentei de smalț a compozitului sunt defectele în regiunea gingivală de dimensiuni mici, fără a prezenta o pigmentare a dentinei.

Prepararea prevede efectuarea necrectomiei smalțului patologic modificat, formarea peretelui gingival al cavității sub unghi drept sau ascuțit față de planșeul ei, și realizarea unui bizou în direcția ecuatorului dintelui. Apoi, se efectuează pregătirea adezivă și obturarea defectului cu un material compozit, recurgând la nuanțe de smalț.

2. Drept indicație pentru utilizarea unor nuanțe opace și smalțiere ale compozitului servește prezența unui defect în limitele dentinei localizat pe suprafața vestibulară a dintelui în lipsa unei recesii gingivale manifeste.

Prepararea cavității este realizată asigurând principiul adeziunii, iar restaurarea - folosind fotopolimer cu tente dentinare și smalțiere, în conformitate cu nuanțele selectate în prealabil. Pe fundul cavității se aplică un strat de opac, care compensează dentina pierdută, după care se continuă prin acoperirea cu straturi smalțiere.

O atenție deosebită trebuie acordată modelării structurilor localizate în regiunea gingivală.

Restaurarea dinților, care prezintă cavități de clasa V, include etapele uzuale de lucru cu compozite fotopolimerizabile.

Atenție necesită și planificarea formei și reliefului. Este necesar de a evalua gradul de exprimare a semnelor rădăcinii și tipul conturului gingival, în conformitate cu dinții simetrici și adiacenți, programând modelarea unei cupole gingivale rotunjite a dintelui.

### **Materiale și metode**

Curățirea mecanică a dintelui este făcută cu o pastă nefluorurată, utilizând o perie rotită la viteze reduse. Pasta se îndepărtează prin spălare cu jet de apă. Alegerea nuanțelor de compozit se face în conformitate cu cerințele optime: culorile-etalon sunt comparate cu regiunea cervicală a dinților vecini și a celor simetrice, până la realizarea unei coincidențe totale.

Prepararea cavității se efectuează, respectând anumite reguli. Peretele gingival este format sub unghi ascuțit față de fundul cavității, fiind extins până la nivelul gingiei sau subgingival - cu 0.1 - 0.3 mm.

Limitele cavității este preferabil de a păstra în limitele smalțului, fără a depăși joncțiunea smalț-ciment. Concomitent, este util de a realiza retracția gingiei, folosind un fir de retracție, ceea ce minimizează impactul negativ al lichidului crevicular.

Firul este poziționat, începând cu vârful papilei interdentare distale, înșirat de-a lungul gingiei marginale până la vârful papilei meziale, și apoi - ușor înserat prin presare (cu un instrument special) în șanțul gingival.

Pereteii medial și distal ai cavității sunt formați sub un unghi de 90° față de suprafața dintelui, fiind realizat concomitent în smalț un bizou mic (până la 1 mm), sau bizoul nu se face defel.

Bizoul este preparat în așa mod, ca interfața material de obturare - țesuturi dure dentare să fie situată în șanțul gingival, și la examinarea directă să fie camuflată de marginea gingivală. În sensul marginii incizale se realizează un bizou smalțiar lin cu lățimea de 2-5 mm, - în dependență de situația clinică.

Ca urmare, în direcția ecuatorului se formează o suprafață nivelată, care ascunde ulterior interfața «obturație-dinte».

Pentru a îmbunătăți aspectul estetic al restaurației, A.B. Салова și B.M. Рехачев (2003) recomandă realizarea unui bizou cu contururi ondulate.

Pentru o cavitate de clasa V se consideră optimă forma „în rinichi”, peretele gingival al cavității fiind paralel cu marginea gingivală. Uneori, mai ales în cazurile, în care focarul leziunii carioase este situat pe suprafața radiculară, cavității se atribuie o formă ovalară.

Fundul cavității este format convex, ținând cont de topografia cavității dintelui.

Toate marginile și unghiurile cavității sunt rotunjite. Prelucrarea smalțului este realizată, folosind freze diamantate cu granulație medie, și apoi - cu cea fină.

Necrectomia dentinei este mai bine de realizat (ținând cont de dimensiunile mici și vecinătatea pulpei), cu ajutorul unor freze sferice sau piriforme neagresive, la rotații mici, folosind o piesă micromotor. Piesa turbinei dentare nu se recomandă a fi utilizată în situația dată.

Se consideră nepericuloasă adâncimea cavității de până la 1,5 mm de la suprafața smalțului în regiunea cervicală, și până la 1 mm de la suprafața rădăcinii.

În cadrul necrectomiei trebuie îndepărtate toate țesuturile afectate, neviabile - *smalțul demineralizat și dentina carios modificată*. La dinții frontali, într-

asigurarea unui rezultat estetic al restaurației, este îndepărtată nu doar dentina ramolită, ci toată dentina pigmentată.

La tratamentul leziunilor necarioase (*eroziune, defect cuneiform, etc*), în ciuda lipsei unei demineralizări vizibile a țesuturilor dure dentare și aspectului neted, «lustruit» al suprafeței pereților cavității, la acest stadiu de pe pereții și de pe fundul cavității este rezecată dentina la o adâncime de 0,5-1 mm. Această acțiune este justificată prin faptul că dentina de la suprafața defectului este schimbată destul de puternic din punct de vedere morfologic. Prin urmare, fără preparare, nu va fi asigurată adeziunea fiabilă și aderența marginală a materialului de restaurare.

