

# MOLARUL DE MINTE: CONSIDERAȚII ȘI DISCREPANȚE ÎN PRACTICA DE AMBULATOR

Dumitru Sirbu,  
Doctor în medicină,  
conferențiar universitar

Taisia Glinschi,  
Vitalie Glinschi,  
Mihaela Nagnibeda,  
Alexandru Mighic —  
rezident an. II

Clinica stomatologică  
SRL "Omni Dent"

## Rezumat

Erupția dificilă a molarului de minte (M3), asociată cu caria simplă și complicată, ce afectează consecutiv și cel de-al doilea molar (M2), întâlnită des la pacienții de ambulator, în final poate duce la complicațiile mai grave care se necesită tratament de staționar. Lucrarea dată prezintă rezultatele studiului patologiei molarului III la pacienții de ambulator. Datele obținute vor orienta specialiștii în domeniu la stabilirea atitudinii și a conduitei de tratament al pacienților cu patologia M3, îndreptate spre profilaxia complicațiilor.

**Cuvinte cheie:** molarul de minte, complicații, extracție, molarul II.

## Summary

### THIRD MOLAR: CONSIDERATIONS AND DISCREPANCIES IN AMBULATORY PRACTICE

Difficult eruption of the third molar (M3), associated with simple and complicated caries that consecutively affects the second molar (M2), often encountered in patients of the in-patient department, may eventually lead to more serious complications that require treatment in the out-patient department. This work presents the results of third molar pathology study in the in-patient department. Obtained data will guide professionals in the field to determine the attitude and conduct of treatment of patients with M3 pathology, aimed at preventing complications.

**Keywords:** third molar, complications, extraction, second molar.

## Actualitatea temei

Patologia molarului de minte (M3) este o temă actuală în cadrul stomatologiei din cauza complicațiilor frecvente. Acest fapt este elucidat pe larg în literatura de specialitate. Un număr semnificativ de publicații autohtone și străine se referă atât la procesele de formare și erupție a M3, cât și la complicațiile provocate de erupția dificilă sau retenția acestuia.

Conform datelor diferitor autori, frecvența molarilor III rămași în retenție variază de la 35% (M.E. Richardson, 1974) pînă la 50% (R.M. Ricketts, 1976). Datele literaturii de specialitate mărturisesc, că complicațiile cu caracter inflamator de diverse grade de gravitate, care însoțesc erupția dificilă, retenția sau distopia dinților de minte pot apărea la aproape 75% din posesorii lor (A.T. Руденко, 1981). Conform altor autori, erupția dificilă a dintelui de minte se întâlnește în 54,6% cazuri (E.A. Магид, 1983), osteomielitele și flegmoanele prezentînd riscul cel mai mare pentru sănătatea și capacitatea de muncă a oamenilor; A.H. Фокина (1999) a înregistrat 8,8% de pacienți cu diagnosticul de flegmon din numărul total de pacienți cu erupția dificilă a dintelui de minte.

Întrebarea despre tactica de tratament a patologiei M3 este foarte contradictorie în rîndurile medicilor și în literatura de specialitate [1,2]. Unii autori consideră că extracția dintelui în retenție care nu a provocat careva schimbări patologice locale sau generale nu trebuie să fie efectuată [3]. Există și o părere opusă, conform căreia înlăturarea dintelui aflat în retenție este indicată, dacă nu există contraindicații (Ex.: bolnavii care se afla sub tratament radioterapeutic, leucemie acută, infarct miocardic recent, coagulopatii, etc). Această părere este bazată pe faptul că înlăturarea dinților reținați devine mai complicată odată cu înaintarea în vîrstă [4]. De asemenea, Martin Kunkel [5] este adeptul extracției profilactice a M3, în baza următoarei cercetări: din 100 de pacienți primiți cu complicațiile provocate de M3, 73% de pacienți au suferit de complicații inflamatorii (29%) și cele în urma extracției terapeutice (44%), complicațiile în urma extracției profilactice constituind numai 27%.

Având în vedere complicațiile frecvente grave provocate de M3, sarcina specialiștilor în domeniu este prevenirea lor printr-un diagnostic perfect, o conduită adecvată și un tratament rațional. Astfel, s-ar diminua frecvența complicațiilor și necesitatea tratamentului acestor pacienți în staționar.

### Scopul lucrării

Optimizarea tratamentului pacienților de ambulator cu patologia M3 prin stabilirea atitudinii și conduitei de tratament în dependență de evoluție și complicații.

