

STUDII PRIVIND ROLUL UNOR FOCARE DE INFECȚIE ODONTO-PARODONTALE ÎN APARIȚIA SAU AGRAVAREA UNOR BOLI SISTEMICE

Lucian Ichim,
doctorand Cariologie
Angela Ghiorghe,
asist.univ.dr.
Iulia Nunchievici,
doctorand Cariologie
Ștefan Lăcătușu,
prof. univ.dr.

U.M.F. „Gr.T.Popa“ Iași
Facultatea de Medicină
Dentară
Catedra de Cariologie
și Odontoterapie
Restauratoare

Rezumat

Teoria infecției focale a fost o sursă de frustrare și inspirație de-a lungul timpului, atât în practica dentară cât și în cercetare. Infecția focală a fost implicată în diseminarea patogenilor în întreg organismul. În acest studiu am examinat pacienții afectați de diferite boli generale, care au prezentat bacteriemii apărute în cursul tratamentelor endodontice. La acești pacienți am găsit o legătură strânsă între procesele patogene din afecțiunile parodontale marginale și periapicale. La pacienții cu endocardite infecțioase, reumatism articular acut sau diabet trebuie instituit și un tratament antibiotic în corelație cu cel stomatologic.

Cuvinte cheie: infecția de focar, parodontite apicale și marginale

Summary

The studies of dental focal infection to appearing and aggravating the systemic diseases

The focal infection theory has been a source of both frustration and inspiration in dental practice and research. Focal infection originally implied dissemination of pathogens from the focus to remote part of the body, where secondary disease arose. In this study the patients which we examined had a general health compromised and their teeth had a bacteremias during endodontic treatment. At these patients is the great similarity between the pathogenic process in marginal and apical periodontitis. A history of infective endocarditis, rheumatic heart fever or diabetic disease, may necessitate the implementation of antibiotic regimen in conjunction with the endodontic procedures to these patients.

Keywords: focal infection, periodontitis apical and marginal.

Introducere

Boala de focar sau după Berger, mai corect complexul bolii de focar, se compune dintr-o cauză locală focarul primar activ și manifestările patologice de la distanță, cauzate de el în organism.[1] Este demn de semnalat de la început că focarul primar activ este cronic, asimptomatic sau simptomele lui sunt neînsemnate trecând pe al doilea plan față de amploarea fenomenelor patologice dezlănțuite de acesta.

Sediul de predilecție pentru dezvoltarea focarelor cronice de infecție sunt: dinții, amigdalele, sinusurile faciale — mai ales cele maxilare, urechea medie și celulele mastoideene, arborele traheo-bronșic, colecistul, tubul digestiv, tractul uro-genital, etc. sub aspectul răspândirii procentuale, 90% din focarele organismului uman sunt cantonate în regiunea cefalică și doar 10% în restul organismului.

Sub aspectul cantitativ, pe primul loc sunt dinții și parodontiul (72%) urmând apoi succesiv amigdalele, sinusurile și urechea medie (18%). Dintre focarele extra-cefalice pe primul loc se situează anexele (2—7%) apoi bronșiile (0,8%), intestinul (0,5%), și căile biliare extrahepatice (0,5%).[2]

Conformația anatomică a dinților creează condiții deosebite de prielnice pentru infecții cronice, din cauză că aceste procese se desfășoară în țesuturi fără posibilități de apărare (smalț, dentină) structuri greu sau aproape inaccesibile elementelor de apărare tisulară și umorală.[3]

Marea frecvență a focarelor din cavitatea bucală este cunoscută de stomatologi, ele fiind însă ignorate de bolnavi și uneori minimalizate de colegii de alte specialități. Orice dinte devital este suspect putând fi focar de infecție, pe când o pulpă dentară cu vitalitatea integră, nu poate declanșa o boală de focar.

De la început trebuie să precizăm că diagnosticul bolii de focar nu intră în atribuțiile medicului stomatolog. Acest diagnostic prezintă o importanță deosebită în practica medicală și necesită o mare competență. De obicei acesta se face de un medic internist cu experiență, în majoritatea cazurilor în colaborare cu alți specialiști (ginecolog, urolog, orelist, neurolog).

În observarea multor pacienți cu starea generală compromisă, care nu și-au menținut dinții până la bătrânețe, se reasigură că cercetările curente au demonstrat că în timp ce bacteriemia există în timpul unui tratament endodontic, incidența sau magnitudinea nu este alarmantă și întradevăr este comparabilă cu cele mai obișnuite proceduri dentare.[4] Oricum, natura organismelor infecțioase poate fi sursa unor boli de focar. Profilaxia cu antibiotic este necesară pentru a evita riscul consecințelor bacteriemiei.

