

Extracția dentară, ca orice altă intervenție chirurgicală, trebuie executată cu o tehnică cât mai perfectă, evitându-se manoperele brutale și traumatizarea țesuturilor.

Concluzii

1. Pacienții sub medicație anticoagulantă prezintă un risc crescut la hemoragie cu ocazia extracțiilor dentare sau a altor intervenții chirurgicale.

2. Extracția dentară la pacienții aflați sub medicație anticoagulantă necesită o pregătire preextracțională corespunzătoare, fiind efectuată fără stoparea administrării anticoagulantului.

3. Aplicarea metodelor tradiționale de hemostază la pacienții sub medicație anticoagulantă este inefectivă, iar uneori nocivă.

4. Recidivele hemoragice postextracționale la pacienții aflați sub medicație anticoagulantă au fost rezolvate prin aplicarea locală a tamponamentului umezit cu sol. Acid aminocaproic 5% și sol. Contrical.

5. H.P. pot fi reduse la minim printr-o evaluare corectă preoperatorie și prin respectarea principiilor chirurgicale de bază.

Bibliografie

1. Al-Mubarak S, Al-Ali N, Abou-Rass M, Al-Sohail A, Robert A, Al-Zoman K, Al-Suwyyed A, Ciancio S. Evaluation of dental extractions, suturing and INR on postoperative bleeding of patients maintained on oral anticoagulant therapy. *Br Dent J.* 2007 Oct 13;203(7):E15; discussion 410-1. Epub 2007 Aug
2. Cojocaru V. Dereglări hemostazice în stări patologice critice. Chișinău. 2006, p.34,155.
3. Corcimaru I. Hematologie. Chișinău. 2007, p.325.
4. Devani P, Lavery KM, Howell CJ. Dental extractions in patients on warfarin: is alteration of anticoagulant regime necessary? *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1998 Apr;36(2):107-11.
5. Evans IL, Sayers MS, Gibbons AJ, Price G, Snooks H, Sugar AW. Can warfarin be continued during dental extraction? Results of a randomized controlled trial. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2002 Jun;40(3):248-52.
6. Garcia DA, Regan S, Henault LE, Upadhyay A, Baker J, Othman M, Hylek EM. Risk of thromboembolism with short-term interruption of warfarin therapy. *Arch Intern Med.* 2008 Jan 14;168(1):63-9.
7. Момот А.П. Патология гемостаза. Принципы и алгоритмы клинико-лабораторной диагностики. Санкт-Петербург. 2006, стр.101-109.
8. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Том 5. Москва. 2007, стр.61.

EVOLUȚIA TRATAMENTULUI COMPARATIV ÎN ALVEOLITA POSTEXTRACȚIONALĂ

Simion Levco, Alexei Pălărie

Ctedra Chirurgie Oro-Maxilo-Facială USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Evolution of the comparative treatment in the postextractional alveolitis

The paper includes obtained treatment results in the same time with different drugs. During 2007 years in the stomatological service of T.D.M.C.A.C. postextractional complications in alveolitis form in 28 patients have been observed. There were used the following preparations in this treatment metronidazolium and levomecol. The study consists of local status description comparative with different patients group in the treatment dinamica with different drugs, fips improvement of symptoms after clinical examination, distinction among patient who were divided depending of age, treatment results in the postextractional alveolitis according to season.

Rezumat

Lucrarea î-și propune să aducă în atenție rezultatele tratamentului obținute în paralel cu diferite medicamente. Pe parcursul anului 2007 în serviciul stomatologic C.C.D.A.M.T. sau întâlnit complicații postextractionale sub formă de alveolită la 28 de pacienți. În scopul tratamentului au fost aplicate local următoarele preparate: metronidazol și levomecol. Studiul include: descrierea statusului local în comparație la diverse grupe de pacienți, la tratamentul în dinamică cu diferite medicamente, ameliorarea simptoamelor depistate în urma examenului clinic, deosebiri între pacienții repartizați pe vârstă, rezultatele tratamentului în alveolita postextractională în dependență de anotimp.

Actualitatea temei

Se disting două forme anatomopatologice ale alveolitei:

Alveolita umedă – se manifestă ca o inflamație a alveolei în totalitate. Marginile alveolei sînt tumefiate, iar gingivomucoasa prezintă o stază vasculară marcată. Cheagul este acoperit cu depozite purulente. Sînt prezente granulațiile.