### Obiectivele

- 1) Studiul clinico-epidemiologic al morbidității pacienților cu patologia M3 în condiții de ambulator în perioada martie 2011-ianuarie 2012, conform datelor clinicii stomatologice private SRL "Omni Dent";
- 2) Stabilirea atitudinii și conduitei de tratament în dependență de evoluție și complicații;
- 3) Elaborarea unor recomandări pentru medicii practicieni cu scopul sporirii eficacității de diagnostic și tratament al pacienților cu patologia M3.

### Material și metode

S-a efectuat studiul clinico-epidemiologic al morbidității pacienților cu patologia M3 în condiții de ambulator în perioada martie 2011-ianuarie 2012 în cadrul clinicii stomatologice private SRL "Omni Dent".

Având numărul total de fișe a 1500 pacienți pe parcursul perioadei de studiu, s-a determinat volumul eșantionului reprezentativ cu ajutorul formulei lui M. Moroșanu:

$$n = \frac{Nt^2pq}{N\Delta x^2 + t^2pq}, \text{ unde}$$

$n$  — volumul eșantionului reprezentativ;  $t$  — factor de probabilitate, care este egal cu 1,96 pentru o probabilitate de 95%;  $p$  (probabilitate) =  $q$  (contraprobabilitate) = 0,5;  $\Delta$  — eroarea limită admisă, valoarea maximă acceptată a căreia este 5%, pentru care  $\Delta x = 0,05$ ;  $N$  — volumul colectivității generale.

Utilizând această formulă, s-a obținut un eșantion în număr de 298 pacienți.

Acești pacienți s-au studiat în baza informației din fișele de ambulator, de asemenea și datelor ortopantomografiei digitale, care sunt stocate în baza de date a pacientului.

Pentru un studiu mai obiectiv am inclus în cercetare 39 pacienți cu patologia M3, care s-au adresat în perioada sintezei rezultatelor. Aceasta ne-a permis să confruntăm datele obținute din analiza fișelor și radiografiilor cu examenul clinic de facto nemijlocit la cei 39 pacienți. Astfel, rezultatele obținute sunt mai ample, mai obiective și veridice.

Pacienții în studiu au fost examinați conform protocolului standart în stomatologie (examenul subiectiv, obiectiv exo-, endobucal, instrumental, exa-

menul paraclinic). Examenul paraclinic a fost efectuat cu ajutorul ortopantomografului ORTOPHOS XG3 "Sirona" și radioviziografului Heliodont plus Sirona. Pacienții au fost supuși tratamentului conservativ și chirurgical prin extracția dentară a M3.

### Rezultate și discuții

Analiza statistică a datelor clinice și paraclinice a pacienților tratați în clinica stomatologică SRL „Omni Dent” din or. Chișinău pe parcursul perioadei martie 2011-ianuarie 2012 a arătat că patologia dată a fost înregistrată la 167 pacienți, ceea ce a constituit 56,0% din întreg eșantion. Deci, frecvența patologiei M3 este foarte semnificativă.

Din 167 pacienți, 97 au fost femei (57,8%) și 70 (41,9%) — bărbați. Pacienții au fost repartizați în funcție de vîrstă la interval de 4 ani de la 16 — 56 ani. Am depistat că cea mai mare incidență a complicațiilor cauzate de M3 este prezentă la vîrsta de 20-27 ani, constituind 47% din toate cazurile. Datele obținute corespund datelor literaturii de specialitate, unde găsim menționată vîrsta cuprinsă între 19 și 26 de ani [6,7]. Complicațiile patologiei M3 se întîlnesc mai frecvent anume în această perioadă a vieții, deoarece ea este asociată erupției acestor dinți [7,8]. Conform cercetărilor lui Sung-Kiang Chuang, complicațiile intra- și postoperatorii ale extracției M3 sunt cu 46% mai frecvente la pacienții în vîrstă de peste 25 de ani, comparativ cu pacienții pînă la 25 de ani. Deci, extracția M3 la pacienții cu vîrsta mai înaintată este asociată cu un risc mărit de dezvoltare a complicațiilor. Aceste date evidențiază avantajele extracției profilactice precoce a M3. Considerăm că este necesar de luat în vedere aceste date statistice în luarea deciziei despre atitudinea terapeutică față de M3.

La 96 pacienți (57,5%) s-a depistat pericoronarita, la 71 (42,5%) — caria simplă și complicată a M3, la 53 — (31,7%) incluzia M3, la 20 (12,0%) — semnul de semilună Wassmund. Complicații inflamatorii postextracționale nu s-au depistat la nici un pacient, deoarece s-a practicat extracția după cuparea fazei de inflamație acută sau "la rece" (fig. 1).

