

PROCEDEU RAȚIONAL DE REALIZARE A FAȚETELOR ÎN STOMATOLOGIA TERAPEUTICĂ

Valeriu Burlacu, Angela Cartaleanu, Valeriu Fala, Ala Ojovan, Dumitru Friptu, Adriana Vasilașcu, Dumitru Zabolotnâi, Dorin Istrati, Vasile Zagnat, Elena Tintiuc, Tudor Costru, Anatol Cușnir, Ana Eni, Oleg Chiriac

Catedra Stomatologie Terapeutice FEC MF USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Rational method of fasete treatment in Therapeutical Stomatology

The treatment was applied with succes veneers through direct method of manufacture to 413 teeth. They were affected with miscellancous decayed and dystrophic processes by the used composites and compomers

Rezumat

Au fost aplicate cu succes fațete prin metoda directă de confecționare la 413 de dinți afectați cu diverse procese cariate și distrofice cu folosirea compozitelor și compomerilor.

Actualitatea temei

Cuvântul ”adezie” provine de la cuvântul de origine latină ”adhaesio” ce înseamnă ”coeziune”, ”lipire” a suprafețelor a două corpuri diverse, dure sau lichide.

Stomatologia modernă determină două feluri de adezie:

- Micromecanică, care are loc din contul coeziunii micromecanice a materialului cu țesutul dur dentar;

- Microchimică, care are loc din contul formării unei legături (coeziuni) chimice a materialului cu smalțul și dentina.

Actualmente procesul de gravare a smalțului și folosirea agenților adezivi sunt condiții obligatorii în executarea lucrărilor cu sisteme compoziționale. Lipsa procedeele enumerate va condiționa deranje în coeziunea compozitului cu țesuturile dure dentare, provocând apariția micro-fisurilor marginale cu invaziuni microbiene și colorația refacerii, apariția hipersensibilității postoperaționale, cariei secundare și chiar leziunilor pulpare.

În practica stomatologică modernă își găsesc realizare cu succes de performanță procedeele de administrare directă a fațetelor întru corectarea formei, culorii și volumului dinților afectați de carii și distrofii dentare prin folosirea maselor compoziționale, compomerelor și cimentelor glasionomere. În executarea lucrărilor pe dinții frontali și laterali o atenție deosebită va fi acordată păstrării sau refacerii punctului de contact interdentar de arcadă. Se vor menține strict toate măsurile tehnologice (folosirea matricei pe suprafețele de contact, iar în zona coletului dentar fixarea lor cu pene transparente) de prevenire a coeziunii masei de refacere la suprafața dintelui vecin. În calitate de masă de refacere, de regulă, vor fi folosite sistemele compoziționale fotopolimere hibride sau microumplute. În unele situații clinice și în lipsa sistemelor de iluminare (halogenă, diodică) pot fi grijuliu aplicate și masele compoziționale autipolimere.

Vom reieși din principalul moment tehnologic – fațetele directe pot fi folosite cu mare succes la corectarea formei și culorii țesuturilor dure dentare. Va fi menținută regula de bază – fațeta va prezenta cel puțin trei tonalități de culoare dispersate în principalele sectoare de coroană dentară – colet, corp și marginea incisală.

Cele expuse au trasat următoarele obiective:

1. Estimarea metodologiilor aplicărilor clinice a materialelor moderne de terapie de refacere directă;

2. Estimarea particularităților de preparare a defectelor cariate și distrofice dentare pentru administrarea sistemelor moderne de refacere;

3. Elaborarea protocolului clinic a refacerii directe a defectelor dentare cu sisteme moderne.

Material și metode de cercetare

În calitate de material de cercetare au servit 413 dinți afectați de procese ale cariilor dentare și distrofice dentare, refăcându-le forma și culoarea prin folosirea fațetelor directe.

Patologiile țesuturilor dure dentare au fost repartizate în felul următor:

1. Dinți modificați în culoare după tratament endodontic (post carie complicată) - 68;
2. Dinți în hipoplazie de sistem (formele maculantă și scalarată) – 45;
3. Fluoroza (forma maculantă, granular cretoasă și ușor erozivă) – 59;
4. Dinți în tetraciclină – 85;
5. Eroziune dentară grad mediu și sever - 93;
6. Defecte cuneiforme (variante coronară cu leziuni masive de suprafață) – 63.

