

**ABORDAREA COMPLEXĂ ÎN ASPECT PARODONTOLOGIC A LEZIUNILOR
ODONTALE CORONARE TOTALE SAU SUBTOTALE**
Vasile Cirimpei, Sergiu Ciobanu, Tatiana Cirimpei, Ana Ciobanu
Catedra Stomatologie terapeutică USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Total and subtotal crown lesions have a relative high incidence. Very frequent they have a tenacious activity and decay has a deep subgingival location. A situation like this will need a periodontal resective treatment which is mandatory, complicated techniques on one side and patient expectations on another side will determine the denying of this treatment, so the treatment by its self will be the root extraction. Another situation will be the lesion with a juxtagingival decay. This type of lesions will be easily treated with modern treatment techniques, which are less invasive (gingival trimmer, fiber glass pins, etc.).

Key Words: Surgical crown lengthening, Resective surgery, Periodontal

Rezumat

Leziunile coronare totale și subtotale au o incidență relativ înaltă. Foarte frecvent ele însă au o evoluție mai tenace și defectul carios cu predilecție o dislocare subgingivală profundă. O astfel de situație va necesita un tratament chirurgical parodontal rezectiv care este obligatoriu, tehnice complicate pe de o parte și așteptările pacienților pe de altă parte vor determina negarea acestor metode, astfel tratamentul în sine implicând extracția dentară. O altă situație leziunile cu defect juxtagingival. Aceste leziuni pot fi ușor rezolvate prin intermediul metodelor moderne de tratament, care sunt minim invazive (trimerul gingival, pivoții de fibră de sticlă, etc.).

Actualitatea

Spectrul larg de materiale disponibile pe piață ne oferă posibilități mai mari ca niciodată de a păstra dinții care până recent erau considerați compromisi. Utilizarea metodelor minim invazive de tratament precum trimerul gingival a usageat enorm manoperele în chirurgia parodontală. În cazul când avem valori la sondare ce nu depășesc 4 mm, și se incadrează în limitele a 1-2 mm, și clișeul radiologic confirmă statutul clinic a unui contur osos ce se află la 4-5 mm de conturul gingival lipsa semnelor patologice în parodonțul superficial, avem posibilitatea de a modela șanțul gingival mult mai rapid, efectiv și estetic și cel mai important perioada de regenerare este foarte scurtă (48 ore). Cu ceva timp în urmă o astfel de situație impunea plastia gingivală chirurgicală, astfel se impunea o amânare a tratamentului protetic final, cu circa 2-3 săptămâni. Este sigur însă că o astfel de tactică nu este posibilă și chirurgia parodontală este obligatorie.

Scopul și sarcinile lucrării

1. Analiza metodelor moderne de reabilitare a dinților cu LOC, prin aceste spuse avem în vedere, utilizarea trimerului gingival pentru plastia gingivală, care micșorează semnificativ trauma respectiv surtează perioada de reabilitare a pacienților. Utilizarea metodelor de retracție gingivală modernă cu ată și substanțe astringente (Ultrapac® de toate dimensiunile). Utilizarea tehnicii duble de retracție gingivală cu ată de retracție în cadrul căreia inițial se introduce firul Ultrapak #00 și apoi firul #2 va garanta o deschidere a sulcusului la maxim totodată efectuându-se profilaxia gingiei marginale precum și a papilei. Fibrele de sticlă vor oferi o protecție maximă restului radicular în viziunea profilaxiei fracturii radiculare.

2. Analiza situațiilor clinice în cadrul căror este necesară utilizarea chirurgiei parodontale în tratamentul LOC totale.

3. Popularizarea metodelor proprotetice chirurgicale parodontale.

Material și metodă

În lotul de studiu au fost inclusi 33 de pacienți cu LOC la diferite grupe de dinți și cu diferite grade de leziuni odontale. Repartizarea pe sexe a fost următoarea: 24 femei, 9 bărbați. Toți pacienții au fost informați asupra metodelor de tratament aplicate și au semnat acordul informat.

