

Multitudinea manifestărilor radiologice în parodontite de diferite forme și faze de evoluție confirmă legătura intimă a distrucției osului cu procesul inflamator din țesuturile parodontale. Pierderea atașamentului dintelui și apariția ocluziei traumatice sporesc procesul distructiv al osului alveolar.

Informația ortopantomografică, care denotă cantități mari de tartru și multiple procese odontale și periodontale, confirmă faptul că parodontita evoluează activ în cazurile când cavitatea bucală este într-o stare dezastruoasă din punct de vedere igienic.

Analizând ortopantomogramele căpătăm o impresie și despre ocluziile traumatice, în cazurile în care ele sunt prezente, și respectiv despre eficacitatea masticatorie a aparatului dento-maxilar.

Tab. 1. Valoarea medie a indicelui Fuchs în corelație cu forma clinică a parodontitei.

Forma clinică a parodontitei	Indicele Fuchs
Parodontită forma ușoară	0,71
Parodontită forma medie	0,47
Parodontită forma gravă	0,28

Așadar, calcularea indicelui Fuchs ne dă posibilitatea de a stabili gradul de distrucție osoasă, eficiența tratamentului în dinamică, precum și stabilizarea rezultatelor în timp.

După cum denotă sursele bibliografice la temă din cauza afecțiunilor parodontale se extrag de 5 ori mai mulți dinți decât în urma complicațiilor tratamentului endodontic. Noi am analizat datele ortopantomografice în acest aspect și am constatat că, deși pacienții incluși în studiu au avut vârste între 31 și 61 de ani, numărul de dinți lipsă este relativ de mare. Datele sunt prezentate în figura 6. Practic, la această categorie de pacienți în 28 din cazuri au fost extrași 7 și mai mulți dinți.

Așadar, din datele obținute de noi, putem concluziona că 100 de pacienți au pierdut în jurul la 600 de dinți, un număr foarte impresionant pentru pacienții în vârstă de până la 61 de ani.

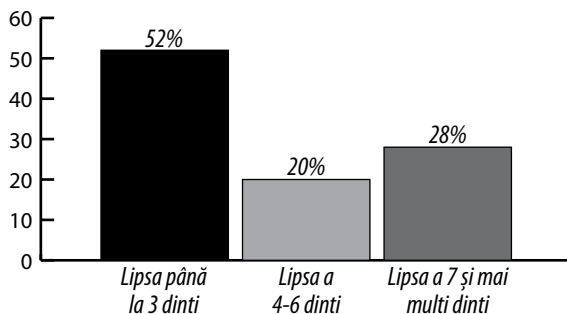


Fig. 6. Raportul procentual privind numărul dinților lipsă.

Concluzii

1. Ortopantomografia este cel mai răspândit procedeu de examen radiologic în parodontologie, motiv pentru care în imagine avem ambele arcade dentare în stare de ocluzie, ceea ce oferă posibilitatea de a obține o amplă informație despre starea țesutului osos al maxilarelor.

2. Tabloul radiologic al componentelor țesutului osos în parodontitele marginale cronice au pus în evidență diferite forme de resorbție: mixtă — în 44% , orizontală — în 37% și verticală — în 19% din totalul observațiilor.

3. Indicele osal Fuchs echivalează: pentru forma ușoară a parodontitei marginale cu 0,71, formele medii și gravă se caracterizează prin valorile 0,47 și 0,28, respectiv.

Bibliografie:

1. Aldescu C. Radiologie pentru studenți și medici stomatologi. Ed. Polirom, 1998.
2. Chetruș V. Aspecte de etiologie, diagnostic și tratament ale parodontitelor marginale cronice. Ed. Chișinău-Epigraf 2007, 108 p.
3. Ciobanu S. Tratamentul complex în reabilitarea pacienților cu parodontită marginală cronică. Chișinău, 2012, 183 p.
4. Dumitriu H. T. Parodontologie. Ed. Viața Medicală Românească, București, 1998, p. 63-227.
5. Рабухина Н. А., Аржанцев А. П. Рентгенодиагностика в стоматологии. Москва, 1999, 434 с.

Data prezentării: 08.04.2013.

