

TRATAMENTUL CONSERVATIV COMBINAT ÎN DISCROMII DENTARE SUPERFICIALE

Corneliu Năstase, Alexei Terehov, Pavel Gnatiuc

Catedra Stomatologie terapeutică USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

The combined conservative treatment of superficial teeth discoloration

Now there is a tendency in favour of favorable opinion on the importance of use of fluorides as helping in reducing indexes of caries both in the developed, and in underdeveloped countries.

The widespread use of methods of fluorination promoted decreasing of prevalence of caries.

Nevertheless, at the same time indexes of a tooth fluorosis, apparently, grow in a reciprocal proportion. It is caused by a chronic poisoning with the fluorine, caused by consumption of fluoridic bonds for a long time or their high concentration in potable water, nutrition etc.

Owing to the given treatment or residing in the endemic foci of a fluorosis, we can observe augmentation of maculae with a various colour on tooth surface which affect dental aesthetics.

Currently, the search of adequate aesthetic restorative treatment is increasing, but, despite the wide assortment of restorative materials on the market, there is no material which would correspond on properties and characteristics to dental hard tissues.

Enamel microabrasion is an effective method to remove surface discoloration, caused by this condition which damages an aesthetics of that tissue. The use of 18 %-s' hydrochloric acids in a combination with pumice in spite of the fact that was a simple and cheap method, was gradually replaced because of its potential of bringing of harm to periodontal tissues.

In search of revealing of conservative treatment approaching for improvement of a tooth aesthetics, this research has been spent for the purpose of an estimation of efficiency of technics of a enamel microabrasion using acid liquid of zinc phosphate cement in a combination to abrasive dentifrice powder in thematic clinical cases, encountered by the employees of chair of Preventive Dentistry of USMF "N. Testemițanu" in University's stomatologic clinic. As criterion for an estimation of cases were taken the photos, registered at the beginning and after application of a series of the combined therapy based on a microabrasion and a remineralization of an enamel (*alternating topical application of fluorides with calcium preparations are taken; in case of a fluorosis local application of fluorides is contraindicated !!!*).

Thereby, this article reports the clinical case of treatment of the dental fluorosis solved by means of a enamel microabrasion, using acid liquid of zinc phosphate cement because its cost-benefit ratio is better than in a case with a hydrochloric acid.

Rezumat

Actualmente există o tendință în favoarea opiniei pozitive referitor la importanța utilizării compușilor de fluor în calitate de agenți, ce facilitează reducerea indicilor de carie, - atât în țările puternic dezvoltate, cât și în cele slab dezvoltate.

Utilizarea pe larg a metodelor de fluorizare a contribuit la diminuarea răspândirii cariei dentare în mai multe teritorii.

Cu toate acestea, concomitent indicii fluorozei dentare, aparent, cresc în proporție inversă. Aceasta se datorează unei intoxicații cronice cu fluor, datorate consumului fluorizilor pe parcursul unui timp îndelungat sau a unei concentrații înalte a acestora în apa potabilă, produse alimentare etc.

În urma tratamentului respectiv sau locuirea în focare endemice de fluoroză, putem remarca pe suprafețele dentare macule de variate culori, prezența cărora afectează esteticul.

La momentul actual, crește în amploare căutarea unui tratament restaurativ estetic adecvat, dar, în pofida faptului că pe piață există o gamă bogată de preparate restaurative, stomatologul

modern nu dispune de un material concret, care ar corespunde prin proprietăți și caracteristici țesuturilor dure dentare.

Microabrazia smalțului este o metodă eficientă pentru îndepărtarea discromiilor dentare, provocate de condițiile, ce afectează esteticul smalțiar. Utilizarea acidului clorhidric de 18% în combinație cu piatra ponce, deși s-a adeverit a fi o metodă simplă și ieftină, a fost treptat restrânsă din cauza vătămării potențiale a țesuturilor parodontale, fiind substituită prin tehnici mai puțin agresive.

Având ca obiectiv identificarea unui tratament conservativ apt de a îmbunătăți esteticul dentar, acest studiu a fost realizat cu scopul de a estima eficiența aplicării tehnicii de microabrație a smalțului, folosind lichidul acid al cimentului fosfat de zinc (în combinație cu praful dentifrice [de dinți] abraziv) în cazurile clinice tematice întâlnite în Clinica Stomatologică Universitară de către colaboratorii Catedrei de Stomatologie Terapeutică a USMF "N. Testemițanu". Datele acceptate drept criterii ai evaluării obiective sunt fotografiile făcute la începutul și la finele seriei de tratament combinat, având la bază microabrazia smalțului, asociată cu terapia remineralizantă (*alternând utilizarea locală a preparatelor de fluor cu cele de calciu; în cazul fluorozelor aplicarea topică a fluoridelor este contraindicată!!!*).

