

Concluzie

1. Manifestările clinice ale disfuncției mandibulo craniene sunt dependente de forma clinică a edentației parțiale terminale, cronologia extracțiilor dentare, evoluția procesului patologic, numărul de perechi de dinți antagoniști și topografia sau absența lor, gradul de micșorare a dimensiunii verticale de ocluzie și de deplasare distală a mandibulei.
2. În baza manifestărilor clinice ale disfuncției mandibulo craniene a fost elaborat algoritmul de tratament complex etapizat care prevede: normalizarea poziției mandibulei față de maxilă și menținerea rezultatelor re poziționării mandibulei prin diferite construcții protetice permanente.

Bibliografie

1. Burlui V. Malrelațiile cranio mandibulare. Ed. Apollonia, Iași, 2002, 520 pag.
2. Burlui V. Morărașu C. Gnatologie. Ed. Apollonia, Iași, 2000, 566 pag.
3. Ioniță S., Petre Al. Ocluzia dentară. Editura didactică și pedagogică R.A. București 2003, 237 pag.
4. Ifteni G., Burlui V. Ghid practic de gnatologie. Ed. Apollonia, Iași, 1998, 176 pag.

5. Oineagra V., Postolachi I. Aspecte clinice ale relațiilor intermaxilare în tratamentul protetic cu punți dentare. Medicina stomatologică Nr. 1(10) Chișinău 2009. pag.32-35
6. Банух Б.Н. Клиника и лечение окклюзионно артикуляционного синдрома дисфункции височно нижнечелюстного сустава обусловленного утратой жевательных зубов. Автореферат дисс...канд. мед. наук Киев, 1986
7. Безруков В., Семкин В., Григорьянц Л., Рабухина Н. Заболевания височно нижнечелюстного сустава. Москва, 2002, 45 стр.
8. Ивасенко П., Мискевич М., Савченко Р., Симахов Р. Патология височно нижнечелюстного сустава: клиника диагностика и принципы лечения. Изд. Меди, Санкт Петербург, 2007, 80 стр
9. Клинеберг И., Джагер Р. Окклюзия и клиническая практика. Перевод с английского под редакцией М. Антоника, Изд. Азбука, Москва, 2006
10. Пузин М., Вязьмин А. Болевая дисфункция височно нижнечелюстного сустава. Изд. Медицина, Москва, 2002, 157 стр.
11. Смуклер Х. Нормализация окклюзии при наличии интактных и восстановленных зубов. Перевод с английского под редакцией М. Антоника, Изд. Азбука, Москва, 2006, 136 стр.
12. Сёмкин В.А., Рабухина Н.А. Дисфункция височно нижнечелюстных суставов (клиника, диагностика и лечение). ЗАО Редакция журнала „Новое в стоматологии“ Москва 2000, 53 стр.
13. Хватова В. Заболевания височно нижнечелюстного сустава. Изд. Медицина, Москва, 1982, 158 стр.
14. Хватова В. Функциональная диагностика и лечение в стоматологии. Изд. Медицинская книга, Москва, 2007, 293 стр.

CORELAȚIA ÎNTRE LICHEN ROȘU PLAN, GALVANOZĂ ȘI PROTEZELE METALICE

Ana Eni

d.ș.m., catedra
stomatologie terapeutică
FECMF. USMF
„N. Testemițanu”

Ștefan Vlas

șef secție stomatologie
Nr.2 IMSP AMT
„Râșcani” policlinica
Nr.11

Haralambie Vlas

rezident an I
stomatologie USMF
„N. Testemițanu”

Mariana Dragoste

rezident an II
stomatologie USMF
„N. Testemițanu”

Rezumat

Studiul a fost efectuat pe un lot de 15 pacienți purtători de proteze metalice vechi, uzate, oxidate, ce sufereau concomitent de diferite forme ale LRP și galvanoză (20-50 μ A).