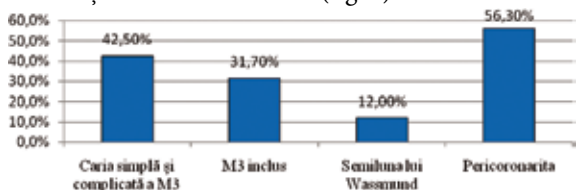


Fig. 1.

Frecvența afectării M3 la pacienții din clinica stomatologică SRL "Omni Dent" în perioada martie 2011 — ianuarie 2012.

Observăm că la pacienții cu erupția dificilă a M3 cea mai frecventă complicație a fost pericoronarita, care este punctul de plecare al complicațiilor inflamatorii severe. La acești pacienți s-a efectuat extracția M3 după cuparea fazei acute a procesului inflamator.

Trebuie de menționat că, cercetarea diverselor clișee radiologice efectuate la radioviziograful Heliodont plus Sirona ne-a demonstrat că radiografia retroalve-

olară nu ne oferă date suficiente pentru stabilirea diagnosticului corect (relația M3 cu structurile anatomice învecinate, prezența unor chisturi, tumori etc.), fiind necesară ortopantomografia. În urma analizei imaginilor obținute în format digital la ortopantomograful ORTOPHOS XG3 "Sirona" din clinica stomatologică SRL "Omni Dent" și celor realizate pe peliculă am observat că calitatea imaginii digitale este net superioară celei pe peliculă. Precizia înaltă a redării imaginii digitale față de cea pe peliculă permite stabilirea unui diagnostic exact, clar și corect, precum și alegerea unui plan de tratament adecvat.

Unul din obiectivele acestui studiu este de a determina frecvența afectării M2 de către procesul carios, cauza dezvoltării căruia a servit M3. Poziția anatomică incorectă a M3 față de dintele vecin creează condiții nefavorabile de autocurățire între coroanele acestor dinți, de asemenea, periajul dentar insuficient între coroanele lor favorizează dezvoltarea procesului carios pe suprafața distală a M2. Erupția dificilă a M3 inferior deseori este legată de poziția sa mezio-angulată sau orizontală în osul maxilarului inferior. Coroana sa este înclinată spre M2 și contactează cu joncțiunea sa amelo-cementară. Ca rezultat, apar condiții favorabile pentru existența și multiplicarea microflorei cavității bucale, care va determina apariția cariei în regiunea coletului pe suprafața distală a M2 [9] (fig. 2, 3).

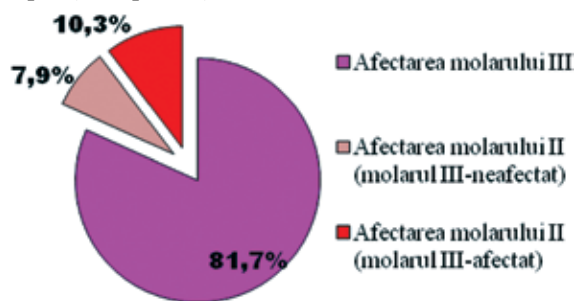


**Fig. 2.**  
OPG a pacientei B. Poziția orizontală a M3.  
Distrucție coronară a M3 și M2



**Fig. 3.** Imagine endoorală a pacientei B. În regiunea mucoasei retromolare se determină eliminări purulente abundente. Limitarea deschiderii gurii.

Pentru a înțelege mai bine rolul M3 în afectarea M2 vecin, am clasificat toate tipurile de patologii ale M3 depistate la datele examenului radiologic (126 în total) în 3 grupe: I grupă — cazurile în care este afectat numai M3 (incluzie, semiluna lui Wassmund, caria simplă și complicată), a II-a grupă — cazurile în care M2 este afectat (carie simplă și complicată) din cauza M3, iar M3 este intact, a III-a grupă — cazurile în care M2 este afectat din cauza M3 și M3 este de asemenea afectat. Am obținut următoarele rezultate: grupa I — 103 cazuri (81,7%), grupa a II-a — 10 cazuri (7,9%) și grupa a III-a — 13 cazuri (10,3%). Deci, în 18,2% cazuri M2 a fost afectat de carie și complicațiile ei din cauza M3 (fig. 2). Observăm că nu există diferență semnificativă între frecvența afectării M2 cauzată de M3 afectat și cea cauzată de M3 intact. De aici concludem că dezvoltarea cariei pe fața distală a M2 în majoritatea cazurilor este favorizată de poziția incorectă a M3 și nu de răspindirea procesului carios de la M3 afectat de carie. Deci, este prezent riscul apariției cariei M2 și în cazurile în care M3 este intact, dar are o poziție atipică față de M2.



