

ABRAZIUNEA DENTARĂ CA URMARE A BRUXISMULUI. TABLOUL CLINIC, DIAGNOSTICUL ȘI METODE DE TRATAMENT

Dumitru Romaniuc,
Valeriu Fala,
Valeriu Burlacu,
Nicolae Cojuhari

*Catedra Stomatologie
terapeutică, F.E.C.M.F
„Nicolae Testemițanu“.*

Rezumat

În stomatologia contemporană abraziunea dentară este o problemă frecvent întâlnită, fiind, în majoritatea cazurilor, provocată de bruxism. În studiu au fost luate 7 persoane cu vârsta cuprinsă între 24 și 40 ani, diagnosticați cu abraziune dentară de trecere (M.Bușan), (pînă la joncțiunea smalț — dentină) ca urmare a bruxismului, fiind examinați clinic și paraclinic. În urma tratamentului prin metoda restaurării directe conformative dirijate am concluzionat că abraziunea dentară poate fi tratată cu succes prin metoda miniinvasivă care subînțelege păstrarea la maxim a țesuturilor dentare sănătoase pe un timp îndelungat.

Summary

In contemporary dentistry dental abrasion is a common problem encountered, as in most cases caused by bruxism. In the study were taken seven people aged between 24 and 40 years diagnosed with dental abrasion passing (M.Bușan) the enamel-dentin border as a result of bruxism, being examined clinically and paraclinically. As a result of the direct restoration conformative method treatment we found that the tooth abrasion can be treated successfully with good minimally invasive method, which implies preservation of healthy dental tissue within a long time.

Actualitatea temei

Abraziunea dentară apare odată cu erupția dinților și stabilirea contactelor dentodentare, pe parcursul vieții, datorită funcției, factorilor endogeni și exogeni și dispare odată cu pierderea contactelor dentare. În ultimul timp, frecvența cariei scade semnificativ, însă cea a abraziunii dentare crește ca urmare a măririi forțelor funcționale, parafuncțiilor musculare, schimbarea timpoului de viață odată cu majorarea cazurilor stresante.

Prin bruxism se subînțelege parafuncția nocturnă și diurnă a activității masticatorii, care se manifestă prin scrișnitul și lovitul din dinți, la fel abraziunea și strîngerea lor. Scrișnitul dinților și strîngerea lor, în esență, sunt aceleași fenomene parafuncționale, însă scrișnitul este însoțit de un sunet caracteristic.

Sunt doua forme de bruxism: în stare conștientă și în timpul somnului. La unele persoane bruxismul se manifestă în timpul zilei, în momentele de încordare nervoasă, iar la alții, apare în timpul somnului.

După părerea profesorului Rudolf Slavicek, bruxismul este „o supapă de neutralizare a stresului“, care contribuie la relaxarea psihologică.

Mulți savanți au indicat o legătură strînsă între bruxism și factorii psihologici.

Frecvența bruxismului este de 6-20%. Această stare se întâlnește frecvent la copii. Conform unelor date bruxismul infantil se păstrează pînă la vârste înaintate.

Activitatea musculaturii masticatorii în cadrul bruxismului nocturn se înregistrează în timpul microfazelor conștiente, neobservate de persoanele care dorm. Cercetările clasice în domeniul neurofiziologiei bruxismului au fost efectuate mai mulți ani la rînd de către Lavigne, care a explicat dispariția și prezența bruxismului prin acțiunea neuromediatorilor, în special a dopaminei și serotoninei.

- Dopamina și serotonina sunt neurotransmițători care asigură legătura între neuroni.
- Dopamina participă la transmiterea bucuriei și satisfacției și asigură efectuarea mișcărilor. Deficitul dopaminei se întâlnește în cazul sindromului Parkinson și schizofrenie.

- Serotonina participă la reglarea somnului, poftei și a simțului umorului. Deficiența acestui hormon provoacă starea de foame și depresie.
- Unii autori considerau ca surplusul de dopamină cauzează dezvoltarea bruxismului, deoarece introducerea psihostimulatorilor dopaminergici (amfetamina) sporește gradul de exprimare a bruxismului.
- Sistemul dopaminergic este veriga centrală în etiologia bruxismului, deoarece joacă rolul central în reglarea mișcărilor stereotipice și în apariția dereglărilor motorii în timpul somnului.