Recenzent: Gheorghe Nicolau

HIPOPLAZIA SMALȚULUI. TRATAMENT RESTAURATIV

Alexei Croitor
student anul V,
Facultatea Stomatologie,
USMF „N. Testemițanu“

Rezumat

Actuala relatare are drept scop analiza rezultatelor tratamentului hipoplaziei de smalț. Studiul cuprinde 5 pacienți — 3 bărbați și 2 femei, cu vârste cuprinse între 19 și 28 ani. De tot au fost tratați 8 dinți din grupul celor frontali și 2 molari (16 și 26). Au fost folosite tehnologiile moderne de restaurări dentare după Radlinschii V.N. și coautorii (2003).

Rezultatele obținute au fost satisfăcătoare unile dinte ele sunt ilustrate în figurile prezentate.

Cuvinte-cheie: Hipoplazie de smalț, modalități de tratare, etapele medicației.

Summary

ENAMEL HYPOPLASIA. RESTORATIVE REATMENT

Actual study has the purpose to analyze the outcomes of enamel hypoplasia treatment. The study embrace 5 patients, 2 women and 3 men, with a 19 to 28 years age span. Were treated 8 frontal teeth and 2 laterals — molars 16 and 26. Were used modern restorative technologies proposed by Radlinski et al 2003.

Results were satisfactory, some of them are illustrated in the paper.

Keyword: *Enamel hypoplasia, treatment strategies, medication phases.*

Introducere

Considerațiile estetice ale dinților au jucat întotdeauna un rol important în profesiunea medicilor stomatologi. De-a lungul anilor, refacerea armoniei dentare și-a schimbat caracterul, din întâmplător în necesar și din facultativ în obligatoriu, pe măsură ce defectele estetice au devenit din ce în ce mai puțin acceptate. Într-o lume competitivă social și economic, a avea o înfățișare plăcută este, actualmente, o necesitate, iar dorința de a arăta mai bine apare chiar și la o vârstă fragedă. Unii autori atrag atenția că aspectul dinților prezintă o importanță cu totul specială, mergând până la afirmația că aceștia reprezintă „cheia de bază” a farmecului feței.

Rezultate și discuții

Defectele de dezvoltare ale smalțului sunt frecvent întâlnite, iar distribuția lor variază în diferite grupuri populaționale. Ele pot rezulta din perturbări în dezvoltarea matricei care se materializează în defecte ale suprafeței dentare externe, cunoscute sub denumirea de hipoplazie a smalțului sau defecte calitative, caracterizate prin anomalii de transluciditate, cunoscute ca opacități ale smalțului.

Este important de reliefat riscurile de apariție și profilaxia lor, precum și a factorilor cauzali și favorizanți în instalarea anomaliilor dentare, separate și de grup, ale dinților ca: aplazia, hipoplazia, hiperplazia, smalțului dentar. Evidența complicațiilor posibile în cadrul maladiilor date, cât și evidența metodelor raționale și efective de tratament, devin tot mai actuale.

Hipoplazia este o anomalie de dezvoltare care constă în subdezvoltarea dintelui sau a țesuturilor dure dentare (E.V. Borovschii, 1990). O manifestare extremă a hipoplaziei o constituie aplazia, adică lipsa congenitală a unei părți a dintelui sau a adamantinei în întregime. Hipoplazia smalțului face parte din grupul afecțiunilor necarioase ce apar până la erupția dinților.

Apariția hipoplaziei ține de tulburări brutale în organismul copilului, la baza cărora se află factori exogeni și/sau endogeni. Dintre factorii endogeni fac parte anomaliile de primordializare a celulelor embri-

onului, printre factorii exogeni pot figura agenți cu influență nefavorabilă asupra dintelui în dezvoltare sau a fătului integral. În practica stomatologică ne întâlnim mai frecvent cu hipoplazia smalțului dentar.

Hipoplaziile smalțului se împart în: locale și sistemice.

Hipoplazia locală se referă la cazuri cu prezență a hipoplaziei la 1 sau la 2 dinți. Ea rezultă din tulburări ale metabolismului într-o zonă localizată în apropierea primordiilor dinților constanți; de exemplu, poate fi vorba despre un proces inflamator în regiunea apeiului rădăinii dintelui de lapte.

