

PROCEDEUL DE ALUNGIRE CORONARĂ PENTRU DINȚII CE PREZINTĂ LEZIUNI DE FURCAȚIE REZULTATE CU REGENERARE TISULARĂ. STUDIU PILOT

Vasile Cirimpei,
doctorand

Catedra Stomatologie
Terapeutică a USMF
„Nicolae Testemițanu“

Rezumat

Leziunile de furcație sunt extrem de complicate de tratat prin mijloace regenerative și rezectiv deopotrivă. Aceste maladii sunt mult mai complicate de a fi tratate dacă dintele prezintă și leziuni odontale masive ce necesită un tratament restaurator protetic — în special o coroană de înveliș, și cu atât mai complicate dacă procedeul de alungire coronară este recomandat.

Cuvinte cheie: *alungire coronară, leziune de furcație, rezectiv, regenerativ.*

Summary

SURGICAL CROWN LENGTHENING PROCEDURE IN FURCAL INVOLVED TEETH RESULTED WITH TISSUE REGENERATION. PILOT STUDY

Furcal lesions are very hard to be treated by the means of regenerative and respective methods. These lesions are way much more complicated to be treated if the tooth presents massive odontal lesions which require a prosthetic treatment as being followed — especially if an artificial crown is being needed — and even more complicated if surgical crown lengthening is mandatory.

Key words: *surgical crown lengthening, furcal lesion, resective, regeneration.*

Introducere

Ca o serie întregă de alte maladii dentare un consens asupra tratamentului unor astfel de leziuni (de furcație) nu există, astfel o practică empirică este deseori aprobată de către practicieni. Știința (medicina bazată pe dovezi), nu ne poate spune deasemenea foarte multe informații sigure, la acest capitol nici o meta-analiză nu a fost publicată, doar un review sistemic este citat în literatură, acesta fiind datorată varietăților de tratament și altor implicații clinice care sunt paralele din punct de vedere metodologic. Această analiză, care de altfel poate fi numită sporadică, a fost efectuată pe baza a 22 publicații ce au corespuns criteriilor de incluziune. Astfel pe un termen de la 5 la 9 ani 90% din dinți au supraviețuit dacă au fost tratați conservator, tunelizarea oferă o rată de succes de la 42% la 92% pe o perioadă de la 5 la 8 ani. Amputarea și hemisecția au oferit o rată de succes cuprinsă între 62% și 100% pe o perioadă de la 5 la 13 ani, RTG 83%-100% pe o perioadă de la 5 la 12 ani [1].

Un factor definitoriu în abordarea unui pacient ce prezintă leziuni de furcație vor fi număidecât cunoștințele de bază a spațiului asupra căruia se intervine: complexul radicular, zona de furcație, intrarea în furcație, fornixul, gradul de separare, divergența, coeficientul de separare etc. Toate aceste date pot fi studiate pe larg în manualele dedicate parodontologie [2,3]. Clasificarea leziunilor de furcație este multiplă cea mai uzuală fiind cea propusă de Hamp [4], deoarece este cea mai simplă și uzuală, în detrimentul acestei clasificări am utilizat doar înregistrarea dimensionată a zonei de furcație pentru o analiză numerică mai exactă la fiecare etapă de tratament.

În prezenta lucrare propunem o analiză a situațiilor când alungirea coronară va fi efectuată pentru dinții ce au leziuni de furcație

Review-ul literaturii a fost efectuat prin căutarea automatizată a bazei de date PubMed. Căutări suplimentare manuale nu au fost efectuate. Astfel drept cuvinte cheie au fost utilizați termenii furcation, surgical crown lengthening, furcal involvement — rezultatul fiind 11 articole dintre care 2 reprezentative.

Unul din aceste articole prezintă date conform cărora după procedeul de alungire coronară 38% din molari vor prezenta leziuni de furcație la o perioadă de 5 ani [5]. Cel de-al doilea articol prezintă un caz clinic în care un molar superior cu 4 rădăcini ce a fost supus procedurii de alungire coronară a derivat cu o leziune de

furcație la o perioadă de 10 ani [6].