Primul lot de pacienți a fost alcătuit din pacienți ce prezintau clinic leziuni odontale coronare totale subgingivale sau în caz că țesuturile dure dentare prezintau resturi ce proeminau 2-3 mm supragingival aceste suporturi erau înlăturate din cauza cariei dentare și la exereza completă prezintau aceleași defecte subgingivale. De menționat că profunzimea defectelor subgingivale nu depășea 3 mm.

Al doilea lot de pacienți prezintau leziuni odontale coronare totale sau subtotale juxta sau supragingivale însă cu valori de sondare a șanțului gingival mai puțin de 1 mm. Pentru acest lot de studiu au fost aplicate atât metode chirurgicale de elongare coronară și plastie gingivală, precum și metode minim invazive în caz că marginea procesului alveolar depășea limita de 3 mm de la marginea gingiei libere.

Al treilea lot de pacienți prezintau leziuni odontale coronare totale sau subtotale ce nu necesitau nicio intervenție chirurgicală-parodontală, deoarece prezintau limite de sondare a șanțului gingival de 2-4 mm și managementul restaurativ și protetic permitea inserarea firelor de retracție gingivală și fixarea digii pe aceste fragmente radiculare. Acest grup de studiu a fost utilizat drept lot martor în raport cu cele 2 enumerate anterior.

Despre mijloacele regenerative și corecțiile estetice în literatura de specialitate din Occident se scrie foarte mult, cu toate că este foarte bine să se știe că chirurgia rezecțivă este baza chirurgiei parodontale. În Republica Moldova aceste metode însă sunt puțin aplicate din mai multe cauze, fie că o parte din practicieni nu sunt cunoscuți cu aceste tehnici în tratamentul parodontal complex, fie că nu doresc să le practice din motive că ele necesită o perioadă de recuperare mai lungă, fie că educația pacienților nu permite o abordare atât de complexă.

Extensia chirurgicală a coroanei clinice către apical, elongarea coronară, utilizată în asociere cu mijloacele restaurative, este cea mai frecventă și valoroasă metodă de chirurgie parodontală. În cazul bolilor parodontale, a cariilor subgingivale, sau și mai problematic a acestor două entități simultan precum cazurile prezентate mai jos, tehnica elongării coronare prin rezecția țesuturilor parodontale, îmbunătățește tratamentul protetic, prognosticul tratamentului restaurativ, armonia ocluzală. Pentru obținerea elongării coronare am utilizat extensia apicală, deoarece extensia coronară la pacienții din lotul de studiu nu facea posibilă această tehnică.

Mijloacele chirurgicale de elongare coronară, prin rezecția țesutului parodontal și alungirea apicală a coroanei clinice, implică și o pierdere de inserție. Din acest motiv, riscurile și rezultatele trebuie să fie foarte atențioase. Posibilitatea de alungire a coroanei clinice este limitată. Din acest motiv ne-am ghidat de următoarele principii: valoarea dintelui în cadrul arcadei, extensia unor fracturi coronare către apical, raportul nefavorabil coroană-rădăcină în urma rezecției osoase. Lungimea și morfologia radiculară, osul restant după rezecție, posibilitatea controlului plăcii bacteriene după tratamentul protetic.

În cadrul tratamentului complex a pacienților din primul lot de studiu, tratamentul începea cu examenul clinic și paraclinic, măsurile de igienizare de bază: detartrajul manual și ultrasonic, periajul profesional. Motivarea pacienților, popularizarea metodelor de igienă alternative și secundare. După caz la pacienții cu afecțiuni parodontale li se prescria și tratament complex: tab. Doxaciclini 0,1 odată în zi 8 zile, tab. Metronodazol 0,5 de două ori în zi 8 zile, la a 3-a zi o capsulă de Mycosyst. Suplimentar în funcție de gravitatea procesului li se administrează local injecții pe pliul de tranziție sol. BioR- 05% sau Lincomycină a către 1 ml „o ampulă pentru arcada superioară și una pentru cea inferioară. Restaurările traumante. Debordante sau cu alte defecte care rețineau cicatrizarea erau înlăturate și schimbate cu alte provizorii în limita disponibilității.