**Fig. 4.**  
Frecvența afectării M2 de carie simplă și complicată cauzată de M3 la pacienții din clinica stomatologică SRL "Omni Dent" în perioada martie 2011 — ianuarie 2012.

Am observat că în lipsa M3 pe arcada dentară, suprafața distală a M2 nu se afectează atât de frecvent. Se poate afirma că se produce igienizarea suficientă și nu sunt condiții de apariție a cariei. M2, avînd o importanță majoră în funcția de masticăție, trebuie apărat de afectare carioasă. Amintind de rolul neînsemnat al M3 în realizarea funcției masticatorii, despre care amintesc unii autori [10], se demonstrează încă o dată raționamentul în extracția profilactică cît mai timpurie a M3.

Astfel, putem menționa că afectarea M2 cauzată de M3 este destul de frecventă. Erupția dificilă a M3, asociată cu caria simplă și complicată, care afectează M3 și, consecutiv, M2, întîlnită des la pacienții de ambulator, poate cauza diverse complicații grave cu care se adresează pacienții de staționar. Deci, concluzia noastră este că tratamentul acestor bolnavi trebuie să fie bine dirijat pentru a fi îndreptat spre profilaxia complicațiilor sus-numite, contribuind prin aceasta la micșorarea frecvenței lor.

## Concluzii

1. Complicațiile provocate de M3 au o frecvență semnificativă, fapt ce poate argumenta lărgirea

indicațiilor către extracția profilactică;

2. Erupția M3 este perioada de risc sporit al apariției complicațiilor, deci este binevenită atenționarea pacienților tineri pentru adresarea cât mai precoce la medic;
3. Extracția M3 inferioară “la rece”, la o vîrstă pînă la 25 de ani, sub protecția de antibiotici diminuează frecvența complicațiilor postoperatorii și scurtează perioada de rehabilitare a pacienților;
4. Afectarea M2 cauzată de M3 este destul de frecventă; dezvoltarea cariei pe fața distală a M2 în majoritatea cazurilor este cauzată de poziția incorectă a M3; deci, acesta este încă un argument pentru lărgirea indicațiilor tradiționale pentru extracția M3;
5. Diagnosticul complet al patologiei M3 poate fi efectuat cu ajutorul ortopantomogramei, datele oferite de radiografia retroalveolară fiind insuficiente.
6. Precizia înaltă a redării imaginii digitale față de cea pe peliculă permite stabilirea unui diagnostic exact, clar și corect, precum și alegerea unui plan de tratament adecvat.

## Bibliografie

1. Constantin M., Vorneanu M. Patologia molarului de minte în practica chirurgicală dento-alveolară. Iași, 2005. p. 239-251.
2. Popovici T. Accidentele și complicațiile extracției molarilor de minte. Stomatologia în Moldova, nr.2, 2004. p. 12.
3. Șerbatiuc D., Bicer C. Extracția atipică a dintelui de minte inferior în cazul accidentelor de erupție. Anale științifice, 2007, p. 10.
4. Gravely, J.F. A radiographic survey of third molar development. British Dental Journal, 1965, vol. 2, p. 397-401.
5. Anthony R., Silvesri Jr., Iqbal S. The unresolved problem of the third molar. Would people be better off without it? JADA, vol.134, 2003. p. 450-455.
6. Kunkel M., Kleis W., Morbach T., Wagner W. Severe Third Molar Complications Including Death — Lessons from 100 Cases Requiring Hospitalization. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, vol. 65, issue 9, 2007. p. 1700—1706.
7. Chuang S., Perrott D., Susarla S., Dodson T. Age as a Risk Factor for Third Molar Surgery Complications. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, vol. 65, issue 9, 2007. p. 1685—1692.
8. Коротких Н.Г.б Шалаев О.Ю. Сравнительная оценка результатов клинического обследования пациентов с затрудненным прорезыванием зуба мудрости. Российский стоматологический журнал, № 1, 2007. с. 36-45.
9. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Киев: 000 «Червона Рута-Тур», 2002. с. 241-249.
10. Чернышев В. В. Затрудненное прорезывание третьих моляров с мезиоангулярным наклоном в кости. Стоматолог. X.: Фармитэк, 2010, N 5. с. 36-37.