Astfel, acest articol comunică despre un caz clinic de tratare a fluorozelor, soluționat cu ajutorul microabraziei smalțiere, folosind lichidului acid al cimentului fosfat de zinc, deoarece co-raportul acesteia de cost-profit-avantaj este mult superior utilizării acidului clorhidric de 18%.

În urma creșterii cerințelor pacienților față de esteticul dentar în perioada modernă apare în mod firesc necesitatea reactualizării datelor privind discromiile dentare, precum și reevaluării metodelor și mijloacelor, utilizate la corecția acestora.

O importanță deosebită se acordă aspectului de cruțare maximă a țesuturilor dure dentare și de menajare a celor parodontale, orientarea preferențială fiind făcută către o abordare terapeutică sau mini-invazivă.

În articolul respectiv autorii și-au propus să vizeze anume această problemă, oferind pe parcurs un reviu actualizator și propuneri novatorii.

Datele, prezentate în articol, sunt trecute prin prisma experienței profesionale și rezultatele cazurilor clinice soluționate pe parcursul aa. 1980-2011 la Catedra de Stomatologie terapeutică USMF „N. Testemițanu”.

Discromie (sau discolorit) se numește orice modificare a culorii dinților permanenți umani [4].

Leziunile necarioase contribuie la schimbarea culorii dinților.

Dat fiind faptul, că există o creștere constantă a numărului de leziuni necarioase în cadrul diferitor grupuri populaționale, conducând la modificarea culorii dinților, este necesar să se înțeleagă cauzele acestor schimbări coloristice dentare [7].

Formarea discromiei dentare se poate datora fluorozelor, hipoplaziei smalțului, eroziunii smalțului, defectelor cuneiforme, abraziunii, necrozei chimice etc. [8].

Colorarea dinților permanenți poate fi *externă, internă, sau mixtă* [6].

1. **Discromie dentară externă (temporară):** placa bacteriană, coloranții alimentari, fumatul, clătirea cu clorhexidină și etacidil lactat, preparatele de fier (*formă lichidă*), dezvoltarea ciupercii *Lichen dentalis*, dezvoltarea de *Bacteroides melaninogenicus* în cavitatea bucală, noxele industriale (*cupru, plumb*).

2. **Discromie dentară internă (permanentă)**

2.1. **Patologie congenitală a țesuturilor dure dentare:** fluoroză, hipoplazie, dinți „de tetraciclină”, amelogeneza imperfectă, boala hemolitică a nou-născutului (*în anamneză*), anomalii ale tractului biliar, porfirie eritropoietică congenitală.

2.2. **Patologie dobândită a țesuturilor dure dentare:**

2.2.1. **Colorarea vitală:** coloranți alimentari, fumatul (*de durată*), clătirea cu clorhexidină și etacidilactat (*consum mai mult de o lună*), preparate de fier (*formă lichidă; consum de*

durată), demineralizarea focală a smalțului, defect cuneiform, eroziune a smalțului, decolorare de vârstă a dinților, obturațiilor din amalgam, necroză a țesuturilor dure dentare.

2.2.2. *Colorarea devitală*: depulparea dintelui, obturarea canalelor cu pastă de rezorcin-formalină sau cu endometazon, diverse pivoturi metalice, ruperea instrumentelor în canalul radicular, traumatismul dentar

3. *Discromie dentară mixtă*: o combinație a câtorva cauze în cadrul aceluiași grup, o asociere a câtorva cauze din diferite grupuri.

Astfel, o necesitate imperioasă prezintă perfecționarea metodelor de diagnosticare a discromiilor dentare și elaborarea unui program complex corespunzător de măsuri curativ-profilactice [9].

Termenul de "*microabrazie a smalțului*" a fost introdus în circulație de către Theodore P. Croll (1989), indicând o metodă de eliminare a defectelor dentare de colorare și de îmbunătățire a aspectului estetic al dinților.