Alveolita uscată – este lipsită de congestie, gingia este palidă, atonă. Cheagul lipsește, pereții osoși endoalveolari sînt albicioși.

Procesul infecțios poate difuza în țesuturile moi perimaxilare și în lojele superficiale sau profunde ale feții, apărând supurații care uneori pot avea o evoluție destul de gravă.

La indicarea și alegerea momentului extracției este necesar să ținem seama de o serie de factori locali și generali, care pot influența în mod nefavorabil atât buna desfășurare a actului operator, cît și evoluția ulterioară a procesului de vindecare.

Procesul de vindecare a plăgii postextractionale este complex, întrucât, prin îndepărtarea dintelui, alveola rămasă goală va trebui să sufere un proces de remaniere osoasă, iar gingia din vecinătate va trebui să acopere defectul rămas.

Elementul prin care începe procesul de vindecare a unei plăgi postextractionale este cheagul endoalveolar. Cheagul, în primul moment, asigură protecția soluției de continuitate gingio-osoasă, constituind în aceleași timp o barieră biologică împotriva agresiunilor mecribiene din mediul bucal. Rețeaua de fibrină a cheagului este apoi progresiv invadată de elemente celulare tinere, care constituie țesutul conjunctiv. Concomitent cu regenerarea conjunctivă intervine și activitatea epiteliului gingival. Procesele de regenerare conjunctivă și epitelială durează aproximativ 14 – 20 de zile de la extracție, iar vindecarea osoasă începe mai târziu, prin transformarea parțială a fibroblaștilor în osteoblaști. În prima fază se formează un calos osos primitiv, care, ulterior, suferă un proces de remaniere și restructurare funcțională. Remanierea secundară a țesutului osos alveolar are loc în următoarele 5 – 6 luni.

Vindecarea plăgii postextractionale se face mai greu la bătrâni, la gravide, la bolnavii deproteinizați, în cazul hipovitaminozelor C și D ca și în cazurile în care s-a făcut un tratament îndelungat cu corticosteroizi.

Tratamentul curativ al alveolitei urmărește combaterea durerii, infecției și stimularea procesului de regenerare tisulară.

Obiectivul lucrării

De a urmări evoluția tratamentului în comparație și de a determina eficacitatea medicamentelor utilizate în tratamentul alveolitei postextractionale.

Materiale și metode

În studiu au fost incluși 28 de pacienți cu vârsta între 15 - 55 de ani. Studiul s-a bazat pe aplicarea locală a medicamentelor antiinfecțioase și anume: metronidazol și levomecol. Obligator pacienților li s-a efectuat radiografia pentru a depista corpi străini, resturi dentare, și osteoliza țesutului osos.

Rezultate obținute și discuții

Din 28 de pacienți 12 au fost femei și 16 bărbați. La momentul adresării semnele inflamatorii la bărbați au fost mai pronunțate, presupunem că din cauza neadresării precoce la medic. La ambele sexe rezultatele tratamentului au apărut aproximativ în același timp. La bărbați

simptomele generale dispar într-un timp mai scurt. Cazuri de reacții alergice și recidive nu au fost prezente.

În timpul tratamentului pacienții au fost examinați în dinamică.

Descrierea statusului local în comparație la diverse grupe de pacienți, la tratamentul în dinamică cu diferite medicamente:

1. Cu metronidazol s-au tratat 13 pacienți.

a) De alveolită umedă cu metronidazol s-au tratat 7 pacienți.

- *la momentul adresării* alveola este acoperită de un cheag de sânge îmbibat cu conținut purulent, pe marginile alveolei se observă o tumefacție și mici focare de țesut de granulație, gingivomucoasa este de culoare roșu-aprins.

- *la a doua vizită* nu este prezent conținutul purulent, cheagul ocupă etanș spațiul alveolar, se observă o micșorare evidentă a hiperemiei gingivomucoase și a tumefierii marginilor alveolare.

- *la a treia vizită* gingia are culoarea roz-pală, semnele de inflamație lipsesc, alveola este bine protejată de cheagul sangvin.

- *la a patra vizită* alveola este de dimensiuni mai mici, pe marginile alveolei sînt prezente focare de țesut de granulație.

b) De alveolită uscată cu metronidazol s-au tratat 6 pacienți.

- *la momentul adresării* cheagul lipsește, pereții osoși endoalveolari sînt de o culoare albă, gingia este atonă și are o culoare palidă.

