

ERORI ȘI COMPLICAȚII ÎN TRATAMENTUL ENDODONTIC

Sofia Sirbu

*Profesor universitar,
Catedra stomatologie
terapeutice, Universita-
tea de Stat de Medicină
și Farmacie
„N. Testemițanu“*

Mohamed Agbaria,
medic stomatolog

Rezumat

În baza analizei a 145 de radiograme a 145 pacienți, în vârstă de la 19 la 62 de ani, care s-au adresat cu scop de diagnostic, din cauza unor dureri, s-a determinat că în 64,8% din cazuri erau prezente diferite erori și complicații în tratamentul endodontic.

Summary

THE ERRORS AND COMPLICATIONS IN THE ENDODONTIC TREATMENT

Based on analysis of 145 radiograms of 145 patients, with the age from 19 to 62 years old, that had addressed with diagnostic purpose, caused by pains, was determined that in 64.8% of cases were present different errors and complications in endodontic treatment.

Actualitatea temei

Printre obiectivele stringente ale stomatologiei practice diagnosticul precoce și tratamentul leziunilor pulpare și periodontale constituie o problemă actuală.

Incidența înaltă a pulpitelor și periodontitelor, care după datele unor autori alcătuiesc 35% din adresabilitatea la medic din diferite cauze sunt însoțite și de unele erori și complicații.

În literatură se conține un număr relativ mic de publicații în care se analizează eșecurile în endodonție, aceasta poate fi lamurită și prin faptul că odată cu implementarea diferitelor metode de diagnostic și tratament a sporit eficacitatea, sau din alt punct de vedere nu se efectuează analiza acestor date.

D. Keitch (1972) a depistat modificări în periodonțiu la 29% din pacienții tratați endodontic. J. Osborne și coaut. (1992), modificări similare au stabilit în 36,2% cazuri, iar în 27,5% cazuri canalele radiculare erau oburate insuficient.

E. Боровский și coaut. (1998) au determinat alterări distructive și canale parțial obturate în 88,3% din cazurile supuse analizei.

Deși au fost propuse numeroase și importante metode noi de diagnostic și tratament al pulpitelor și periodontitelor, problema în cauză rămâne actuală.

Multe complicații apar din cauză că medicii nu acordă atenția convenită recomandărilor și etapelor de lucru propuse în literatura de specialitate; topografiei spațiului endodontic; numărului de canale radiculare posibile. Investigațiile clinico-radiologice și morfologice constată, că adesea ori se ignorează posibilitatea existenței canalelor radiculare suplimentare în fiecare grup de dinți. Ele nu se depistează, nu se obturează și persistă ca sursă permanentă de infecție. (5,7,1,2).

Luând în calcul cele relatate, am recurs la actualul studiu.

Scopul lucrării

Evaluarea radiografică a tratamentului endodontic, efectuat în diferite instituții de profil, a pacienților care s-au adresat în asistență în Clinica Stomatologică universitară.

Material și metode

Au fost selectate și analizate 145 radiograme în incidență osteoradială a 145 de pacienți în vârstă de la 19 la 62 de ani, care s-au adresat în asistență cu diferite nevoi de tratament în Clinica Stomatologică a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu“.

Pacienții au fost supuși radiografiei cu scop de diagnostic pentru a vizualiza starea țesuturilor odonto-parodontale.

Rezultatele obținute și analiza lor

Rezultatele analizei denotă că deși nivelul asistenței stomatologice în Republica Moldova este înalt cu implementarea multiplelor tehnologii moderne de trata-

ment, totuși în unele cazuri se mai întâlnesc un șir de erori în tactica medicilor.

Din datele radiografice obținute la cei 145 pacienți în 94 cazuri s-au depistat erori și complicații în tratamentul endodontic, cea ce alcătuiește 64,8%. Unele din ele au fost foarte severe și s-au soldat cu extracția dinților.

Toate sechelele au fost subdivizate în 8 grupe, expuse în tabelul 1.

Tabelul 1. Erori și complicații în tratamentul endodontic

Sechelele	Acces incorect la camera pulpară	Nivelarea podelei camerei pulpare	Perforație la nivelul		Fractura instrumentelor	Obturație de canal		Sinusită traumatică	Total
			planșeului camerei pulpare	canalele radiculare		incompletă	cu depășire		
Total radiograme 145	6 (6,38%)	10 (10,64%)	8 (8,51%)	6 (6,38%)	5 (5,31%)	25 (26,59%)	32 (34,04%)	2 (2,12%)	94 (64,8%)

Din datele tabelului 1 se observă că în 6,38% din cazuri camera pulpară a dinților nu este suficient deschisă.

O regulă a endodonției este că cavitatea coronară a dintelui trebuie să fie deschisă, însă nu și lărgită sau adâncită.