În calitate de mase moderne de refacere directă prin fațetare au fost folosite sistemele compoziționale fotopolimere: a concernului american Dentsply (Ceram X duo; Spectrum TPH3, X-Flow, Esthet X HD și compomerele Dyract AP, Dyract Extra, glasionomerul ChemFil Superior); și a firmei germane H. Kulzer compozitul autopolimer Charisma PP F.

Au fost aplicate în unele situații clinice și cimentele glasionomere a altor firme: 3M (Vitrebond și Vitremer). Pentru refacerea punctului de contact interdental de arcadă a fost folosită sistema de matrice secționată Palodent (Dentsply) și matrice transparente de o singură folosință. Pentru prelucrarea finală a refacerilor a fost aplicată sistema Enhance (Dentsply). Sistemele adezive au inclus Primer and Bond NT și Xeno V (Dentsply) și cele ale firmei H. Kulzer.

Rezultate obținute și discuții

În baza activităților de refacere directă a defectelor prezentate de pacienți și selectării materialelor moderne au fost trasate următoarele momente:

1. Situația clinică concretă (localizarea, forma și dimensiunile defectelor, starea cario-resistenței individuale, igiena orală individuală, starea parodontiului);
2. Calificativul profesional a medicului stomatolog în terapia de refacere directă;
3. Cerințele estetice și posibilitățile financiare ale pacientului.

Pentru refacerea directă prin sistema de fațetare am apelat la următoarele procedee tehnice:

- a. Bonding-tehnica;
- b. Tehnica adezivă;
- c. Sândviș-tehnica;
- d. Tehnica refacerii în folii.

Tehnicile au fost aplicate după situația stărilor clinice individuale prezentate de pacienți .

Particularități de preparare a defectelor de origine cariată și distrofică dentară

1. Prepararea sa efectuat grijuliu: smalțul afectat a fost înlăturat cu piesă pneumatică și freză cilindrică diamantată;
2. Marginea smalțului a fost preparată cu freză diamantată mărunț dispersată;
3. Nu au fost lăsate margini subțiri, crăpate și ascuțite, subminate;
4. Smalțul de pe suprafața masticatoare a fost preparat fără bizotare suplimentară, capabilă să favorizeze apariției ulterioare a microcrăpăturilor;
5. Prioritate în bizotare a fost oferită defectelor de clasele III, IV și V Black;
6. Dentina afectată a fost înlăturată cu piese pneumatice și la răcire;
7. Unghiurile apărute în preparare la intersecția pereților au fost rotunjite, pentru a micșora tensiunea internă de polimerizare;
8. Prioritate a fost oferită tehnicilor de preparare minim invazivă;

9. Prepararea defectelor distrofice dentare sa găsit în dependență de gradul lor clinic de manifestare: a. La formele ușoare – se executa o descoperire ușoară a prismelor adamantinale de suprafață; b. La formele severe – se executa preparare clasică, după Black.

Particularități de folosire în refacerile directe prin fațetare, a tonalităților de culoare:

1. La defectele de clase I-II Black: Startul a fost dat cu tonalitățile de dntină: B2;A3, 5; A2 (opaker) urmat cu straturi din A2; A3; B1, B2, B3; C2, iar în finală fiind executată acoperirea cu B1 (incisal);

2. La defectele de clasa III Black: La defectele medii pe planșeu a fost folosita A3,5 sau A2 (opaker) (Spectrum TPH3). Smalțul palatino-lingual a fost fațetat cu A2; A3; B2; B3; C2 (Spectrum TPH3). Pentru a preîntâmpina vizibilitatea hotarului între peretele defectului și refacere a fost necesar de a acoperi falțul smalțului cu stratul final al materialului la 2-3 mm de la hotar.

Punctul de contact a fost refăcut cu B1 (incisal).