De cele mai dese ori abraziunea dentară este o manifestare clinică a bruxismului.

Scopul lucrării constă în aplicarea tehnicii de tratament miniinvaziv cu restaurarea estetică directă în abraziunea dentară. Pentru realizarea scopului formulat ne propunem următoarele obiective:

1. restabilirea biomecanicii arcadelor dentare prin metoda directă a restaurării direcționate;
2. optimizarea aspectului estetic;

Materiale și metode

În studiu au participat 7 persoane: 4 femei și 3 bărbați cu vârsta cuprinsă între 24 și 40 de ani. Fiecare a fost examinată clinic și paraclinic, utilizând metodele: examenul obiectiv și subiectiv, OPG a zonei maxilo-faciale, studiul modelelor, a fost stabilit diagnosticul de abraziune dentară de trecere ca urmare a bruxismului, complicată cu hipersensibilitate, dureri medii în regiunea articulației temporo-mandibulare (ATM) și a mușchilor masticatori, dereglări estetice caracterizate prin reducerea înălțimii coronare a dinților.

Tratamentul începe cu igienizarea profesională a cavității bucale, amprentarea câmpului protetic cu masă alginată și înregistrarea relației maxilo — crani- ană cu ajutorul arcului facial (fig.6,7).

Urmează pregătirea și ghipsarea modelelor de studiu în articulatură reglabilă, cu ajutorul arcului facial în poziția de intercuspidare maximă. Confecționarea gutierii individuale acrilice, cu scop de tratament, pentru reechilibrarea sistemului neuro — muscular, în articulatură reglabilă. Tratamentul durează 3 — 4 săptămâni. Între timp efectuăm modelarea din ceară, prin metoda Wax-up după Shultz a viitorului câmp protetic pe modelele ghipsate în articulatură (de către tehnicianul dentar în laborator la indicațiile medicului stomatolog), (fig.9-11) . După 3-4 săptămâni a urmat restaurarea arcadelor dentare, respectând cerințele biomecanicii, prin metoda directă, având ca mostră modelele din gips, modelate de către tehnicianul dentar după metoda Shultz.

Restaurarea estetică prin metoda directă include următoarele etape:

- a. Anestezie, prepararea minimă a suprafețelor ocluzale, incisale, afectate de carie și a obturațiilor efectuate anterior.
- b. Izolarea câmpului protetic cu ajutorul Kofferdamului.

- c. Gravarea sectorului preparat cu gel (acid ortofosforic), timp de 30 secunde pentru smalț, și 15 secunde pentru dentină, irigarea ulterioară cu apă distilată, timp de 30 sec.
- d. Suprafața irigată este supusă uscării cu un get ușor de aer, urmată de administrarea sistemului adeziv, timp de 30 secunde și fotopolimerizarea timp de 10 secunde.
- e. Administrarea porționilor de compozit selectat, și iluminarea lor timp de 10 secunde dinspre suprafața opusă și 20 secunde perpendicular.
- f. Restaurarea estetică, respectând cerințele biomimeticii prin metoda directă a tuturor suprafețelor preparate cu ajutorul materialului compozit fotopolimerizabil.
- g. Finisarea restaurării, șlefuirea și lustruirea.
- h. Verificarea punctelor de contact ocluzale, efectuând mișcările funcționale a sistemului stomatognat.

Pentru păstrarea stabilității dento-alveolare pe parcursul tratamentului, folosim gutiera acrilică în sectorul opus.

După finisarea tratamentului se confecționează gutiera elastică siliconică cu scop profilactic, pentru a preveni deteriorarea restaurării dentare și relaxarea sistemului neuro-muscular pe timp de noapte sau în alte momente stresante (șofatul, lucru la calculator, etc).

Rezultate obținute

Rezultatul final a fost evaluat la un interval de 6 luni după tratament. În urma examenului clinic obiectiv și subiectiv depistăm:

- lipsa durerilor în regiunea ATM și a mușchilor masticatori (după 3 — 4 săptămâni)
- se menține starea normală a restaurațiilor,
- estetica și funcția dinților este păstrată.