Deschiderea camerei pulpare atât prin cavitatea carioasă pe cât și la trepanarea dintelui trebuie de efectuat pe etape, cu înlăturarea tavanului cavității dintelui.

Deschiderea camerei concomitent cu înlăturarea pulpei coronare adesea se soldează cu complicații ca: nivelarea și perforarea planșeului ei.

Accesul incorect la camera pulpara din figura 1 a facilitat obturarea necalitativă a canalelor din figura 2.

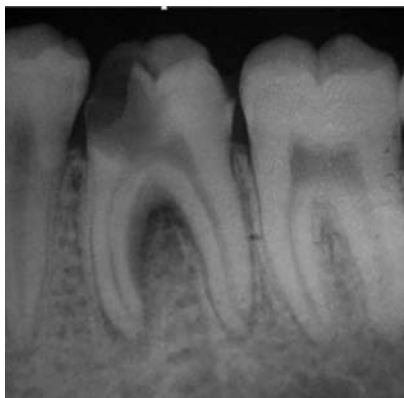


Fig. 1. Acces incorect la camera pulpară a dintelui 36.



Fig. 2. Obturație necalitativă a canalelor radiculare a dintelui 36.

Considerăm că această eroare este comisă din cauza necunoașterii în amănunt a topografiei cavității dintelui și crearea accesului la ea.

O altă regulă a endodonției după cum am menționat este că podeua camerei pulpare nici într-un caz nu se nivelează.

În mod normal planșeul camerei pulpare în dinți are formă convexă — fapt care ușor la sondare ne indică direcția spre orificiile de intrare în canalele radiculare (fig.3).



Fig. 3. Planșeul cavității dinților 46 și 47.

Podeua camerei pulpare trebuie să rămână intactă, în caz contrar putem efectua ușor perforație cu pătrunderea în zona interradiculară a dinților pluriradiculari.

Din analiza radiogramelor în 10,64% din cazuri planșeul camerei pulpare a fost nivelat (fig.4,5). O astfel de eroare a și facilitat perforațiile interradiculare, care s-au depistat în 8,5% din cazuri (fig. 6,7).



Fig. 4. Podeua camerei pulpare a dintelui 36 nivelată.



Fig. 5. Podeaua camerei pulpare a dintelui 36 nivelată.

O particularitate a molarilor și premolarilor inferiori este înclinarea ușoară a coroanelor lor spre oral, de aceea la deschiderea camerei pulpare neconștientizând acest fapt pot fi comise perforații ai prețurilor orali, în special la premolari



Fig. 6. Acces incorect la camera pulpară cu dezintegrarea radiculară a dintelui 47.



Fig. 7. Acces incorect la camera pulpară cu perforarea interradicară în dinte 36.

O etapă de lucru importantă în tratamentul pulpitelor și periodontitelor este repararea orificiilor de intrare în canalele radiculare. De obicei, dacă nu se nivelează planșeul camerei pulpare în dinții pluriradiculari cu ajutorul sondei ușor putem stabili orificiul canalului radicular. Apoi cu o freză sferică mică, sau conusoidă se creează cu 1-1,5 mm mai jos de orificiu

o adâncitură sub formă de pâlnie. Această manoperă medicii o efectuează cu ajutorul turbinei. Oentru medicii începătorinoi recomandăm de a efectua la turații mici deoarece ușor se poate perfora dentina la nivelul orificiului canalului.

Mai vulnerabilă este zona radiculară a spațiului endodontic, în care din diferite motive pot apărea căi false sau ruperea acelor în canale. După datele obținute ele alcătuiesc 6,4% din cazuri cauzele acestora pot fi: deschiderea incorectă a cavității dintelui, intrarea forțată în canalele incurbate, utilizarea instrumentelor endodontice neadecvat lumenului canalului radicular; dilatarea canalului prin mișcări de înșurubarea instrumentului endodontic ș.a.



Fig. 8. Cale falsă în incisivul inferior



Fig. 9. Cale falsă radiculară în premolar.

Căile false în porțiunea inițială a canalului se poate obtura cu ciment cu ionomeri de sticlă sau chair și cu ciment fosfat de zinc.

Figura 10 demonstrează o astfel de obturare a căilor false, dar cu o mică depășire a materialului.



Fig. 10. Obturarea căii false radiculare.

Ruperea acelor endodontice în timpul tratamentului în prezent nu sunt atât de frecvente. După datele noastre ele s-au depistat în 5,31% și pot fi lămurite prin faptul că se utilizează preponderent instrumente de calitate, de diferite grosimi, tehnici moderne de permeabilizare a canalelor radiculare.



Fig. 11. Fragment de ac rupt în canal.