3. La defectele de clasa IV Black : Dentina defectului a fost refăcută cu tonalități de dentină A2 (opaker); A3,5 (Opaker); B2(Opaker) și acoperită cu B1 (incisal) – Spectrum TPH 3;

4. La defectele de clasa V și VI Black etapele au fost adecvate celor de la clasele III și IV descrise anterior.

În urma analizei tuturor cazurilor clinice de refacere dentară directă prin fațetare cu folosirea sistemelor moderne autopolimere și fotopolimere au fost elaborate următoarele protocoalele clinice de refacere prin fațetare directă:

Protocol clinic al refacerii defectelor cu sisteme fotopolimere:

1. Anesteziere;
2. Igienizarea profesională a dinților cauză și celor vecini;
3. Selectarea culorii și tonalității ei;
4. Prepararea defectului;
5. Administrarea Raberdamului;
6. Prelucrarea medicamentoasă;
7. Degresarea și dehidratarea pereților și planșeului defectului (pentru spălarea și neutralizarea stratului estompat ("murdar") au fost folosite sistemele Netispad Styptic, Hydrol, Canal Plus, Largal Ultra etc);
8. Gravarea țesuturilor dure conform adnotării;
9. Spălarea gravantului (durata 45-60 sec cu un volum de 20-60 ml de apă, direcționând șuvoiul să fie moale și ne forțat);
10. Uscarea defectului cu un jet de aer ne forțat moale și lunecător. Suprafața nu va fi suprauscată;
11. Aplicarea Praimerului cu pensulă (sisteme adezive de generațiile 1-3) a fost uniformă pe pereți și planșeu cu un mic surplus. Pensula prin o ușoară frecare favorizează pătrunderii praimerului în profunzime, săturând fibrele de colagen, formând cu ele stratul hybrid (sau colageno-praimat);
12. Aplicarea Bondingului pe smalț și dentină a fost executată cu pensula cu mișcări lente și moi (bizoul, pereții și dentina). La necesitate au fost aplicate 2-3 straturi de bonding;
13. Fotopolimerizarea Bondingului pentru obținerea stratului "Praimer-Adeziv";
14. Administrarea refacerii prin fațetare după tehnologia adecvată situației clinice;
15. Rebondingul și Postbondingul (după 2 săptămâni);
16. Șlefuirea și poleirea;
17. Acoperirea fațetelor cu gel fluorat;
18. Recomandări –sfaturi;

Protocol clinic a refacerii defectelor prin fațetare cu compozite autopolimere:

1. Anestezie;
2. Igiena profesională;
3. Selectarea culorii și tonalității ei;
4. Prepararea defectului;
5. Administrarea Raberdamului;
6. Prelucrarea medicamentoasă;
7. Reaprecierea culorii materialului de refacere;
8. Uscare și degresarea suprafeței defectului;
9. Aplicarea obturației de bază izolativă;
10. Gravarea adamantinei;
11. Spălarea gravantului;
12. Uscarea suprafeței defectului;
13. Aplicarea adezivului adamantinal;
14. Refacerea defectului cu o singură porțiune de material;
15. Șlefuirea și poleirea;
16. Acoperirea refacerii fațetate cu gel fluorat;
17. Recomandări –sfaturi;

Vom menționa, că grosimea fațetelor construite prin procedeul direct a fost determinată de intensitatea de schimbare a culorii coronare. Cu cât dintele era prezentat de tonalități închise, cu atât stratul fațetei era mai exprimat. Pentru o esteticitate mai pronunțată, modelarea fațetelor pe suprafețele proximale a insistat culori cu tonalități mai luminoase, chiar până la folosirea structurilor transparente incisale.

Prelucrarea finală a suprafețelor proximale a fost executată cu ștripse foarte înguste și numai în treimea coletului având obiectivul de a păstra punctele de contact. În rest suprafețele refăcute a dinților în cauză erau prelucrate până la luciu cu figuri diamantate, finire de carbură, discuri de diversă granularitate (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Poleirea a fost executată cu conuri de cauciuc care prin intermediul pastelor din complexul "Enhance" a făcut posibilul de a atinge un luciu viu al refacerilor, asemănător smalțului dinților vitali vecini.