Microabrazia smalțului este o metodă de tratare a dinților discromici, care prevede îndepărtarea unui strat smalțiar de o finețe microscopică, cu o erodare și lustruire concomitentă, folosind o compoziție specială, ce conține un abraziv și acid clorhidric, în urma intervenției rămânând un smalț absolut intact [6].

Astfel, este realizată îndepărtarea unor macule pigmentate (*inclusiv – a celor fluorozice*). Cu toate acestea, metoda respectivă este acceptabilă numai în cazul, în care grosimea țesuturilor modificate la culoare nu trebuie să depășească câteva zecimi de milimetru [2].

Microabrazia smalțului este o tehnică, folosită ca o alternativă estetică în cazurile, în care se schimbă culoarea smalțului dentar (*macule albe, gălbui, nervuri, colorare gri-maronie sau pigmentare prin demineralizare*), când aceste defecte discromice se limitează la stratul lui superficial, sau atunci când se intenționează de a îndepărta defectele respective printr-un mod rapid, eficient și conservativ. Metoda s-a dovedit a fi deosebit de eficientă în cazul maculelor albe și gălbui.

Această metodă poate fi utilizată doar pe suprafeți dentare netede. Folosirea microabraziei smalțiere în adâncituri naturale ale dintelui este inadmisibilă.

Tehnica se bazează pe reducerea chimică și mecanică a smalțului dentar superficial. Întru reducția straturilor superficiale ale smalțului este utilizat o compoziție de «acid-abraziv». Uneori, aceasta tehnică poate îmbunătăți structura stratului smalțiar superficial. Pentru aceasta se îndepărtează prin șlefuire un strat de smalț de subțietate microscopică (*12 - 26 micrometri la o aplicație, și până la 200 de micrometri – la o sesiune*). Pentru comparație – dintele pierde un strat de până la 50 micrometri la îndepărtarea bracket-ului, și până la 10 micrometri – la gravajul smalțului.

Hiperestezia, ce apare în urma microabraziei și albirii dentare poate fi soluționată cu succes prin aplicarea unor geluri remineralizante [1].

În formele mai severe (erozive) de fluoroză dentară toate aceste metode preced aplicarea ulterioară a fațetelor sau coroanelor protetice [5].

Tehnica microabraziei cu acid clorhidric

Acidul clorhidric de 18% reprezintă un puternic agent demineralizant, care decalcifică structura dintelui, la fel ca și maculele care pot fi prezente în ea, astfel încât, dacă acidul clorhidric este utilizat în combinație cu un agent abraziv (*ponce*), smalțul afectat se elimină complet, - împreună cu maculele.

Indicații:

Microabrazia smalțului este rezultativă în caz de:

- colorare superficială, care compromite parțial smalțul.
- hipoplazie a smalțului, fără pierderea de structură (*hipoplazia smalțului, de sistem sau locală, formă ușoară*).
- fluoroză dentară ușoară (*formele hașurată, maculată și granular-cretoasă ale fluorozei*).

- leziuni ale cariei incipiente.
- macule pigmentate, - de la gălbui-deschise până la maronii.
- demineralizare focală a smalțului, rugozitate a suprafeței smalțiare (*după tratamentul ortodontic, - la îndepărtarea bracketelor*).

Prin tehnica microabraziei smalțiere nu se reușește rezolvarea tuturor patologiilor, asociate cu modificările de culoare sau cu pigmentarea smalțului dentar.

Contraindicații [6]:

- dinți „de tetraciclină”,
- pe parcursul tratamentului ortodontic.
- colorarea de vârstă a dinților,
- dinți deciduali,
- hipoplazie a smalțului de gravitate medie.
- dinți depulpați,
- prezența unor defecte cuneiforme.
- colete dentare denudate,
- prezența unor eroziuni ale smalțului.
- amelogeneza imperfectă,
- dentinogeneza imperfectă,
- prezența unor fisuri pe suprafața smalțiară.
- formele erozivă și distructivă ale fluorozei.

Macule specifice de tetraciclină, dentinogeneza imperfectă, hipoplazia smalțului, și cele asociate cu dinții devitalizați și anterior tratați endodontic necesită alte metode, deoarece aceste probleme nu sunt asociate cu defecte ale smalțului, sau defectele respective sunt foarte mari, - extinse și profunde.

Limitele reale ale tehnicii microabraziei smalțiere sunt dictate de profunzimea pigmentării și grosimea smalțului.