Acestor pacienți li s-au înlăturat protezele vechi și s-a aplicat un tratament complex individualizat. Examinarea ulterioară la distanță (1-2 ani) a arătat dispariția sau diminuarea vădită a simptomelor galvanozei și ale LRP.

Summary

CORRELATION BETWEEN LICHEN RUBER PLANUS, GALVANISM AND METAL DENTURES

There were examined 15 patients with old, worn, oxidized prosthesis that were suffering from various forms of Lichen ruber planus and Oral galvanism (20-50 μ A).

All those old prostheses were removed and were applied an individualized comprehensive treatment. Further subsequent examination (1-2 years) showed the disappearance or obvious decrease of the Galvanism and LRP symptoms.

Actualitatea temei

Lichen Roșu Plan (LRP) reprezintă o afecțiune cutaneo — mucoasă, care se caracterizează prin apariția elementelor cheratinizate (cornificate), totodată această patologie poate afecta doar mucoasa orală.

Cauzele LRP nu sunt stabilite definitiv, dar s-a constatat că un rol important în apariția lui îl joacă factorii neurogeni (Savchina G.D. an 1978). Nu pe ultimul loc stau și factorii toxico-alergici ce apar la pacienții purtători de diferite proteze metalice, obturații din amalgam capabile să provoace diverse fenomene galvanice. La unii pacienți acești factori pot interacționa între ei măbind *sumar* acțiunea negativă asupra țesuturilor bucale și a întregului organism.

E cunoscut rolul deprimant al stresului cronic asupra imunității organismului, care asociat factorilor locali, sporește sensibilitatea și intoxicația țesuturilor. La acești pacienți igiena bucală nesatisfăcătoare, este susținută de statutul psihologic, de lipsa culturii și motivării către îndeplinirea ei corectă. Această stare de asemenea poate provoca intoxicația țesuturilor cu scăderea imunității locale.

E necesar de menționat că acești pacienți deseori suferă și de o gastrită hiperacidă cu regurgitarea sucului gastric care la fel poate mări oxidarea protezelor.

Pe parcurs, în rezultatul acțiunii negative, locale și generale, a factorilor sus numiți apare și *galvanoza* cu simptomele ei subiective și obiective ce se manifestă variat la diferiți pacienți:

- arsuri, senzații neplăcute la nivelul mucoasei orale;
- gust metalic, acru;
- uneori apar curenți, scânteii la atingerea cu furculița din zinc de coroanele metalice.

În majoritatea cazurilor la acești pacienți, pe mucoasa orală se observă prezența tabloului clinic al LRP cu manifestări diverse.

Scopul lucrării este de a atenționa medicii stomatologi de existența corelației între LPR, galvanoză și calitatea protezelor metalice.

Materiale și metodă

Material de studiu a servit un lot din 15 pacienți, care au fost consultați la catedră — 10 femei și 5 bărbați, în vârstă de 35-50 ani. La toți pacienții a fost diagnosticat:

- Lichen Roșu Plan;
- Galvanoză;
- Parodontită cronică generalizată ușoară-gravă.

În urma *examenului clinic* la 8 pacienți s-a stabilit că, pe lângă stresul suportat anterior ei mai sunt și purtători de proteze metalice *vechi, uzate*, cu zone *negre-oxidate*, totodată prezentând semnele igienei bucale nesatisfăcătoare. (fig.1-3).

Acuze: pacienții manifestau nervozitate, insomnie, indispoziție, gust metalic, acru, preponderent dimineața, „gura pungă“, senzații de arsură resimțită pe toată suprafața mucoasei orale în decurs de 3-4 ani.

Din anamneză s-a stabilit că la început simptomele descrise au fost de intensitate redusă, dar cu timpul ele au devenit mai pronunțate, ocupând zone tot mai mari, devenind mai dureroase, preponderent în timpul alimentației. Periodic starea pacienților se agrava.