Material și metodă

S-au luat în studiu un număr de 18 pacienți ce suferau de diverse boli generale cu evoluție la distanță de cavitatea orală sau de boli sistemice, ce erau internați în Spitalul Universitar C.F. Iași. Acești pacienți au fost trimiși la clinica de Odontologie și Parodontologie a Facultății de Medicină Dentară pentru a li se efectua tratamentele de specialitate și asanarea eventualelor focare de infecții.

Rezultate

În continuare prezentăm câteva cazuri de pacienți cu afecțiuni generale care pot fi agravate de prezența infecțiilor de la nivelul cavității orale.

1. A.E., 61 ani, Iași, cu reumatism cronic, osteoporoza



Fig. 1

Ex.odonto-parodontal: Leziuni de eroziune cervicală, carii de colet la frontalii inferiori, parodontită marginală cronică generalizată cu prezența unui abces parodontal în dreptul 33—32.

Ex.laborator sânge:

VSH=11 mm/h; GA=7030mm³; GR=4,75 ml/mm³; Hb=14,1%; Ht=41,7; Tr=276000mm³; Colesterol=147mg/dl; Trigliceride=83mg/dl; Glicemie=93mg/dl; Urea=19mg/dl; TGP=44U/L; Proteina C= 7mg dl%.

Tratament: Silimarină-3cp/zi, Lagosa-2cp/zi, Omeran, Motilium, Bilobil, Coaxil, Calmepam, Simvacard, Vasilip-3cp/zi

2. R.I., 55ani, Iași, cu parapareză statică, mielopatie dorsală D5-D7 operată, tromboflebită membrele inferioare.



Fig. 2.

Ex.odonto-parodontal: 21 parodontită apicală cronică fistulizată, 11 fractură de unghi incizal, leziuni carioase cornice la dinții laterali.

Pacient operat pentru varice membrele inferioare stg. (2007) și tromboflebită profundă membrul inferior stâng. În antecedente a suferit în februarie 2001 operație de hernie de disc dorsală de la D5-D8.

Ex.laborator sânge:

VSH=5mm/h; GA=7110/mm³; Glicemie=72mg/dl; Uree=18mg/dl; γGT=39UI/L; colesterol=262mg/dl.

Tratament: Cerebrolysin 1 fiola/zi; pentoxiR 2 cp/zi, Liv 52 3 tb/zi, vit.B1 1 fiola/zi, aspenter 1 co/zi, depiridamol 3 fiole/zi

3. Pacienta B.S., 69 ani. Iași, cu lumbago cronic post hernie de disc lombară operată, gonartroză bilaterală, hipercolesterolemie.

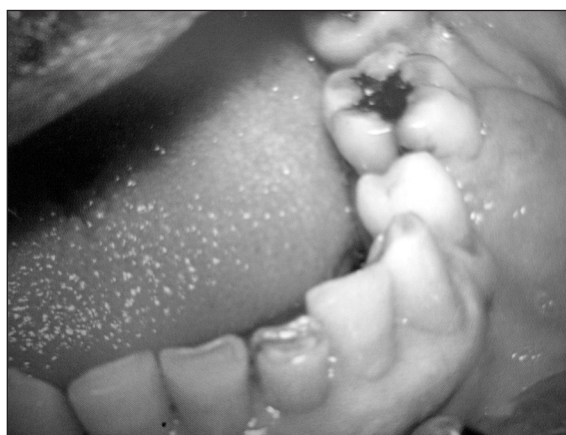


Fig. 3

Ex.odonto-parodontal: leziuni abrazive și erozi-ve la frontalii inferiori, 36 obturație din amalgam de argint pe fața ocluzală cu prezența unui abces parodontal în vestibul, în dreptul acestui dinte; parodontită marginală cronică profundă generalizată.

Ex.laborator sânge:

VSH=21mm/h; GA=5780/mm³; GR=4,74 mil/mm³; Hb=13,9g%; uree=19mg/dl; Glicemie=91mg/dl; colesterol=253mg/dl; TGO=15U/L; TGP=24 U/L.

Tratament: Nifedipin 10 mg 3 cp x4/zi; Ketoprofen 1 cp x4/zi.