Hipoplazia sistemică. După manifestările ei clinice, care deseori corespund gravității procesului, hipoplazia se împarte în trei forme:

- modificări în culoarea adamantinei;
- subdezvoltarea adamantinei care include formele:
 - maculată, ondulată, punctiformă, fisurată, scalarată;
- lipsa smalțului (E.V. Borovschii, 1990).

Pe moment, materialele stomatologice performante pot satisface pe deplin cerințele funcționale și estetice. Ele dau posibilitatea de a modifica mulți parametri ai sistemului oro-maxilo-facial, respectând cerințele fiecărui pacient în parte.

La etapa actuală se cunoaște un număr mare de metode medicație a hipoplaziei de smalț. Ele includ:

- Taratamentul conservativ.
- Tratamentul restaurativ.

Metodele respective trebuie selectate cu precauție în vederea obținerii celor mai eficiente rezultate atât în aspect funcțional, cât și estetic.

Tratamentul se efectuează individual, în funcție de forma clinică a afecțiunii și de vârsta pacientului. Se utilizează terapia remineralizantă, măsuri de restaurare sau înălbire (Ю.А. Фёдоров, В.А. Дорожина, 1997). Autori citați au propus o schemă de tratament a afecțiunilor necarioase care constă în efectuarea terapiei remineralizante complexe (locale și generale) în cazul afecțiunilor în formă de maculă, iar în cazul defectelor de țesut terapia remineralizantă este precedată de tratamentul restaurativ al dinților.

Terapia remineralizantă generală prevede administrarea:

1. Glicerofosfat de calciu câte 1,5 g/zi (la cei cu vârste de la 14-16 ani) timp de o lună.
2. „Clamin” câte o pastilă în zi cu 15 min. preprandial (de la 10 ani), timp de o lună.
3. Complexele polivitaminice reprezentate de „Complivit” sau „Qadavit”, câte 2 drajeuri în zi (de la 10 ani), timp de o lună.

Terapia remineralizantă locală

1. Antrenarea pacienților în igienizarea corectă a cavității bucale.
2. Utilizarea pastelor de dinți cu conținut de fosfați .
3. Electroforeză cu soluție de glicerolfosfat de calciu de 2,5 % (pacienților după 10 ani), (Алешина Н.Ф., Кондратенко А.А., 2005).

Tratament reconstructiv

În cazul defectului de smalț, se efectuează o cură generală de remineralizare după care țesuturile dentare se restabilesc cu ajutorul materialelor de plombare sau prin metoda ortopedică ce prevede acoperirea cu coroane de inveliș.

De menționat că metoda ortopedică este destul de agresivă fiind indicată în tratamentul de restabilire coronară a dinților hipoplazici în:

- Stadii avansate, cu distrucții coronare masive;
- În cazul aplicării punților dentare în scopul restabilirii breșelor arcadelor dentare.

Tratamentul reconstructiv terapeutic include:

În îndeplinirea actualei lucrări, ne-am condus de recomandările autorilor Burlacu V., Radlinschii S.V., Radlinscaia V.N. și altor autori, publicate în multiple lucrări.

Obturația — înlocuirea țesuturilor dentare afectate până la 1/3 din suprafața coronară cu materiale pentru restaurarea, prin tehnica unui strat timp de 20–30 minute.

Restaurarea — înlocuirea țesuturilor dentare afectate prin tehnica din 2–3 straturi cu material compozit, la un loc de muncă adaptat pentru tehnica adezivă timp de 60 minute. Din categoria de restaurări fac parte defectele ce în trecut se tratau ca restaurări indirecte (în laborator): venire, coroane, punți.

Restaurare estetică — restabilirea țesuturilor dentare afectate în parametrii estetici ai dintelui și arcadei dentare, cu compozit, prin tehnica de mai multe straturi fără limita timpului, la loc de lucru adaptat pentru tehnica adezivă (Burlacu V., Radlinschii S.V., Radlinscaia V.N., 2006).

Tratamentul restaurativ al dinților afectați de hipoplazie

În tratamentul celor 5 pacienți cu hipoplazie au fost restaurați 10 dinți, 8 în regiunea frontală (fig.1) și 2 molari (fig.2).



Fig. 1. Hipoplazia smalțului dinților frontali.



Fig. 2. Hipoplazia smalțului la nivelul de molari.