Leziunile profunde ale smalțului pot fi corectate doar prin obturare, care urmează de a fi inițiată, dacă rezultatul dorit nu poate fi realizat prin microabrazie.

La etapa actuală la noi în țară și peste hotare la efectuarea microabraziei smalțului dentar pot fi utilizate următoarele preparate:

- Un amestec de acid clorhidric de 18% și piatră ponce.
- Sistemul "Prema kit", care conține acid clorhidric de 10%, carbură de siliciu și gel silionic („Premier Dental Products Co”, USA).
- Sistemul "Opalustre kit", care conține acid clorhidric și microparticule de carbură de siliciu („Ultradent Products Inc”, USA).

ETAPELE DE FORMARE A METODEI DE MICROABRAZIE A SMALȚULUI ÎN R.MOLDOVA, folosite în tratarea formelor ușoare de fluoroză și de hipoplazie a smalțului

În formarea tehnicilor de microabrazie a smalțului, combinate cu terapia remineralizantă, care au fost introduse și verificate pe larg la Catedra de Stomatologie terapeutică a USMF „N. Testemițanu”, în perioada aa. 1980-2011, au fost înregistrate patru etape.

Prima etapă

Înălbirea dinților se efectua din a. 1980, folosind procedurile standarde - prelucrarea cu acid clorhidric în combinație cu perhidrolul (*peroxid de hidrogen de 33%*), cu o realizare obligatorie la sfârșitul procedurii a unei terapii remineralizante cu gluconat de calciu de 10%. Dar perhidrolul provoca arsuri puternice ale țesuturilor parodontale, iar un careva efect semnificativ de la folosirea acestuia nu a fost observat. În legătură cu aceasta, *la mijlocul anilor '80, s-a decis să se renunțe la perhidrol (!)*.

A doua etapă

Această metodă a fost folosită pe parcursul aa. 1982 - 1992.

- Cavitatea bucală era prelucrată cu vaselină.

- După aceasta era preparată o soluție de bicarbonat de sodiu pentru clătirea gurii.
- Apoi, suprafața patologic modificată a smalțului dentar era badijonată cu o buletă de vată, îmbibată cu acid clorhidric de 18% (*și stoarsă prealabil de un tampon de vată spre a îndepărta excesul de acid, - evitând astfel picurarea accidentală a acestuia pe mucoasa bucală*), - până la realizarea decolorării porțiunii afectate. La finele procedurii, luciul smalțului dispărea, dintele căpătând o nuanță cretoasă
- Procedura era efectuată fără aplicarea ruloarelor de vată (*pentru a evita îmbibarea acestora cu acid și provocarea, prin aceasta, a unor arsuri ale mucoasei*), dar cu utilizarea obligatorie a deschizătorului de gură.
- În caz de apariție în mucoasa cavității orale a unei senzații de arsură, pacientul clătea gura cu soluția sodică.
- Apoi, suprafața dinților era tratată cu o pastă de lustruit, preparată *ex tempore*, și constând din ulei de glicerină sau de vaselină, 2-3 picături de peroxid de hidrogen și din praful cimentului fosfat de zinc (*pulvisul era adăugat până la obținerea unei consistențe păstoase*).
- În acea perioadă de timp o buletă de vată era înfășurată pe freză, fiind apoi acționată la turații mici cu o bor-mașină (*deoarece la rotații mari era posibilă împroșcarea nedorită a amestecului abraziv acid*), și aplicată pe suprafața smalțiară spre a o lustrui.
- Îndepărtarea minuțioasă a amestecului prin spălare.
- Procedura era încheiată obligatoriu prin administrarea unei terapii remineralizante cu gluconat de calciu de 10%.

A treia etapă

La începutul aa. '90, la catedra de Stomatologie Terapeutică a USMF "N. Testemițanu" s-a decis ca primele două etape să fie concentrate în una singură. *Tehnica „clasică” modificată a fost implementată în a. 1992 și este utilizată (cu ușoare variații compoziționale) până în prezent.*

Această metodă a permis reducerea duratei procedurii și complexitatea acesteia. În pasta de lustruit sus-menționată a început să fie adăugat acidul clorhidric de 36% într-un raport de 1:1. Tratamentul era efectuat în conformitate cu toate măsurile de precauție. Medicul și pacientul purta ochelari mari, iar în cavitatea orală se introducea aspiratorul de salivă, membrana mucoasă a gingiilor fiind obligatoriu acoperită cu un strat gros de vaselină. La apariția senzației de arsură în membrana mucoasă a cavității bucale pacientul clătea gura cu soluția de sodă (de bucătărie).