Cavitatea este uscată cu un jet ușor de aer. Dacă fundul cavității este situat în apropierea pulpei, el este acoperit cu un ciment ionomer de sticlă. Ultimul este inserat cu o netezitoare mică, se distribuie uniform în strat subțire și este presat la fundul cavității. Se evită nimerirea cimentului pe pereții cavității conice și pe bizoul smalțiar. Surplusul este înlăturat cu ajutorul unui excavator de dimensiuni mici.

Peste 4 minute se realizează un gravaj acid total. Impactul gelului asupra smalțului – 40 secunde, asupra cimentului ionomer de sticlă (*sau asupra dentinei dintelui*) - nu mai mult de 15-20 de secunde. Gelul este îndepărtat prin spălare cu jet de apă (degresată), suprafața dintelui este uscată cu pistolul cu aer. Firul de retracție (*îmbibat cu acid și apă*) este înlocuit.

Porțiunile gravate cu gel acid sunt prelucrate cu un sistem adeziv, folosind o pensulă specială. Sistemul adeziv este aplicat pe suprafață și fricționat prin mișcări ușoare, fiind apoi înșirat cu un jet de aer, și polimerizat cu lumina lampei cu halogen. Imediat după priza adezivului-bond începem obturarea cavității cu compozit.

La obturarea regiunea gingivală servește drept punct de referință pentru modelarea «coletului clinic» al restaurării. Pe fundul cavității se aplică un strat opac (04), care compensează dentina pierdută.

Partea denudată a rădăcinii este acoperită cu un strat dentinar al materialului «T-Econom». O porție de material se aplică pe partea mijlocie, aproape de gingie, și apoi (*cu atenție*) repartizată prin netezire.

Cu ajutorul nuanței de smalț al materialului «T-Econom» este format conturul dentogingival cupoli-form și proeminența cervicală. În acest scop, pe porțiunea gingivală centrală a dintelui este aplicată o porție de compozit smalțiar, și este netezită dinspre centru către periferie, fiind ajustată cu miză la marginile acestei zone.

Interfața gingivală „material de obturare – țesuturi dure dentare” se acoperă cu o cantitate ușor excesivă (*ca grosime*) de compozit, care va fi șlefuită la etapele ulterioare. Atunci când se modelează proeminența cervicală, netezitoarea se dispune sub un unghi de 30° în raport cu platoul vestibular.

În final, stratul de opac umple volumul cavității, corespunzătoare dentinei pierdute. Nuanța smalțiară de bază acoperă tot materialul opac. Stratul transparent este distribuit uniform cu o grosime de 0,5 mm.

Imediat după aplicarea obturației se efectuează prelucrarea acesteia.

Șlefuirea și lustruirea obturației este considerată obligatorie, chiar dacă ea restabilește satisfăcător forma anatomică a dintelui.

Acest lucru este dictat de faptul că polimerizarea materialului în porțiunile ce contactează cu aerul, este incompletă. Stratul superficial, inhibat de oxigen (*grosimea acestui strat este de aproximativ 0,01 mm*), are proprietăți estetice și mecanice inferioare, este capabil să absoarbă coloranți alimentari, și să modifice culoarea restaurației.

În plus, aceste intervenții permit realizarea unor caracteristici estetice, «lucului uscat» și a aderenței marginale bune a obturației.

Începem prelucrarea restaurației cu ajutorul unor freze diamante cu granulație fină, având o formă cilindrică și un capăt ascuțit. Deplasând freza pe suprafața restaurației în sens mezial-distal, este îndepărtat un strat subțire de material de obturare. Cu ajutorul unei freze „mosquito” fine, se accentuează spațiul interdental și regiunea gingivală.

Lustruirea suprafețelor proximale este făcută cu ștripsuri (*benzi de lustruit*) și vestibular – cu discuri de lustruit, polipanturi de cauciuc și paste speciale. Prelucrarea, formarea morfologică finală, lustruirea obturației sunt efectuate într-un mediu umed, pentru a evita încălzirea obturației și a dintelui.

Etapa finală de obturare este prelucrarea smalțului din jurul obturației cu un lac fluorurat (de ex., „Bifluorid-12”). Ultimul este aplicat în strat subțire cu o pensulă, fiind apoi uscat cu un jet de aer. Această măsură îmbunătățește aderența marginală a obturației, sporind mineralizarea smalțului.

### Concluzii:

Una dintre problemele majore ale stomatologiei estetice este modelarea gingivală în cadrul restaurării dintelui cu defect al țesuturilor dure dentare în regiunea cervicală. Este necesar de a evalua și de a reproduce în mod adecvat gradul de exprimare în cavitatea bucală a semnelor rădăcinii și a tipului conturului gingival. Această cauză problematică poate fi rezolvată, doar având în dotare o gamă suficient de largă de materiale moderne de restaurare.

Analiza literaturii de specialitate și rezultatele noastre clinice, privind utilizarea materialelor dentare, metodelor de aplicare a acestora ne-a permis să definim indicațiile de alegere a metodelor și mijloacelor de restabilire a dinților cu defecte ale țesuturilor dure dentare, și cu diferite grade de distrucție a părții coronare a dintelui în regiunea gingivală.

### Bibliografie:

1. **Практическая терапевтическая стоматология.** Николаев А.И. и др.; М. МедПресс-Информ, 2007.
2. **Odontologia practică modernă.** Terehov A. et al.; Vector, 2010.
3. **Мастер-класс по эстетической стоматологии.** Луцкая И.К., МедЛит., 2009
4. **Особенности эстетической реставрации.** А.В. Салова și В.М. Рехачев; Спб., «Человек», 2008.