S-au practicat următoarele etape:

1. Igienizarea cavității bucale

Igiena profesională prin detartraj ultrasonic și periaj profesional cu folosirea pastelor abrazive fără fluor. Curățarea se finalizează prin spălarea abundentă cu apă.

2. Programarea construcției de refacere. Selecția tonalităților coloristice ale materialului compozițional- procedeu complicat și responsabil de care depinde rezultatul final. Planificarea construcției prevede:

- Diagnosticul anatomic (formă, volum, relief).
- Diagnosticul de culoare (culorile de bază + nuanțele lor și documentarea topografiei culorilor).

3. Prepararea cavității. Prepararea se efectuează în „dizain liber“, ce prevede următoarele principii:

- Principiul orientat la defect.
- Principiul mai puțin de preparat, mai mult de infiltrat (bazat pe remineralizarea dentinei demineralizate ne infectate).
- Principiul „Păstrarea smalțului fără susținere dentinară“.

4. Izolarea câmpului operator.

Se realizează cu ajutorul roberdamului (se permite efectuarea lucrului și fără utilizarea lui, izolarea cu bulete de vată, doar cu condiția de gingie ne afectată) însă trebuie de menționat că roberdamul este unica cale de izolare ideală.

5. Prelucrarea medicamentoasă și uscarea cavității preparate prevede: înstrăinarea rumegușului de dentină, microorganismelor și salivei (cu apă distilată, ser fiziologic și nici într-un caz cu apă oxigenată, etanol sau eter). Uscarea se face atent, grijuliu și fără prezența aerosolilor de ulei.

6. Pregătirea adezivă a țesuturilor dure dentare.

De regulă, se recomandă aplicarea sistemului adeziv de generațiile V—VI (3:1), mai rar sunt folosite cele de generația IV. Reieșind din faptul că ultimele generații ale sistemelor adezive sunt cele autogranante, pe când generațiile III—IV necesită realizarea procesului de gravare separată, urmată de bondingarea țesuturilor dure dentare. Fotopolimerizarea bondingului formează o peliculă lucitoare a stratului inhibat de oxigen fără care nu poate avea loc coeziunea primului strat de compozit. Prin urmare, în lipsa acestei „pelicule“ procedura de bondingare trebuie repetată.

7. Formarea stratului adaptiv incipient în cavitatea preparată se efectuează numai pe sectoarele problematice: peretele gingival, unghiurile între pereți și planșeu, reliefări neuniforme prin aplicarea unei porțiuni subțiri de XFlow compozit și fotopolimerizarea conform instrucțiunii. Reieșind din faptul, că Flow compozitul acoperă toate microspațiile, favorizând adezivitatea marginală ideală, formând, în același timp, sub obturație „o pernă elastică“ care poate inhiba tensiunile provocate de acțiunea forțelor ocluzale.

8. Aplicarea matricei se efectuează pentru realizarea punctului de contact și a suportului pentru viitoarea restaurare. În acest scop se recomandă utilizarea

lamelor de polietilenă transparente, cu grosimea de cel mult 0,5 mm și lățimea ce depășește înălțimea coroanei dintelui restabilit. Lamela selectată se instalează din părțile orală și laterale ale marginilor rădăcinii, prin introducerea în șanțul gingival și fixarea cu ajutorul degetelor de la mâna ne implicată în lucru sau, dacă e posibil cu ajutorul penelor interdentare, cu mâna redând matricei forma necesară.

Pe matricea instalată se aplică un strat de compozit care corespunde culorii și grosimii smalțului, astfel, încât el să umple toată suprafața orală a dintelui restaurat și să treacă pe suprafețele laterale. La această etapă se creează suprafața orală a dintelui și suprafețele lui laterale cu puncte de contact. Forma obținută amintește o ladă.

În carcasa creată din prima porție de material, pe straturi se aplică materialul în conformitate cu culoarea stabilită și documentată în schema coloristică (harta culorilor) și se redă forma în relație cu cea a dinților vecini. Pentru a obține un aspect estetic optim, se utilizează metoda de aplicare pe straturi a materialului din profunzime spre suprafață, conform principiilor biomimetice, optice și tridimensionale. De menționat că polimerizarea straturilor de compozit trebuie de efectuat direcțional (fig.3).