Cele mai frecvente erori sunt admise în obturarea canalelor radiculare. Ele pot fi de două feluri: obturarea incompletă sau cu depășire după apexul radiologic.

Analiza materialelor actuale denotă o obturație incompletă a canalelor radiculare în 26,59% din cazuri.

De obicei aceste accidente pot avea loc în pregătiri corecte a canalului cu canale incurbate, impermeabile cu diferite concremente în canal care împiedică obturarea.

În cazurile studiate nu întotdeauna persistau cele menționate, canalele erau largi, rectilinii.



Fig. 12. Obturarea incompletă a canalelor dintelui 36.



Fig. 13. Obturarea incompletă a canalului. Periodontită cronică granulomatoasă.

Obturarea nesatisfăcătoare a canalelor este favorizată de lipsa radiografiilor dinților până la tratamentul endodontic, fapt care poate fi demonstrat prin figura 13 și 14.

Adesea ori, mai ales în situațiile când dinții sunt intacti medicii evită radiografia până la tratament, fiind convinși că depulparea nu prezintă oarecare dificultăți.

Un exemplu poate servi cazul din figura 14. Incisivul lateral superior în 99,9% din cazuri dispune de un singur canal radicular rectiliniu, dar sunt situații când dintele dispune de două rădăcini și tot atâtea canale (vestibular și palatinal).



Fig. 14. Dintele 12 cu două rădăcini.

Figura 14 evident demonstrează canalul palatinal este obturat cu depășire, pe când cel vestibular este liber. În așa caz dacă se va aplica o obturație definitivă vor apărea dureri în dinte caracteristica pentru pulpitele acute, iar ulterior gangrena pulpară și periodontite apicale distructive.

Obturarea canalelor radiculare cu depășirea apexului în practica stomatologică este o problemă severă, dat fiind faptul că se întâlnește frecvent. Reeșind din analiza datelor radiologice efectuate în actualul studiu incidența obturației cu depășirea apexului radiologic constituie 34,04%.

Obturația de canal cu depășire este cauzată de lipsa radiografiei dinților, necunoașterea lungimii de lucru a canalului radicular, apex larg deschis la persoane tinere, sau apex lărgit cu ace mai mari de numerele 15 și 20 în tratamentul periodontitelor, neseționarea vârfului conului degutapercă în obturațiile siller-filler. Prin trecerea materialului de obturație de canal dincolo de apex, se instalează o periodontită acută, sau o acutizare a celei cronice. Procesul poate persista un timp îndelungat sau duce la o osteomielită.



Fig. 15. Incisivii centrali superiori cu apexurile largi. Obturație de canal cu depășire și trecere prin fistule.



Fig. 16. Incisivii centrali superiori cu obturație de canal cu depășire.

Dacă există relații de vecinătate strânse între sinusul maxilar și rădăcinile dinților molari sau eventual cu premolarii sau sinusul coafează rădăcinile dinților, există riscul ca în timpul tratamentului endodontic să se depășească apexul și bariera care separă vârful rădăcinilor de sinus și să afecteze sinusul dând naștere unei sinusite. din tabelul 1 reese că sinusita traumatică se atestă în 2,12% din cazurile studiate.

Rezultatele analizei clișeelor radiologice demonstrează necesitatea respectării cu strictețe a etapelor de lucru în tratamentul endodontic.



Fig. 17. Materie de obturație în sinusul maxilar. Obturație depășită în premolarul doi superior.



Fig. 18. Materie de obturație în sinusul maxilar. Obturație depășită în moalrul 1.

Concluzii

1. După cum denotă rezultatele obținute de noi din analiza radiogramelor rata erorilor și complicațiilor în tratamentul endodontic este de 64,8%.
2. Cele mai frecvente eșecuri în tratamentul endodontic le revine obturațiilor de canal-60,63% (obturații incomplete — 26,59%, iar obturații cu depășirea apexului — 34,04%).

Bibliografie

1. Gafar M., Iliescu A. Endodonție clinică și practică. Ed. a II-a revăzută și adăugată. Ed. Medicală . bucurești. 2008.
2. Gafar M., Siti A., Andreescu C. Metode și tehnici curente în odontologie. 2008.
3. Keitch D. Radiographic detection of unsuspected pathologic conditions. J. Dent. Res. 1972, 51; 1250.
4. Osborne J., Hemminys K. A survey of disease changes observed on dental panoramic tomograms taken of patients attending a parodontology clinic. Br. Dent. 1992, 176, 166-168.
5. Patraș E., Zetu L. Endodonție practică. Iași, 1992.
6. Боровский Е.В., Протасов М. Ю. Распространённость осложнений кариеса эффективность эндодонтического лечения. / Клиническая стоматология, N 36, 1998, с.5-7.
7. Боровский Е.В. Клиническая эндодонтия. Москва. 1999.