- *la a doua vizită* pereții endoalveolari sînt în mare parte acoperiți de un strat subțire de sânge coagulat, se observă o stagnare a procesului inflamator, gingia este atonă și are culoare palidă.

- *la a treia vizită* semnele de inflamație sînt neînsemnate, cheagul tinde să acopere în totalitate suprafața pereților alveolari, gingia tinde să î-și recapete culoarea.

- *la a patra vizită* semnele de inflamație lipsesc, cheagul asigură o protecție suficientă a alveolei, dimensiunile alveolei sînt puțin mai reduse, gingia este de culoare roz-pală.

2. Cu levomecol s-au tratat 15 pacienți.

a) De alveolită umedă cu levomecol s-au tratat 7 pacienți.

- *la momentul adresării* alveola este acoperită de un cheag de sânge îmbibat cu conținut purulent, pe marginile alveolei se observă o tumefacție și mici focare de țesut de granulație, gingivomucoasa este de culoare roșu-aprins.

- *la a doua vizită* cheagul este bine format, pe marginile plăgii se observă eliminări purulente punctiforme, edemul și tumefierea persistă.

- *la a treia vizită* cheagul sangvin contactează intim cu marginile alveolei, nu este prezent conținut purulent, gingia este roz-pală, pe marginile alveolei sînt prezente hiperemii punctiforme.

- *la a patra vizită* alveola are dimensiuni mai reduse, semnele de inflamație lipsesc, cheagul asigură alveolei o protecție bună.

b) De alveolită uscată cu levomecol s-au tratat 8 pacienți.

- *la momentul adresării* cheagul lipsește, pereții osoși endoalveolari sînt de o culoare albă, gingia este atonă și are o culoare palidă.

- *la a doua vizită* pe mici suprafețe ale pereților endoalveolari sînt prezente cruste sangvine, conținutul purulent nu este prezent, marginile alveolei și gingia sînt palide și atone.

- *la a treia vizită* semnele de inflamație lipsesc, cheagul nu asigură alveolei o protecție suficientă, gingia este de culoare roz-pală.

- *la a patra vizită* dimensiunile alveolei sînt mai reduse, cheagul sangvin oferă o protecție bună alveolei, gingia este de culoare roz-pală, la hotarul marginii alveolare cu cheagul se observă mici porțiuni de țesut de granulație.

În alveolită durerea are un caracter violent, crește progresiv în intensitate, iradiind în hemimaxilar sau hemicranii. Durerea persistă, nu se calmează la analgezice obișnuite, împiedicând pe pacient să exercite vreo activitate. Ganglionii limfatici regionali sînt măriți în volum și dureroși la palpare.

Ameliorarea simptomelor depistate în urma examenului clinic:

Dispariția simptomelor	metronidazol	levomecol
Durerea	2 zile	1 zi
Procesul inflamator	4 zile	4 zile
Ganglionii limfatici regionali măriți	6 zile	5 zile
Starea generală alterată	1 zi	1 zi

Procesul de vindecare a plăgii postextractionale este complex, întrucât prin îndepărtarea dintelui alveola rămâne goală va suferi un proces de remaniere osoasă, iar gingia din vecinătate va acoperi defectul rămas. Extracția dinților cu procese infecțioase cronice periapicale va fi urmată de chiuretajul riguros al zonei afectate.

Evoluția în comparație, după tratament, a plăgilor infectate, în dependență de stadiile de vindecare:

	metronidazol	levomecol
Primul stadiu	În 24 de ore	În 24 de ore
Al doilea stadiu	7 zile	8 zile
Al treilea stadiu	20 zile	22 zile
Al patrulea stadiu	35 zi	30 zile
Al cincilea stadiu	5-6 luni	5-6 luni

Primul stadiu – formarea cheagului alveolar.

Al doilea stadiu – cheagul sangvin este înlocuit cu țesut de granulație.

Al treilea stadiu – înlocuirea țesutului de granulație cu țesut conjunctiv imatur.

Al patrulea stadiu – umplerea alveolei cu țesut fibrinos tânăr.

Al cincilea stadiu – remanierea secundară a țesutului osos alveolar.

Acest proces de cicatrizare se petrece în condițiile unei soluții de continuitate osteomucoasă, în care au existat focare septice cronice sau acute, într-un mediu în care agresiunile microbiene sînt prezente, iar o bună parte din funcțiile aparatului dentomaxilar continuă să fie solicitate.