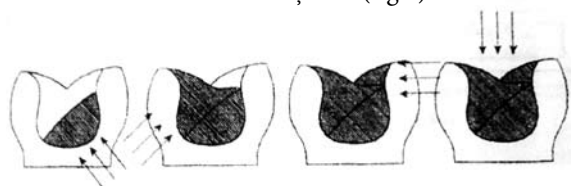


Fig. 3. Schema polimerizării direcționate (după Radlinschii S.V. și coautorii, 2003).

Sunt recomandate și tehnici de restabilire a defectului de țesut în infraocluzie (cu materialul de bază), care prevăd un neajuns de material cu aproximativ 1-1,5 mm. până la contactul ocluzal necesar, spațiul dat se recomandă a fi refăcut cu o rășină compozițională microhibridă universală.

Ținem să menționăm că lucrul cu materialele compozite necesita realizarea anumitor condiții:

- Lucrul în „patru mâini“ medic +asistentă
- Folosirea în proces a aspiratoarelor (lucru îndelungat)
- Regim de temperatură 21-24°C (temperatura mai joasă micșorează plasticitatea compozitului, iar temperatura mai mare sporește plasticitatea, el devenind prea fluid, ca urmare, scade adeziunea lui).
- Folosirea instalațiilor stomatologice (compresor) fără ulei sau cu filtre de aer (condiția supremă în lucrul cu compozitele).

9. Prelucrarea finală este procedeu de o responsabilitate majoră. Se ține cont de faptul, că șlefuirea și lustruirea sunt procedee strict obligatorii, deoarece polimerizarea suprafețelor contactante cu aerul rămâne incompletă, se păstrează stratul inhibat de oxigen, strat slab la acțiunile exogene. În rezultatul prelucrării finale corecte, se obține o adeziune marginală ideală,

demonstrată prin mișcarea sondei la hotarul „refacere — țesut“ care nu se reține lunicând liber.

Etapile finale de prelucrare includ:

- a) Macroconturarea — corectarea formei refacerii cu evidența coraportului ocluzal (cu freze diamantate și răcire).
- b) Microconturarea — formarea suprafeței netede cu freze diamantate (mărunt granulate) cu răcire cu apă
- c) Șlefuirea și lustruirea cu folosirea complexelor speciale, având scopul de a obține netezire și luciu ideal, adecvat smalțului natural (prelucrarea cu instrumente abrazive, diverse după formă și structură, paste speciale fine și ultrafine). La șlefuirea și lustruirea punctelor de contact s-au folosit stripe metalice, plastice textile (fig. 4, 5).



Fig. 4. Dinții frontali până la și după restaurare.

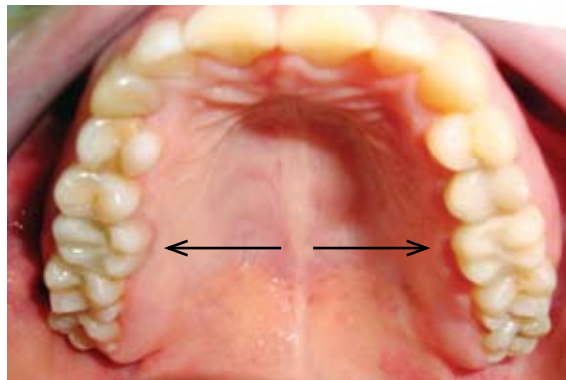


Fig. 5. Molarii superiori restaurați.

Concluzii

Restaurarea defectelor hipoplazice are un rol de bază în ceea ce privește refacerea fizionomiei și funcționalității arcadei dentare. Procedeele de refacere a „lipsei de țesut“ joacă un rol important și în prevenirea complicațiilor care adesea la momentul adresării pacientului la stomatolog deja sunt prezente. Fregvent pacienții se adresează la medic anume din cauza complicațiilor aparute cum ar fi: caria dentară (în 73% a hipoplaziilor ne tratate), fractura coronară (în 6% de cazuri). Bazându-ne atât pe datele literaturii stomatologice moderne, cât și pe rezultatele personale, remarcăm avantajele tratamentului restaurativ prin tehnica adezivă directă, și anume:

1. Gradul înalt de adeziune permite aplicarea restaurărilor directe, rezistente din punct de vedere mecanic.
2. Materialele restaurative moderne oferă posibilitatea de a obține rezultate estetice satisfăcătoare cu durabilitate înaltă.