Aceste 2 articole sunt de o dovadă științifică minoră, aceste aspecte le vom discuta mai jos. Studiul Dibart fiind unul retrospectiv nu întrunește datele necesare pentru un studiu cu așa un design: lotul martor este mai mic de cât cel de studiu, nu au fost făcute măsurări pe aspectul osos mezial și distal, lotul martor nu a fost supus unui procedeu chirurgical etc. Cu alte cuvinte cel mai probabil designul studiului a condus a niște concluzii nu tocmai exacte. În plus manoperele chirurgicale au fost efectuate de diverși medici rezidenți precum și tratamentul restaurator protetic, nu este menționat protocolul operator, care probabil a fost diferit de la practician la practician. Nu în ultimul rând studiul a fost unul retrospectiv, deci un lot predeterminat nu a fost stabilit și nici perioada de control nu a fost stabilită. De menționat că numele Serge Dibart este unul de forță în parodontologie, articolele și cărțile autorului fiind citate în nenumărate articole, în mod special datorită abordării reale și obiective de către autor — care de altfel la sfârșitul articolului menționează că studiul are multe lacune și alte studii sunt necesare pentru stabilirea unor rezultate alternative. Cel de-al doilea articol este o prezentare de caz clinic neordinară deci în conformitate cu medicina bazată pe dovezi nu este important.

Materiale și metode

Actualul studiu fiind unul pilot a fost efectuat pe un lot de 7 pacienți consecutivi ce prezentau leziuni de furcație și necesitatea un procedeu de alungire coronară. Completarea cu date noi va fi efectuată într-un studiu mai complex ulterior, numărul mic de pacienți fiind capabil să genereze și date eronate, dar acest număr a fost condiționat de:

Criteriile de includere în studiu: leziuni de furcație iatrogenice (perforări ale fornixului sau intrării în furcație), neadaptări marginale ale obturațiilor sau construcțiilor protetice ce au soldat leziune de furcație și desigur neapărat cazuri clinice ce necesitau procedeu de alungire coronară, toți dinții cu leziuni de furcații erau molari inferiori.

Criterii de excludere în studiul dat: Perforări ce nu puteau fi soldate prin mijloace terapeutice conservatoare (reparări a perforațiilor prin MTA, Geristore, amalgam, glassionmer etc), dinți ce nu au fost rezecați, grefați, și tunelizați;

Din punct de vedere parodontologic pacienții au fost monitorizați în următorul mod:

1. Statutul parodontal complet (nivelul marginii gingivale, profunzimea pungii parodontale, nivelul clinic de atașament, lungimea benzei de gingie atașată) anterior intervenției, și recapitulativ la 8 săptămâni de la intervenție când prepararea dintelui pentru o coroană de înveliș a fost efectuată, la șase luni, și la 12 luni.
2. Analiza pe modelul de studiu de ghips a modificărilor în nivelul marginii gingivale.
3. Examen fotostatic
4. Examen al clișeului radiologic prin intermediul radiografiilor retroalveolare, captarea

imaginei pe sensor fiind stabilizată de un holder standart.

Toate cele expuse vor fi prezentate fotografic pe baza unui pacient.

Pacientul s-a adresat cu dureri sâcăitoare în reg. d. 3.6. Obiectiv a fost depistată o obturație temporară fig.1d care a fost deasemenea observată și pe proiecția șanțului gingival oral fig 1c, pe aspect vestibular integritate dentară păstrată fig. 1b. Examenul RVG-ic releva radiotransparență pe proiecția canalelor radiculare meziale și radiotransparență pe porțiunea 1/3 apicale a rădăcinii distale. De menționat o radiotransparență relativă în regiunea furcației, aceasta la rândul său fiind sondată peste marcajele sondei parodontale UNC 15, deci pe o profunzime de peste 13mm (fig. 3a și 3c).

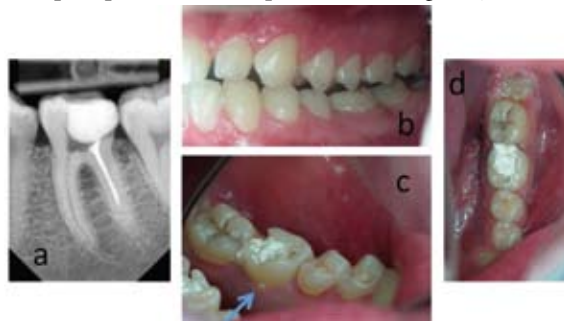


Fig. 1. Aspect foto-radiologic la prezentare

O altă problemă era deasemenea pierderea de suport dentar sănătos pe porțiunea distală, procesul carios fiind amplasat la nivel juxtaos — procedeu de alungire coronară fiind deci strict indicat — alternativa fiind invadarea spațiului biologic. A fost demarat tratamentul endodontic. În acest sens a fost eliminată papila distală prin intermediul trimerului gingival pentru a face posibilă izolarea dintelui cu digă, a fost înlăturată obturația temporară și masele necrotice, a fost aplicată o tehnică adezivă fig. 2b și 2c pentru acoperirea perforației fornixului ce se poate vedea în figura 2a. Prelucrarea sistemului endodontic a fost efectuată în maniera tehnicii Schilder clasic la fel și obturarea, cea mai de succes tehnică de preparare și obturare la zi. La final au fost executate radiografiile de control în proiecții ortocentric fig. 2d, meziocentrice fig. 2e și distocentrice fig. 2f simultan fiind abrogată posibilitatea implicării endodontice a leziunii de furcație. Toate radiografiile au fost efectuate prin stabilizarea senzorului cu un holder standart.