4. M.C., 31 ani, Iași, cu discopatie lombară și lombago subacut.

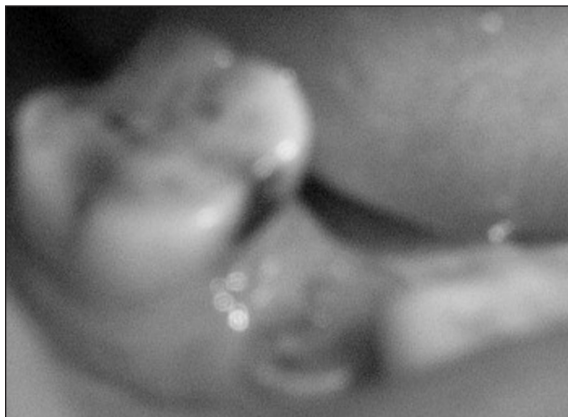


Fig. 4

Ex.odonto-parodontal: leziuni erozive și abrazive la dinții din zona laterală; parodontită apicală cronică la 45; carie de smalț oprită în evoluție la 46

Ex. laborator sânge:

VSH=5mm/h; GA=5380/mm³; Hb=13,5; Glicemie=75mg/dl; colesterol=161mg/dl; Uree=12mg/dl; TGO=16U/L; TA=120/70 mmHg; Proteina C=6mg/dl%; Fibrinogen 8g/dl

Tratament: Prestarium 5mg 1cp/zi, Betaloc 100mg 1cp/zi, Preductal MR 1 cpx2/zi, Vasilip1 cp/zi, Dipiridamol 3 cp/zi Aspenter 1 cp/zi

Tratament Ketoprofen 200mg 1 cp x 4 /zi

5. C.M. 62 ani, Iași, cu fractură trohantero-diafizară stg.operată, HTA std. II, NCB bilateral, gonartroză bilaterală.



Fig. 5

Ex.odonto-parodontal: leziuni erozive și abrazive la dinții din zona laterală; parodontite apicale cronice la 47.

Ex.laborator sânge:

VSH=15mm/h;GA=5350/mm³;Glicemie=101mg/dl; Uree=13mg/dl; γGT=27 UI/L; colesterol=158mg/dl; bilirubină=0,35mg/dl; fibrinogen=8g/dl; proteina C=8g/dl%

Tratament: Prestarium 5mg 1cp/zi, Betaloc 100mg 1cp/zi, Preductal MR 1 cpx2/zi, Vasilip1 cp/zi, Dipiridamol 3 cp/zi Aspenter 1 cp/zi

DISCUȚII

Pentru precizarea diagnosticului, pe lângă anamneză, istoric și observația clinică, sunt strict necesare examene de laborator (VSH, hemograma, leucograma, gamaglobuline plasmatică, transaminazele, ASLO). Se observă că la pacienții examinați de noi s-au obținut valori mai mari decât normalul la :VSH, hemogramă și leucogramă, ceea ce ne arată că leziunile periapicale și parodontale marginale, la acești bolnavi pot iniția o infecție de focar.

Pentru medicul stomatolog practicant însă, este de mare importanță depistarea focarelor de infecție primare pentru care avem la îndemână o gamă variată de semne clinice și radiologice.

Odată depistate aceste focare de infecție, la bolnavii cu risc, trebuie instituit un protocol clinic de asanare și tratament adecvat cu leziunile odonto-parodontale existente. De multe ori este necesar și un tratament profilactic cu antibiotice.

Concluzii

1. Există o varietate largă de afecțiuni odonto-parodontale ce pot constitui focare de infecție și pot determina leziuni la distanță, dar pentru ca aceste leziuni să fie considerate active, ele trebuie să îndeplinească anumite condiții.
2. În identificarea focarului activ în boala de focar sunt necesare o serie de teste care trebuie efectuate cu multă prudență, dar și examene complementare care să identifice terenul susceptibil.
3. Pentru menținerea cât mai mult a integrității odonto-parodontale la pacienții cu boli generale și pentru evitarea apariției bolii de focar, medicii dentiști trebuie să colaboreze cu medicii generaliști încă de la primele simptome semnalate la acești pacienți.

Bibliografie

1. American Association of Endodontists (2003), Glossary of endodontic terms, 7th edn.Chicago,IL: American Association of Endodontists.
2. Bergström J, Babcan J, Eliasson S. (2004) Tobacco smoking and dental periapical condition.European Journal of Oral Science 112, 115-20.
3. Nair PN (2004) Pathogenesis of apical periodontitis and causes of endodontic failures. Critical Reviews in Oral Biology and Medicine 15, 348-81.
4. Kirkevang LL, Vaeth M., Hörsted-Bindslev P., Wenzel A. (2006) Longitudinal study of periapical and endodontic status in a Danish population. International Endodontic Journal 39,100-7.

Prezentat la 10.06.2008