La examenul clinic la nivelul mucoasei orale se observă o hiperemie pronunțată, difuză (obraji, limbă, gingii, plica tranzitorie, zonele retromolare), pe fundalul căreia se vizualizau formațiuni papuloase, care alcătuiau un desen albicios (inele, linii, ramuri, puncte albe) cu *cheratinizare* pronunțată numită — *plasa Uichem* (fig.5). Pe fonul desenului cheratinizat puteau fi observate *eroziuni, ulcere* dureroase la atingere ce în diametru erau de dimensiunile 3-6 mm, acoperite cu depuneri albe, fibrinoase. Tabloul clinic la acești pacienți coincidea cu cel al formelor *exudativ — hiperemică* și *eroziv-ulceroasă* ale LRP.

În urma suferințelor tisulare, alterărilor biochimice și electrolitice se asociază și clinica unei *parodontite cronice generalizate de gradul mediu/grav*. Gingia marginală a acestor pacienți prezenta o nuanță cianotică pronunțată preponderent în zonele de contact cu protezele, edem, hiperemie, pungi parodontale adânci și semnele unei intoxicații puternice. (fig.2)

La majoritatea persoanelor examinate protezele metalice ocupau sectoare mari — (mai mult de 12 unități) cu zone oxidate, iar curenții galvanici prezentau 25-50 μ A.

La 7 pacienți clinica parodontitei era slab pronunțată și mai localizată. Ei manifestau *forma tipică a LRP* cu limitarea zonelor afectate, hiperemie moderată, lipsa ulcerelor și eroziunilor, senzațiile subiective resimțite mai slab, iar unitățile protetice erau mai puțin de 12, și de o vechime mai mică, curenții galvanici indicau valori de până la 20 μ A.

Rezultatele

După înlăturarea acestor proteze, *gingia în locul de contact cu coroanele, suprafața internă a coroanelor tăiate, suprafața gingivală a corpului de punte* aveau *culori întunecate spre negru* (fig.1,2,3). Deseori la coroanele de pe dinții stâlpi se depistau numeroase greșeli tehnice de executare:

- Modelarea incorectă în laborator a formei anatomice a coroanei dentare pe model;
- Omiterea ștanțării preventive a coroanelor, în rezultatul căreia ele nu erau ajustate la colet (deseori mai largi, ceea ce provoacă traumatizarea mecanică a gingiei marginale, atrofierea papilei interdentare, cu descimentarea ulterioară a coroanei și ramolirea țesuturilor dentare dure);
- Scurtarea incorectă a coroanelor — cu ignorarea liniei de colet;
- Albirea nu se efectua sau se efectua cu soluții deja inactive;
- Lustruirea *superficială* înainte de a acoperi coroanele cu un strat de Nitrit de Titan.
- Aceste erori au și condus la corozie prematură a suprafețelor sudate.

Este necesar de menționat că majoritatea pacienților au simțit o ameliorare imediată după înlăturarea protezelor metalice.

Timp de 2—3 săptămâni, în funcție de gradul de

afectare a țesuturilor, pacienților li s-a efectuat un *tratament complex, etapizat, individualizat*:

În prima ședință s-a efectuat:

- curățarea suprafețelor dentare de impuritățile negre, cimentul infectat;
- detartrajul și prelucrarea gingie;
- irigații și badijonări antiseplice abundente și minuțioase;
- aplicarea substanțelor medicamentoase pe gingie;

În ședințele ulterioare s-a efectuat:

- un *tratament local și general* al parodontitei și a LRP;
- tratamentul cariilor (obturații, restaurări).

E necesar să menționăm că la 6 pacienți din lotul de studiu(15), alegerea construcției protetice n-a fost corectă.