- Apoi, suprafața dinților era tratată cu pasta de lustruit, preparată *ex tempore*, și constând din ulei de glicerină (*sau de vaselină*), 2-3 picături de peroxid de hidrogen și din praful cimentului fosfat de zinc (*pulvisul era adăugat până la obținerea unei consistențe păstoase*).

- Cu buleta de vată, înfășurată pe freză, la turații mici era lustruită suprafața smalțiară. Firește, odată cu apariția pe piața noastră a cupelor de cauciuc, destinate lustruirii profesionale a dinților, buleta de vată înfășurată pe freză ține de domeniul trecutului.

- După îndepărtarea minuțioasă prin spălare a pastei acid-abrazive era efectuată lustruirea dinților (*fără aplicarea pastei fluorurate!*) pentru a decolora maculele galbene și maronii, cu aplicarea obligatorie la finele procedurii a gluconatului de calciu de 10%. Cursul de terapie remineralizantă prevedea 10-12 ședințe, în fiecare zi.

A patra etapă

În urma apariției unor cauze obiective (*dificultățile în achiziționarea acidului clorhidric*), în 2006 compoziția pastei a suferit oarecare modificări. Și anume, în loc de acid clorhidric în pastă a fost introdus lichidul acid al cimentului fosfat de zinc, iar praful cimentului fosfat de zinc - înlocuit cu praful dentifrice [de dinți] abraziv, disponibil în rețeaua farmaceutică. Lichidul cimentului fosfat de zinc (+ 2-3 picături de peroxid de hidrogen de 3%), se malaxa cu ulei de vaselină, adăugând „praf de dinți” abraziv într-un raport de 1:1.

Această tehnică modificată de microabrazie cu utilizarea lichidului acid al cimentului fosfat de zinc și a prafului dentifrice abraziv a fost denumită „*cruțătoare*” (sau „*blândă*”), - spre

deosebire de cea „clasică” (în cazul căreia sunt folosite componente mai agresive), - și este aplicată din a. 2007 până în prezent.

Avantajele asociate prezenței acestui acid în cabinetele stomatologice sunt datorate utilizării sale frecvente, și faptului că acestea sunt mai puțin agresive în caz de contact accidental cu membrana mucoasă, pielea sau cu ochii pacientului sau a operatorului.

Indicații către efectuarea microabraziei „blânde”.

Această tehnică cu utilizarea lichidului acid al cimentului fosfat de zinc este indicată, în principal, în cazul unor leziuni mici, localizate pe suprafețele vestibulare ale dinților anteriori de lapte sau permanenți, ce nu prezintă o cavitate profundă.

- Leziuni de carie incipientă sau "macule albe".
- macule hipoplazice și fluorozice, opacitate delimitată și difuză.
- După tratament ortodontic.
- Cazuri în care albirea nu a dus la soluționarea defectului estetic, și este făcută prin asociere cu restaurarea adezivă pe bază de compozite.
- Adâncimea defectului mai mică de 0,2 mm.

Tehnica microabraziei „blânde”.

Sunt realizate 3-4 ședințe clinice cu un interval de șapte zile.

- Medicul și pacientul își pun ochelari mari, iar în cavitatea orală se introducea aspiratorul de salivă, membrana mucoasă a gingiilor fiind obligatoriu acoperită cu un strat gros de vaselină sau izolată cu ajutorul *cofferdam*-ului.

- Pe suprafața dinților se aplică pasta de lustruit, preparată *ex tempore*, fiind apoi fricționată cu o cupă de cauciuc la rotații mici.

- Dacă pe parcursul tratării suprafeții dentare cu amestecul acid-abraziv în mucoasa cavității orale apare o senzație de arsură, pacientul este rugat să clătească gura cu soluție sodică.

- După lustruirea dinților pasta acid-abrazivă este minuțios îndepărtată prin spălare abundentă.

- La finele procedurii în mod obligatoriu se aplică gluconatul de calciu de 10%, și se înregistrează modificările de culoare ale maculelor. Cursul de terapie remineralizantă prevede 10-12 ședințe, în fiecare zi.