CAZ CLINIC:

Pacienta D, anul nașterii 1985, a solicitat la data de 24-06-2010 asistență stomatologică în cadrul S.R.L „Fala Dental“.

Acuze: dereglări estetice prin reducerea înălțimii coronare a dinților frontali, hipersensibilitate, dureri de grad mediu în regiunea ATM și a mușchilor masticatori.

Din anamneză: pacienta brucează în timpul somnului și lucrului la calculator de aproximativ 3 ani.

La examenul radiologic (OPG): depistăm reducerea înălțimii coroanei anatomice a dinților frontali, multiple obturații pe dinții laterali.

Diagnoza: Abraziune dentară limitată de trecere (M.Bușan), ca urmare a bruxismului, complicată cu hipersensibilitate și dereglări estetice.

Tratament: S-a efectuat igiena profesională a cavității bucale.

- Amprentarea câmpului protetic cu masă alginată și înregistrarea relației maxilo-craniană cu ajutorul arcului facial (fig. 6);
- Pregătirea modelelor de studiu și montarea lor în articulatură reglabilă cu ajutorul arcului fa-

- cial (fig.7);
- Confecționarea unei gutiere cu scop de tratament de 1.5 mm, aplicată pacientului pe durata de 3-4 săptămâni;
 - Restaurarea directă a arcadei dentare, cu schimbarea obturațiilor vechi, utilizând meto-

da conformativă direcționată cu folosirea compozitului fotopolimerizabil „Esthet — X“ culorile (A2O, A2, B1, YE), (fig.12-14);

- După finisarea tratamentului și metodei de re-bonding, s-a indicat gutiera elastică din silicon cu scop profilactic.



Fig. 1 Arcadele dentare în relație centrică



Fig. 2 Grupul frontal



Fig.3 Arcadele dentare în relație centrică.



Fig.4 Imaginea maxilei



Fig. 5 Imaginea mandibulei

Fig.1-5 Imaginea arcadei dentare pînă la tratament



Fig.6 Amprenta arcadei dentare



Fig.7 Arcul facial fixat în articulatorul reglabil



Fig. 8 Modelele din ghips pînă la tratament



Fig. 9 Modele din ghips, modelate după metoda Shultz



Fig. 10 Modelul arcadei inferioare modelat după metoda Shultz



Fig. 11 Modelul arcadei superioare modelat după metoda Shultz



Fig. 12 Dintele 13 pînă la restaurare



Fig. 13 Dintele 13 după restaurare



Fig. 14 Dinții frontali după restaurare.



Fig. 15. Imaginea arcașelor dentare în relație centrică



Fig. 16. Grupul frontal



Fig. 17. Arcașele dentare în relație centrică



Fig. 18. Imaginea maxilei



Fig. 19. Imaginea mandibulei

Fig. 15-19. Imaginea arcașelor dentare după tratament



Fig. 20 Arcașele dentare după 6 luni de la tratament.



Concluzii:

1. În urma tratamentului direcționat prin restaurarea estetică directă s-a obținut restabilirea biomecanică a arcașelor dentare maximal posibilă.
2. Tratamentul se rezumă la restaurarea directă miniinvazivă conformativ dirijată, cu optimizarea esteticii dentare.
3. Toate observațiile rezultate în urma acestui studiu reprezintă argumente pentru recoman-

darea restaurării directe conformativ direcționate în tratamentul abraziunilor dentare și utilizarea ei.

BIBLIOGRAFIE:

1. Ilarion Postolachi, E. Chiriac, G. Birsa, M. Cojocaru, N. Cojuhari, I. Șaptelici, V. Guțuțui, V. Banuh, V. Gamureac. Protetică dentară, Chișinău 1993, pag. 284-291.
2. Daniel Brocar, Jan-Fransoa Lalinc, Cristian Knellesen. Bruxism, Germania 2009, pag. 5-40.
3. Slavicek R. Reflexion sur les soi-disant parafunctions. Rev.orthop dento-faciale. 1996, pag. 75-78.