Exemplu: pe imaginea prezentată se vede că pentru suplinirea a 2 dinți lipsă, au fost șlefuiți — acoperiți cu coroane metalice ștanțate 5 dinți. Construcția în cauză este o punte alcătuită din 5 coroane și o extensie din 2 unități în zona distală (se acceptă de utilizat doar o singura extensie și doar mezial). De pe imagine de asemenea se mai observă ca dinții au fost șlefuiți fără respectarea principiului de paralelism (s-a păstrat ecuatorul) ceea ce a dus la confecționarea coroanelor mai largi (fig.2).

La majoritatea pacienților, în rezultatul tratamentului *terapeutic complex* efectuat, simptomele anterior descrise au dispărut complet și numai la 5 din ei au rămas *simptome slabe* ale LRP, galvanozei și parodontitei.

După tratamentul terapeutic s-a recurs la protezarea rațională a pacienților cu diverse construcții, preponderent acrilice (proteze parțial mobilizabile acrilice, scheletate, pe culise, etc.)

În cazul din imagine s-au confecționat coroane ștanțate, numai pe dinții suport pentru croșete, însă de data aceasta fără extensie, apoi proteza parțial mobilizabilă. La confecționarea lor au fost respectate strict și toate etapele clinico-tehnice. Restul dinților care au fost acoperiți cu coroane metalice au fost restaurați cu compozite fotopolimere.

Examinarea pacienților la distanță și monitorizarea eficacității tratamentului peste 1—2 ani ne indică îmbunătățirea vădită a tabloului clinic (atât general cât și local):

Simptomele galvanozei au dispărut complet;

Formele ușoare ale LRP au prezentat niște urme slabe ale rețelei Uichem — (7 pacienți);

Formele mai grave ale LRP — *hiperemice și eroziv-ulceroase* au trecut în cele ușoare, limitate, fără simptome subiective — 8 pacienți;

Simptomele *parodontale inflamatorii* au dispărut, după efectuarea tratamentului complex.

Recomandări

Respectarea cu strictețe a etapelor clinico-tehnice în confecționarea coroanelor metalice (anume sudarea calitativă și albirea) (fig.4).

Includerea în construcțiile metalice fixe doar a acelor dinți care sunt necesari pentru suport (dinții cariati pot fi restaurați terapeutic).

Utilizarea mai frecventă a protezelor mobile, scheletate, culise, etc.

Concluzie

Mulți pacienți purtători de proteze metalice suferă de *galvanoză, LRP și parodontite*.

Severitatea simptomelor *galvanozei, LRP și ale parodontitei* sunt direct proporționale cu *mărimea, calitatea protezelor metalice, și prezența zonelor corodate*.

Tot odată și tratamentul acestor afecțiuni este mult mai dificil și mai îndelungat.