În primele două vizite, smalțul dentar este expus acțiunii pastei acid-abrazive, aplicate prin fricționare cu o cupă de cauciuc rotită la viteză mică, iar în porțiunile proximale greu accesibile sunt folosite ștripsuri (*benzi abrazive*) de celuloid.

În ultimele 1-2 vizite sunt făcute doar retușări/finisări locale minore, prin aplicarea calculată și frecarea manuală a pastei acid-abrazivă în porțiunea discromică rebelă cu ajutorul unui bastonaș sau a unei spatule de lemn.

- Aplicarea remediilor, ce conțin fluoruri la etapa procedurală corespunzătoare terapiei remineralizante, deși este pe larg recomandată în literatura de specialitate, autorii o consideră inadmisibilă.

Factorul determinant pentru recomandarea tehnicii potrivite de microabrazie a smalțului este identificarea etiologiei maculelor și patologiilor, ce afectează smalțul dentar.

După cum s-a stabilit la studierea suprafețelor prelucrate, efectul microabraziei nu se limitează doar la îndepărtarea smalțului patologic schimbat, dar se manifestă și prin mascarea modificărilor discromice sub-superficiale din contul atribuirii unor proprietăți reflectorii mai puternice stratului superficial, care devine mai neted și mai neretentiv.

Putem remarca cu siguranță faptul, că grație terapiei remineralizante ulterioare stratul superficial curățit devine mai dur. Smalțul cu aspect cretos peste 1,5-3 luni de la efectuarea seriei de tratament își recapătă constant caracteristicile de țesut sănătos, lucios.

La efectuarea corectă a metodei de microabrazie nu s-au înregistrat complicații dentare sau parodontale.

Reieșind din experiența noastră practică, putem afirma, că pacienții nu au mai apelat la o serie repetată de tratament, demonstrând după perioade îndelungate de timp o stabilitate a rezultatului cosmetic cândva realizat.

Caz clinic

Pacientul X, 22 ani. Diagnosticul: *fluoroză, formă cretoasă*. La examinare au fost depistate macule gălbui. Reieșind din amplasarea maculelor pe suprafețele dentare și zambetul pacientului, pentru expunerea tratamentului preconizat au fost selectați numai șase dinții frontali superiori.

Au fost realizate 3 sesiuni clinice cu un interval de șapte zile, folosind o pastă preparată *ex tempore* din lichidul acid al cimentului fosfat de zinc și praful dentifrice abraziv.

După finalizarea microabraziei s-a efectuat obligatoriu lustruirea și aplicarea locală a gluconatului de calciu de 10%.

Pacientul a fost foarte satisfăcut de rezultatele obținute, recuperându-și, fără recurgerea la niște metode invazive sau restaurative, zâmbetul nestingherit de un estetic defectuos.

Recomandări

- Pacientului i s-a recomandat introducerea pentru cateva luni în regimul alimentar a produselor lactate (și anume, - *lapte, brânză de vaci*), și să nu consume produse alimentare colorante (*cafea, ceai, ciorbă de sfeclă, etc*).

- În plus, pentru igiena individuală a cavității orala i-a fost sugerată folosirea pastelor de dinți, ce conțin săruri de calciu, dar nu și cele ce contin fluor (de exemplu, “*Жемчуг*”).

Concluzii

1. Rezultatele ultimelor trei tehnici de microabrazie a smalțului dentar în asociere cu terapia remineralizantă, introduse și implementate la catedra de Stomatologie Terapeutică a USMF "N.Testemițanu" în perioada aa. 1982-2011 au fost pozitive, dând dovadă de un efect cosmetic de lungă durată la albirea maculelor localizate în straturile superficiale ale smalțului (*în unele forme de fluoroză dentară și de hipoplazie*).

2. Tehnicile sus-menționate sunt destul de simple în realizare, nu necesită o înzestrare suplimentară a cabinetului stomatologic și sunt economic avantajoase.

3. Microabrazia dentară asigură reducția unui strat microscopic fin al smalțului patologic schimbat, precum și maschează schimbările discromice sub-superficiale prin crearea unei suprafețe smalțiare netede. Realizarea unui caracter neretentiv al suprafeței smalțiare reduce probabilitatea formării unor depuneri supradentare, fiind și aceasta un aspect important al asanării cavității bucale.

4. Grație terapiei remineralizante ulterioare, stratul superficial curățit devine mai dur. Smalțul cu aspect cretos peste 1,5-3 luni de la efectuarea seriei de tratament își recapătă constant caracteristicile de țesut sănătos, lucios.