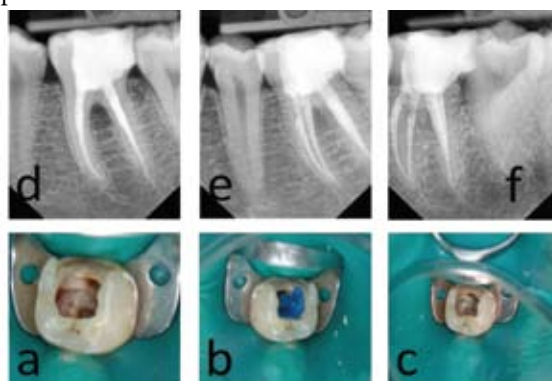


Fig. 2. Etapa tratamentului endodontic

Următoarea etapă a fost cea chirurgicală care a inclus decolarea unui lambou total pe suprafața linguală fig. 3b și un lambou parțial pe suprafața vestibulară fig. 3e. Ulterior reprofilarea osoasă a fost efectuată pe întreg teritoriul peridental, astfel încât o distanță minimă de 3 mm de la marginea osoasă la cea mai apicală proiecție restauratorie să fie prezentă, ținând cont de efectul de ferule și spațiul biologic. Pe aspectul lingual, la nivelul proiecției fornixului lingual, poate fi observat compozitul ce debordează în spațiul biologic, respectiv zona unde a fost perforat ditele. Odată cu finisarea osteoplastiei, odontoplastia a fost inițiată, această fiind efectuată după conceptul root/crown reshaping (reprofilarea radiculo-odontală) fig.3d, care prevede înlăturarea oricarei convexități și iregularități, care pot împiedica înlăturarea plăcii[7]. Adicional pe traiectul furcației unde leziunea era prezentă, prin intermediul unei freze extrafine se realiza adâncirea acestei zone pentru a facilita metodele de igienă personală. Nu a fost utilizată o grefă și nu a fost utilizată o membrană.



Fig. 3. Etapa chirurgicală

Suturarea lamboului a fost efectuată prin intermediul suturilor de polipropilenă. Suturile au fost ancorate la periostul vestibular și prin intermediul suturilor în saltea verticală au cuplat lamboul oral și vestibular intim spre subtratul osos. În regiunea furcației o sutură adițională a fost efectuată pentru asigurarea etanșării plăgii fig 4 imaginea din dreapta. O radiografie retroalveolară cu un con de gutapercă a fost efectuată pentru a demonstra amploarea leziunii fig. 4 imaginea din stânga.



Fig. 4. Suturarea lamboului și RVG

La 8 săptămâni dintelui a fost preparat și o amprentă a fost obținută. Ca tehnică de preparare a fost utilizată tehnica preparării inversate. Prepararea dintelui a fost efectuată în strictă conformare cu morfologia radiculară. Astfel pe aspectul oral o formă de

clepsidră a fost obținută fig 5d, și un efect de ferule a fost obținut fig 5a. Amprentarea câmpului operator a fost efectuată cu un silikon de adăție fig 5b și c, marginea pragului fiind evidențiată pe întreg perimetrul dintelui preparat.



Fig. 5. Timpi protetici

Coroana a fost efectuată în maniera recomandată pentru menținerea igienei: puncte de contact interdentare cât mai coronare, suprafețe vestibulare și orale cât mai drepte, obligator fără ecuator, strict imitând morfologia radiculară. Mai simplu vorbind dinții aveau o formă de clepsidră (fig 6 abc). Ajustarea carcasului metalic a fost una micronică așa cum este recomandată de literatura de specialitate (la o fidelitate aproximativă de 50μm) fig 6f.

Pacienții au fost examinați la intervale de jumate de an și un an de zile.