În a doua fază a tratamentului se trecea la etapa chirurgicală. După anestezia infiltrativă cu sol. Ubistizină 2% - 1.7 ml, clătituri cu sol. de Clorhexidină 0,05% un minut. Apoi,

premărgător inciziei, câmpul operator va fi prelucrat cu sol de Betadină -1%. Incizia primară se efectua cu bisturiul nr. 15 care era orientat paralel cu axul longitudinal al dintelui vârful său având tot timpul un contact strâns cu osul alveolar. Incizia primară va respecta designul marginii libere gingivale în caz că alterațiile parodontale nu sunt prezente și vor imita un parodonțiu normal în caz că ele sunt prezente. Incizia va fi efectuată la 1 mm de marginea liberă gingivală. Incizia secundară va fi efectuată în profunzimea sulcusului (pungii), deasemenea cu bisturiul nr. 15 și se separă lamboul secundar, de fapt cea dea două incizie este destinată acestei manopere. Designul lamboului în majoritatea cazurilor era unul de plic și nu trapez care poate condiționa proble postoperatorii. Lamboul este reflectat prin intermediul unui decolator, atent, pentru a preveni perforarea lui, astfel încât obținem un acces și vizibilitate la osul alveolar. Lamboul este menținut la maximum posibil în contact cu suprafața osoasă în scopul menținerii hidratării sale. Incizia terțiară s-a efectuat cu un bisturiu interdental de-a lungul crestei alveolare și a septului vestibular și palatal, pentru a separa lamboul secundar de creasta alveolară și de osul interdental în regiunea cervicală. Această incizie permite îndepărțarea lamboului secundar într-o bucată. Lamboul secundar se îndepărtează cu ajutorul unei chiurete.

Odată ce accesul a fost creat și după caz zona expusă a fost degranulată prin intermediul unei chiurete de pe suprafețele radiculare și de pe os. După înláturarea granulațiilor se va efectua osteoectomia și osteoplastia, care va fi prestabilită în raport cu spațiul biologic ce urmează a fi creat. Osteoplastia va fi efectuată prin intermediul dăltițelor și a frezelor chirurgicale, astfel încât să obținem un contur fiziologic al osului (arhitectura pozitivă). De menționat că osteoplastia se va efectua doar după osteoectomia care va fi racordată la raportul cariei dentare cu marginea osului alveolar. După necesitate, odată cu lamboul deschis, se poate efectua și odontoplastia în scop de prevenire a înghesuielor radiculare.

Sutura lambourilor se efectuat prin intermediul firelor de matase cu legături „în 8” sau „în saltea”. Plaga era izolată de mediul bucal prin intermediul cimenturilor parodontale (CoePAK®), fie era lăsată deschisă și igienizată de către pacient, plus beneficia de tratament medicamentos antisепtic și/sau cheratoplastic (Solcoseryl®, MetrogilDenta®, Perioaid®, ulei dă cătină etc.).

La a 7-a – 10-a zi suturile erau înláurate. Pe parcursul următoarelor 2, 3 săptămâni pacientul era instructat în scopul igienizării zonei respective, și deasemenea utiliza remedii medicamentoase în scopul vindecării plăgii, formării noului sulcus gingival remodelat. În limita posibilităților dinții cu leziuni coronare erau restabiliți în viziunea formării bonturilor. Această procedură însă primordial era efectuată după cicatrizarea finală.

Deoarece dinții cu aceste leziuni trebuiau restabiliți cu pivoți intracanalari am optat în favoarea pivoțiilor fabricați direct. Pivoți utilizati au fost cei propuși de compania „IKADENT”, menționăm designul pivoțiilor fibrelor de sticlă și sistemul special de preparare, care rezultă printr-un platou în baza căruia se fixează pivotul, astfel încât dintele are o fixare mecanică bună, totodată având un sistem pasiv de fixare astfel nu traumează dentina și nu crează tensiuni statice în rădăcină. Pivoți de fibră de sticlă au o duritate înaltă (1000 MPa) și este penetrabil pentru razele ultraviolete, astfel nu necesită careva sisteme speciale de fixare.