5. La efectuarea corectă a metodei de microabrazie nu s-au înregistrat complicații: a) dinții tratați prin metodele expuse mai sus (*microabrazia smalțiară „clasică” sau „cruțătoare”*) nu sunt, de regulă, atacați de carii; b) la respectarea tehnicii de securitate țesuturile parodontale nu sunt afectate.

6. Prin tehnica microabraziei smalțiere nu se reușește rezolvarea tuturor patologiilor, asociate cu modificările de culoare sau cu pigmentarea smalțului dentar.

Bibliografie

1. Ng F., Manton D.J. *Aesthetic management of severely fluorosed incisors in an adolescent female* // Aust. Dent. J. – 2007, Sep.; 52 (3): 243–8.
2. Sarrett D.C. *Tooth whitening today* // JADA. – 2002. – Vol. 133. – P. 1536–8.
3. Боровский Е.В. *Терапевтическая Стоматология: Обезболивание. Отбеливание. Пломбирование. Эндодонтия*. М. 2005; 51-53.
4. Грошиков М.И. *Некариозные поражения твердых тканей зуба*. М 1985; 171.

5. Кириллова Е.В., Матело С. К., Купец Т. В. *Флюороз зубов – статус вопроса в современной эстетической стоматологии*; Современная Стоматология 5/2010; 14-16
6. Крихели Н. И. *Особенности коррекции цвета зубов при дисколоритах. Восстановление зубов, измененных в цвете. Эффективность метода микроабразии эмали зубов*; Dentoday, №6(86), 2009 год:
7. Крихели Н.И. *Отбеливание зубов и микроабразия эмали в эстетической стоматологии. Современные методы*. М. 2008.
8. Федоров Ю.А. *Гиперестезия твердых тканей зубов: клиника и диагностика*. Орбит Экспресс 2005; 19: 6—11.
9. Янушевич О.О., Крихели Н.И. *Коррекция цвета зубов при дисколоритах*; Российская Стоматология, 2, 2009: 12—17.

RECONSTRUCȚIA BONTURILOR CORONARE DISTRUSE ALE DINȚILOR-STĂLPI, - PENTRU REFIXAREA CONSTRUCȚIILOR ORTOPEDICE DISCEMENTATE

Corneliu Năstase

Catedra stomatologie terapeutice, USMF „N. Testemițanu”

Summary

The reconstruction of destroyed crown stumps of abutments for refixturing of descemented orthopedic construction

In daily practice the dentist is often faced with difficult urgent problems which demand a very quick solution. The most classical problem of this type - fracture of one or more stumps / supports of crowns or pre-existing bridges.

Reconstruction of stump using fiber posts and a dual-cure [double polymerisation] composite allows to solve urgent conditions directly, quickly. One of quite frequent events in stomatological clinical practice - descementing of the anchor posts used at restoration of a considerably destroyed crown part of an endodontically treated tooth or for fixing orthopedic crown construction.

As our single clinical experience has shown and similar cases found under bibliographic review, application of the given technique gives the chance to satisfy expectations of the patient on average or for the short period of time, allowing it, thanks to simplicity, rapidity, effectiveness and affordability of performance of the given technique immediately again to use /carry/ old complete dental prosthesis.

The techniques of direct reconstruction using a fiber post and a dual-cure composite can be represented by immediate makeshift of a existing problem, and may be a temporary intervention in expectation future (subsequent) final solution of the respective problem.

Keywords: endodontic treated tooth, destroyed crown stumps, reconstruction with fiber-optic posts.

Rezumat

În practica cotidiană stomatologul de multe ori se confruntă cu probleme complexe urgente, care necesită o soluție destul de rapidă. Cea mai clasică problemă de acest gen este fractura unui sau mai multe bonturi ale dinților stâlpi - suporturi de coroane artificiale sau de punți confecționate anterior.

Utilizarea la reconstrucția bontului a unor pivoturi fibro-optice și a compozitului dual-cure (cu polimerizare dublă) permite soluționarea directă, neîntârziată a unor stări urgente. Unul din cazurile destul de comune din practica clinică stomatologică este discementarea pivoturilor ancoră ce au fost utilizate la reconstrucția unei coroane masiv distruse a unui dinte tratat endodontic sau pentru fixarea construcțiilor protetice coronare.