Deosebiri între pacienții repartizați pe vârste:

1. Pacienții cu vârsta cuprinsă între 15 – 30 ani. Constituie o frecvență de 20%, afecțiunea este depistată timpuriu. Pacienții sînt cei mai interesați de afecțiunea lor, ascultă cu atenție și respectă indicațiile medicale. Rezultatele tratamentului la acești pacienți au apărut în cel mai scurt timp.

2. Pacienții cu vârsta cuprinsă între 30 – 40 ani. Constituie o frecvență de 43%. Pacienții susțin că nu s-au adresat imediat când au observat simptomele. Consideră că afecțiunea nu merită o atenție deosebită, și sînt convinși că în curând se vor trata.

3. Pacienții cu vârsta cuprinsă între 40 – 55 ani. Constituie o frecvență de 55%. Pacienții sînt interesați de cursul de tratament. Iau toate măsurile necesare pentru a se vindeca. Rezultatele tratamentului apar mai târziu în comparație cu celelalte loturi.

Rezultatele tratamentului în alveolita postextractională în dependență de anotimp:

- a) Iarna: - frecvența de 34%
 - mai frecvent la femei
 - tratamentul cu levomecol a fost mai eficient
- b) Primăvara: - frecvența de 28%
 - la bărbați mai frecvent
 - tratamentul cu metronidazol a fost mai eficient

- c) Vara : - frecvența de 6%
 - la bărbați mai frecvent
 - tratamentul cu metronidazol a fost mai eficient
 - rezultatele tratamentului au apărut cel mai timpuriu.
- d) Toamna: - frecvența de 32%
 - mai frecvent la femei
 - tratamentul cu levomecol a fost mai eficient
 - rezultatele tratamentului au survenit cu întârziere

Concluzii

- Timpul de remisie în ambele forme anatomopatologice este mai precoce la tratamentul cu metronidazol.
- Vindecarea este mai rapidă la persoanele care respectă o igienă regulată a cavității bucale.
- Frecvența alveolitei după extracții este de 2%.
- La mandibulă alveolita postextracțională este mai frecventă decât la maxilă.

Bibliografia

1. Burlibașa Corneliu. Chirurgie orală și maxilofacială. Editura medicală. București 2005.
2. Constantin Matcovschi, Vasile Procopișin, Biris Parii. Ghid farmacoterapeutic. Chișinău 2006.
3. Ghicavii V. Farmacoterapia afecțiunilor stomatologice. Chișinău 2002.
4. Marius Pricop, Emil Urtilă. Infecțiile buco-maxilo-faciale. Editura Helicon. Timișoara 1994.
5. Rotaru A., Băciuț G., Chirurgie maxilo-facială. Cluj-Napoca, 2003.
6. Timoșca G., Burlibașa C. Chirurgie buco-maxilo-facială. Editura Universitas. Chișinău 1992.

CRITERII DE DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL AL GINGIVITEI HIPERTROFICE

Olesea Brenici

Catedra Stomatologie terapeutică USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Criteria of differential diagnosis for hypertrophic gingivitis

To confirm clinical diagnosis of hypertrophic gingivitis, an important place occupies differential diagnosis by argumentation of clinical, radiological, biochemical signs and specific for this periodontal disease.

Rezumat

În confirmarea diagnosticului clinic de gingivită hipertrofică, diagnosticul diferențial ocupă un loc aparte, dar și foarte important, prin argumentarea semnelor clinice și radiologice, biochimice și specifice afecțiunii parodontale date.

Actualitatea temei

Studiul detaliat al afecțiunilor parodontale cu utilizarea metodelor de cercetare epidemiologice, clinico-radiologice, morfologice, dar și observarea în dinamică a pacienților în procesul de tratament complex au permis formularea semnelor principale diferențial-diagnostice ale afecțiunilor parodontale.

Gingivita hipertrofică – prezintă o inflamație cronică cu caracter proliferativ a gingiei, ce este însoțită de hiperplazia țesutului conjunctiv și proliferarea stratului bazal al epiteliului. Se caracterizează prin următoarele simptome clinice: modificări de volum, formă, culoare, consistența papilelor și a gingiei alveolare.

În etiologia gingivitei hipertrofice după [1] se remarcă:

1. factorii locali (microbieni, traumatici, combinați-anomalii);
2. factorii generali (exogeni, endogeni, exo-endogeni, cauze neidentificate).