Concluzii

1. Fațetele confecționate din compozitele hibride Spectrum TPH3, Ceram X duo, X-Flow și primul compozit nanoumplut din lume Esthet X HD au manifestat capacități estetice înalte evident ocolindu-le pe cele autopolimere;
2. Compomerele Dyract AP și Dyract Extra prezintă capacități estetice bune. Ele pot fi folosite dominant în sectoarele afectate vecine marginii gingivale fie de sinestătător sau prin tehnica Săndviș deschis;
3. Glasionomerul ChemFil Superior poate fi folosit cu succes de sinestătător sau în componența săndvișului deschis la refacerile defectelor învecinate marginii gingivale.

Bibliografie

1. Cilichin V. Изготовление виниров прямым методом в клинике терапевтической стоматологии. Настольная книга стоматолога, работающего материалами фирмы HERAEUS KULZER \ Москва, 2000 стр. 52-54;
2. Luchinâh L. Лечение и профилактика кариеса зубов. Изд. „Мед книга”, Нижний Новгород, 1998;
3. Radlinschii V. N. Radlinschii S. V. Tehnologii moderne de restaurări dentare directe, Chișinău, 2003, 50 pag;

4. Villershazen-Jenken В., Ernst К., Исправление анатомической формы фронтальных зубов с помощью гибридных композитов на основе мелких частиц. \ \ Настольная книга стоматолога работающего материалами фирмы HERAEUS KULZER \ \ Москва, 2000 стр. 42-46;
5. Villershazen-Jenken В., Ernst К., Виниры-показания и ограничения. Москва, 2000 стр. 47-51;
6. Vailati Francesca. Адгезивная реабилитация зубных рядов при генерализованной эрозии зубов: клинический случай трехэтапной техники. Ж. Dent Art, 2010, N3, стр. 33-40.

UNELE MOMENTE CHEIE ÎN DINAMICA DIFERENȚIERII DISTROFIILOR DENTARE POSTERUPTIVE

**Valeriu Burlacu, Victor Burlacu, Angela Cartaleanu, Ala Ojovan, Valeriu Fala, Dumitru
Friptu, Adriana Vasilășcu, Feodosii Vataman, Tudor Costru**

Catedra Stomatologie Terapeutice FEC MF, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Some key-factors in the dynamics of differentiating the post-eruptive dental dystrophies

Some key-factors in the differentiated diagnosis of abfraction, abrasion, eroding and erosion of hard tooth tissues are presented, the data being based on the analysis of 345 affected with the mentioned pathoses teeth.

Rezumat

Sunt prezentate unele momente cheie în diagnoza diferențiată a abfracției, abraziunii, erodării și eroziunii țesuturilor dure dentare bazate pe analiza a 345 dinți afectați de patologiile date.

Actualitatea temei

În practica stomatologică de toate zilele pot fi situații clinice, când pacienții prezintă diverse forme de distrofii dentare posteruptive manifestate prin abfracție, abraziune, erodare sau eroziune. Tensionările psiho-emoționale provocate sau susținute de starea socială a multor pacienți pot cauza sau condiționa apariția a câtorva distrofii dentare posteruptive la una și aceeași persoană. În rândul distrofiilor dentare posteruptive pot fi enumerate:

Abfracția – proces patologic manifestat prin descreșterea cantității de țesut dur dentar la nivelul de colet în urma solicitărilor ocluzale traumatizante care influențează negativ asupra proceselor de flexiune și extensie cervicală. Conform datelor profesorului Ronald E. Goldstein (2005) abfracția este o leziune necarioasă adamantinală, manifestată prin defect cuneiform apărut în urma acțiunilor iterative a forțelor ocluzale laterale.

Abraziunea – proces patologic manifestat prin descreșterea cantității de țesut dur dentar pe toate suprafețele coroanei dentare, cu excepția celei ocluzale, în urma iterativelor contacte cu obiecte dure (alimentare, profesionale, de profilaxie stomatologică, oral locală etc), excepția fiind alți dinți

Erodarea – proces patologic manifestat prin descreșterea cantității de țesut dur dentar pe suprafața ocluzală cauzată de iterative supracontacte ocluzale dominant de origine iatrogenă.

Eroziunea – proces patologic manifestat prin descreșterea cantității de țesut dur dentar pe toate suprafețele coronare ca consecința dezolvării chimice, incoerentă acțiunii acizilor de proveniență microbială a biofilmului.