Odată ce bonturile au fost restabile, dinții au fost preparați cu prag juxtagingival în zonele estetice și supragingival pentru zonele posterioare în modalitate ofertei maxime de igienizare. Pragurile aveau un design drept.

Cel de-al doilea grup de studiu prezenta tehnici mult mai simple de tratament, deoarece cel mai frecvent se reducea la plastia gingivală prin intermediul trimerului gingival, iar dacă se efectua prin intermediul bisturiului leziunile erau minime și perioada de recuperare era mai mică ca pentru primul lot de pacienți.

Rezultate și concluzii

Pentru primul lot de pacienți au fost delimitate următoarele avantaje:

1. Plastia gingivală și osoasă oferă posibilitatea corectării defectelor existente

2. Modelarea gingivală permite formarea joncțiunii gingivale lungi după necesitate și patența s-a, astfel usurând etapa protetică și de fapt de multe ori condiționând-o
3. Eliminarea țesuturilor de granulație în totalitate.

Dezavantaje:

1. Problema recuperării postchirurgicale
2. Recesiunile gingivale sunt greu controlabile și nu întodeauna se supun tehniciilor chirurgicale.
3. Frecvent implică și eliminarea papilelor interdentare care pot cauza probleme estetice și după tratamentul protetic
4. Igiena corespunzătoare a protezei prin metode secundare și speciale, frecvent impracticate de pacienți.

Bibliografie

1. Chirurgie Parodontală. Atlas Clinic. Naoshi Sato. Quintessenz Med Publishing S.R.L. 2006
2. Clinical Periodontology and Implant Dentistry 5th Edition. Jan Lindhe. Blackwell Publishing 2008.
3. Caranza's Clinical Periodontology 9th ed. Caranza S. Blackwell Publishing 2004
4. Заболевания периода. Артюшкович А. С.
5. Stomatologie Terapeutică. Borovskii A. Chișinău 1991.

FREZELE CERAMICE “TRIMMER” ÎN REZOLVAREA PROCESELOR HIPERTROFICE

Carolina Aramă, Sergiu Ciobanu, Vasile Cirimpei, Ana Ciobanu, Tatiana Cirimpei
Catedra Stomatologie Terapeutică USMF „Nicolae Testemițau”

Summary

It is well known that the right method of treatment is done in close proximity with the diagnosis and individual practitioners competences. The quality and efficiency of the materials and instruments which are used is a major factor that will present a good outcome.

In this paper the ceramic bur for soft tissues (Ceramic Soft Tissue Trimmer - CSTT) is presented. It may be used as an alternative to surgical blade, electrical and laser ones, in the treatment of different pathologies of the periodontal tissues and other purposes. In this paper the indications for the bur utilization are described, the advantages and their disadvantages, and the applied technique.

Key Words: Trimmer, periodontal disease, Hypertrophic process, Epulis

Rezumat

Este bine cunoscut faptul că alegerea metodei corecte de tratament se face în conformitate cu diagnosticul stabilit precum și în funcție de competențele individuale ale medicului practician. O parte din reușita manoperelor efectuate relevă și din calitatea și eficacitatea materialelor și instrumentarului utilizat.

În lucrarea dată este prezentată freza ceramică pentru țesuturi moi (Ceramic Soft Tissue Trimmer - CSTT). ce poate fi utilizată cu succes, ca alternativă bisturiului chirurgical, electric sau celui cu laser, în tratamentul diferitor patologii ale parodonțului marginal cu procese de hipercreștere, precum și cu alte scopuri. În lucrare sunt descrise indicațiile de utilizare a frezei, avantajele și dezavantajele acesteia, precum și tehnica de aplicare.