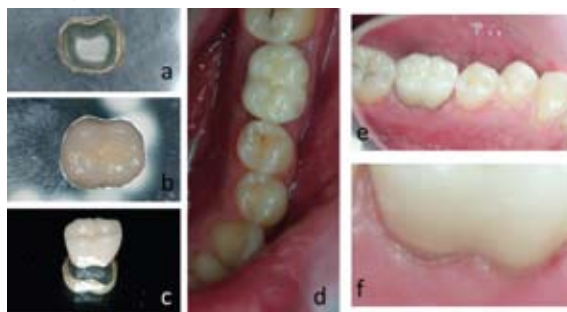


Fig. 6. Etapa de fixare a coroanei artificiale

Rezultate

Media sondărilor de furcație la perioada de examinare s-a oferit a fi 7.75mm (valoarea maximă 13mm — fig.7b, valoarea minimă 2mm). Media sondărilor de furcație la etapa de protezare care a fost efectuată la 8 săptămâni a constituit 4.25mm (limita de sus 10mm, cea de jos 7 mm). De menționat că cele 2 valori de 10 și 7 mm au fost prezente doar la 2 pacienți cu valorile lor reprezentative, restul celor 5 pacienți nu aveau zone sondabile în furcație, aceste fiind eliminate în totalitate prin procedeul de odontoplastie. La etapa de control un singur pacient a rămas cu o zonă de furcație sondabilă la 5 mm, restul celor 6 pacienți nu au prezentat valori de sondare a furcației fig. 7a. Aceleași rezultate au fost obținute la un an. O diferență statistică semnificativă a acestui parametru clinic a fost determinată.



Fig. 7. Etapa de control la un an diferență

Radiologic au fost depistate zone de creștere a radioopacității în zonele de furcație, comparând clișeele la etapa de adresare fig. 8b și 8c, cu cele la etapa de control de un an fig. 8a și 8d.

Media sondărilor parodontale a constituit 2.685 mm (max 4mm, min 1 mm) la etapa de adresare, 1.64 mm (max 3mm, min 1 mm) la etapa protetică, și 2.05 mm la etapa de control de jumate de an (max 3mm min 2mm). Deci diferențele clinice a sondărilor parodontale nu au variat statistic semnificativ. Același rezultat a fost depistat și pentru indecele de sângerare.

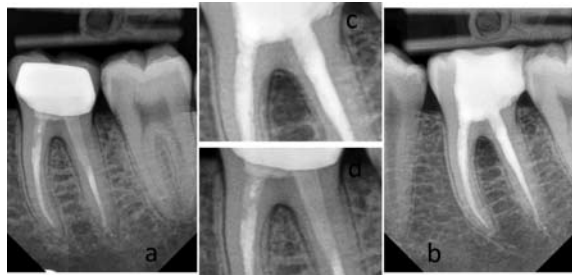


Fig. 8. RVG la etapa de control și adresare

Importanța practică

Prezentul studiu cu toate că este limitat la doar 7 pacienți, denotă faptul că leziunile de furcație pot fi tratate chirurgical combinat cu alte manopere chirurgicale parodontale, mai mult ca atât nu sunt o contraindicație pentru procedeul de alungire și pot oferi o rată de succes mai mare.

Discuții și concluzii

Lipsa de date în literatura de specialitate, referitor la leziunile de furcație și procedeul de alungire coronară, poate fi confuză pentru practician, acesta fiind impus să adopte o practică empirică, mai probabil exodonțierea. Articolele prezente în literatură sunt lipsite de date certe, asupra metodicii adoptate în așa situații.

În prezenta lucrare sunt publicate date care presupun că procedeul de alungire coronară poate fi benefic în leziunile de furcație. Mai mult ca atât, considerând procedeul de alungire coronară unul rezectiv, acesta în cazurile de leziuni de furcație se soldează cu regenerarea de substanță osoasă, astfel dacă este efectuat judicios, acest procedeu este unul sigur.

Datele permanente ce le acumulăm în lucru vor fi publicate ulterior acest studiu fiind doar o introducere în rezultatele ce vor fi acumulate în următorii 3 ani.

Bibliografia

1. Guy Huynh-Ba et al. The effect of periodontal therapy on the survival rate and incidence of complications of multirrooted teeth with furcation involvement after an observation period of at least 5 years: a systematic review. *J Clin Periodontol* 2009; 36: 164-176 doi: 10.1111/j.1600-051X.2008.01358.x.
2. Jan Lindhe et al. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry* fifth edition 2008 Blackwell Publishing Ltd. P.850
3. Cohen E.S. *Atlas of Cosmetic and Reconstructive Periodontal Surgery* third edition. 2007 BC Decker Inc Hamilton. P.197
4. Sven-Erik Hamp et al. Periodontal treatment of multi rooted teeth. Results after 5 years. *Journal of Clinical Periodontology* Volume 2, Issue 3, pages 126-135, September 1975
5. Dibart S. et al. Crown lengthening in mandibular molars: a 5-year retrospective radiographic analysis. *J Periodontol*. 2003 Jun;74(6):815-21.
6. Di Fiore PM. Complications of surgical crown lengthening for a maxillary molar with four roots: A clinical report. *J Prosthet Dent*. 1999 Sep;82(3):266-9.
7. Melker DJ, Richardson CR. Root reshaping: an integral component of periodontal surgery. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2001 Jun;21(3):296-304.

Data prezentării: 24.01.2014.

Recenzent: Sofia Sirbu