3. Nu necesită preparare masivă, deci păstrează țesuturile dentare și viabilitatea dintelui.
4. Termenul de funcționare, după datele diferitor autori, poate atinge până la 10 ani, fără schimbarea completă care este practic egală cu restaurările indirecte.
5. Ele pot fi reparate și corectate în scurt timp, fără demontare totală.
6. Economisește timpul pacientului grație medicației într-o etapă clinică (Burlacu V., Radlinschi S.V., Radlinschi V.N., 2006).

Bibliografie

1. Borovski E. Stomatologie terapeutică, 1990, Chișinău, p.86-90.
2. Burlacu V., Radlinschi S.V. Radlinschi V.N. Refaceri dentare

directe. Chișinău, 2006 p. 41.

3. Radlinschi V.N., Radlinschi S.V. Tehnologii moderne de restaurări dentare. Chișinău, 2003 p.51.
4. Алешина Н.Ф., Кондратенко А.А. Болезни некариозного происхождения, 2005, Волгоград, с. 6-11.
5. Лобовкина Л.А. Современные технологии реставрации зубов, 2007, Полтава. с. 238.
6. Радлинская В.Н., Радлинский С.В. Современные технологии реставрации зубов. Полтава, 2000, с. 57.
7. Царинский М.М. Терапевтическая стоматология. Ростов на Дону, 2008, стр. 70-79.
8. Frush JP, Fisher R.D., Introduction to dentogenic restorations. J Prosthet Dent, 1955; p: 586-595.
9. <http://www.scribd.com/medicina/VITAMINELE-S-SISTEMUL-STOMATOG53873.php>

Data prezentării: 08.04.2013.

Recenzent: Sofia Sirbu

PERIODONTITA GRANULOMATOASĂ CRONICĂ. DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL

Sorin Scutaru,
student anul V,
Facultatea Stomatologie,
USMF „Nicolae
Testemițanu“

Sofia Sirbu,
d.m., prof. univ.
Catedra Stomatologie
terapeutică, USMF
„Nicolae Testemițanu“

Rezumat

Scopul cercetării este studierea anatomiei patologice a periodontitei cronice granulomatoase, diagnosticul, cât și tratamentul adecvat al procesului periapical cronic, determinând rolul standardelor de calitate ale obturațiilor radiculare și restaurărilor coronare în succesul tratamentului endodontic. În studiu clinic au fost incluși 27 de pacienți în vârstă de la 18 până la 57 de ani, inclusiv 15 femei (56%) și 12 bărbați (44%) cu periodontite granulomatoase cronice. Studiul patomorfologic al granulomului periradicular a fost făcut în urma extracției dintelui 34 efectuată conform indicațiilor și pregătit special pentru studiul histologic.

Cuvinte cheie: *periodontită, granulomatoasă, diagnostic, tratament, histologic.*

Summary

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC GRANULOMATOUS PERIAPICAL LESION

Purpose of the research is studying of pathological anatomy and diagnosis of chronic granulomatous periodontitis also determining the role of actual treatment strategies and quality standards in root fillings and crown restorations. In clinical study were involved 27 patients with age variation between 18 and 57 of which 15 women (56%) and 12 men (44%) with chronic granulomatous periodontitis. Microscopical study was made on a biopsy specimen of granulomatous periodontitis according to technological rules of biopsic pattern preparation.

Key words: *periapical lesions, granulomatous, diagnosis, treatment, histologic.*

Introducere

Diagnosticul și tratamentul periodontitelor granulomatoase cronice, la fel ca și celelalte forme de periodontite distructive, la moment rămân una din cele mai actuale probleme.

Periodontitele, în aspect epidemiologic și clinic, se întâlnesc des, afectând o parte a populației încă din copilărie. Către vârsta de 12 ani periodontitele, în general alcătuiesc 35–39% din totalitatea de complicații al cariei dentare, iar către vârsta de 18 ani — 45%. Ulterior (între 35–44 ani) pierderea dinților din cauza periodontitelor constituie 42%, valorile indicelui în cauză ating 78% către vârsta de 65 ani, (E. B. Боровский, 2003).