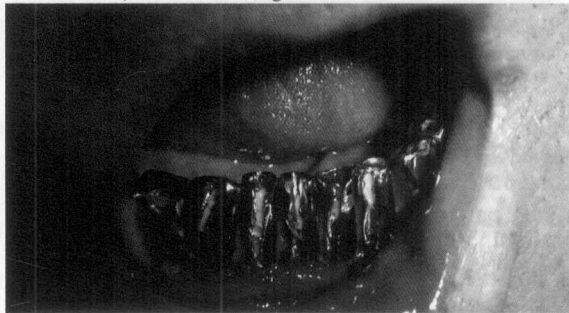


Fig.1 Situația inițială, coroane tăiate



Fig.2 Starea gingiilor și dinților după înlăturarea coroanelor

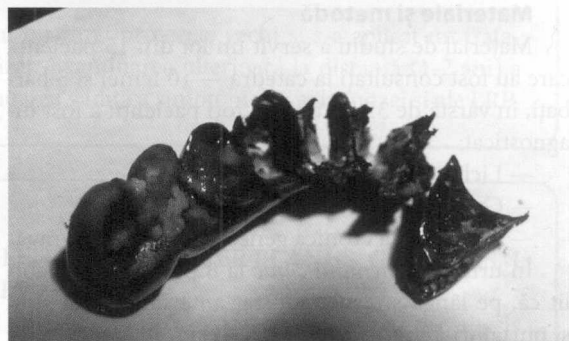


Fig.3 Aspectul punții dentare după înlăturare

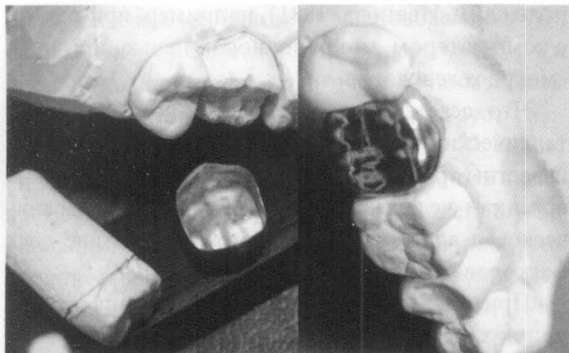


Fig. 4 Coroana ștanțată și albită corect

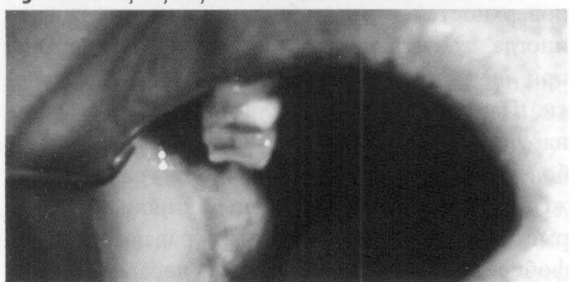


Fig. 5 LRP — eroziune pe mucoasa parietală

Bibliografie

1. Ana Eni „Afecțiunile complexului mucoparodontal“ Chișinău 2007 p. 237-242;
2. А.К. Иорданишвили „Клиническая ортопедическая стоматология“ Москва 2007 стр. 168-177
3. Г.Д. Савкина „Клиника, диагностика и лечение красного плоского лишая“ Москва 1978
4. Е.В. Боровский „Терапевтическая стоматология“ Москва 2003
5. Э.М. Кузьмина „Профилактика стоматологических заболеваний“ Москва 2001 стр. 147-154
6. Л.М. Лукиных „Заболевания слизистой оболочки полости рта“ Нижний Новгород 2000 стр. 89-114

О ГАЛЬВАНОЗЕ В ПОЛОСТИ РТА

Резюме

Наблюдение за 107 больными, которые были протезированы материалами, содержащими различные металлы, показала что гальваноз возникает у лиц чувствительных к гальваническому току. Длительное его существование во рту вызывает возникновение аллергии и таких предраковых заболеваний как лейкоплакия и красный плоский лишай.

Отмечено, что только 40-45% больным с диагнозом гальваноз можно помочь, не снимая протезы, без риска возникновения осложнений. Эти пациенты должны находится на диспансерном учете.

А.С. Кушир,
В.В. Бурлаку,
А.Т. Ожован,
В.А. Кырлиг

Кафедра
терапевтической
стоматологии ФУВ

Summary

GALVANIZATION IN THE ORAL CAVITY

The observation of 107 patients prosthetically treated with materials containing various metals showed galvanization to occur in people sensitive to galvanic current.

Its prolonged presence in the mouth leads to allergies and such precancerous lesions as leukoplakia and lichen planus. It has been noted that only 40-45% of galvanic patients can be treated without removing the prosthesis and avoiding complications. These patients should be followed up.

В настоящее время в стоматологии возникла новая, довольно сложная проблема – гальваноз. Нельзя сказать, что раньше он не встречался. Так, в 70-80 годы прошлого века особенно часто наблюдался гальваноз у лиц, которые были протезированы серебрянно-паладиевым сплавом и сталью. Тогда часто у них выявлялся дисбактериоз желудочно-кишечного тракта, как следствие действия серебра. При протезировании этим сплавом и золотом возникал гальваноз.

Следует сказать, что он возникает при следующих условиях: