

ȘINA ADEZIVĂ ÎN RESTABILIREA ÎNTEGRITĂȚII ARCADEI DENTARE ÎN LEZIUNILE PARODONTALE

Rezumat

Au fost examinați 15 (7b., 8 f) pacienți adresați în I.M.S.P cu vârsta cuprinsă de la 29 pînă la 63 ani cu parodontită cronică marginală generalizată complicată cu edentația parțială în care lipsa unui dinte s-a restabilit cu ajutorul sistemului de imobilizare adeziv și dintelui artificial prefabricat din acrilat sau modelat direct din materiale composite fotopolimerizabile luând în considerație situația clinică.

Cuvinte cheie: parodontită marginală, șina adezivă, edentația parțială

Summary

ADHEZIVE SPLINTING IN RESTABLISHMENT OF DENTAL ARCH INTEGRITY AT PERIODONTAL LESSIONS

Have been examined 15 patients (7 m., 8 f.) of 29 — 63 years old with marginal chronic generalized periodontitis complicated with partial adentia at which absence of one tooth was reestablished with adhesive splinting system and artificial prefabricated acrylic tooth or directly modeled from light curing materials depending on clinical situation.

Key words: marginal periodontitis, adhesive splinting system, partial adentia.

Introducere

Boala parodontală rămâne una din cele mai complicate forme a patologiilor stomatologice din cauza răspândirii mare, tendinței stabile de creștere, duratei evolutive și acțiunii nefavorabile asupra organismului. După datele OMS răspândirea afecțiunilor parodontale constituie de la 65 până la 98%, ocupând al doilea loc după caria dentară, dar după 40 ani sunt întâlnite și mai des de caria [2, 3, 4; 6]. Afecțiunile parodontale constituie nu numai o problemă stomatologică, ci și una medicală de ordin general și chiar social, numărul de dinți extrași din cauza acestor patologii este în creștere permanentă [1, 3, 7, 9, 11, 14]. Dereglările funcționale ale sistemului stomatognat, condiționate de edentație în urma patologiilor parodontale, se dezvoltă de 5 ori mai frecvent decât în urma complicațiilor cariei dentare [2; 3; 7; 9; 12; 15].

La baza dezvoltării parodontitei marginale cronice generalizate stă dereglarea funcției de barieră și reactivității imunologice a organismului pe fonul cărora cauze locale duc la răspîndirea și profundarea treptată a proceselor inflamator-destructive. La moment este studiat rolul factorului microbial, vascular, imun și traumatic în patogeneza parodontitei cronice marginale. Boala apare datorită ruperii echilibrului dintre factorii microbieni și mecanismelor de apărare a organismului, când chiar și solicitarea funcțională obișnuită devine patologică pentru țesuturi parodontale. Semnele parodontitei cronice agravate cu edentația parțială sunt mai pronunțate și progresează mai rapid. Adăugarea la tabloul clinic a parodontitei suprasolicitării funcționale primare și secundare, provocate de schimbări inflamatorii și distrofice a parodontiului și lipsa parțială a dinților se reflectă considerabil asupra parodontiului slăbit și, fără terapie adecvată, accelerează procesul destrugerii arcadei dentare. Pentru stoparea și lichidarea procesului este nevoie de mobilizarea unui șir de metode de tratament terapeutic, chirurgical și ortopedic.

În multe cazuri boala are caracter cronic, tendința la progresare lentă sau rapidă, ne avînd dezvoltarea inversă fiind deci numai stabilizată pe o perioadă datorită tratamentului adecvat. După datele R.Vătămanu și V.Severineanu tabloul clinic al afecțiunilor parodontale include următoarele semne clinice: subiective (senzația de tensiune gingivală; pruritul gingival; gingivoragia; cacosmia bucală; acuze fizionomice) și obiective (modificarea culorii gingiei; modificarea de formă și volum gingival (papilita, edem, fibroza); modificarea poziției marginii gingivale față de coletul anatomic al dinților; prezența factorilor iritativi (plăci bacteriene, tartru, detritusuri);

Mariana Ceban
asistent universitar

Catedra Stomatologie
ortopedică, chirurgie
OMF și implantologie
orală

mobilitate patologică a dinților cu vicierea implantării; prezența abceselor gingivale, fistule, cicatrici) [7; 8]. Simptom principal a parodontitei marginale cronice generalizate rămâne prezența pungii parodontale apărute din cauza influenței litice a fermenților microbieni [11; 12]. Adâncimea ei depinde de gradul afecțiunii — până la 3,5mm în stadiu ușor, pînă la 5,0mm în stadiu mediu și mai mult de 5-6mm în stadiu grav. Drept consecință a afectării microbiene, dereglărilor vasculare clinica parodontitei marginale cronice generalizate adaugă dereglări de masticăție, fonație, deglutiție și, nu în ultimul rând, estetice și psihologice (pacientul devine depresiv, închis în sine etc.). Unul din cele mai des întâlnit și discutat symptom a parodontitei marginale cronice generalizate este mobilitatea patologică a dinților care duce la edentația parțială și chiar totală. Reîntoarcerea stabilității dinților mobili este posibilă numai cu ajutorul remediilor ortopedice prin imobilizarea și consolidarea lor la dinții restanți stabili, care poate fi provizorie și definitivă.

Cercetarea afecțiunilor parodontale și elaborarea metodelor ortopedice de tratament — una din cele mai importante direcții a stomatologiei contemporane. În prezent sunt utilizate următoarele metode de tratament protetic: imobilizarea temporară și permanentă, șlefuirea selectivă, imobilizarea permanentă, protezarea adecvată cu restabilirea morfofuncțională a întregității arcadei dentare cu punți dentare, proteze mobilizabile acrilice, scheletate și elastice.

Șinarea dinților mobili parodontotici [8, 9, 11, 12, 14, 15, 16] rămâne o parte integrală a tratamentului periodontal complex planificat. Sunt cunoscute diferite metode de imobilizare dentară: *temporară* (prin intermediul șinelor rășin-compozite, șinelor detașabile acrilice vacuum-formate, prin legătura simplă din sârmă etc.), *definitivă* (diferite tipuri de coroane artificiale și punți metalo-ceramice, șine-cape, șina unică pentru întreaga arcadă dentară etc.) [1; 2; 15; 16]. Influența negativă a protezelor-șine fixe asupra parodontiului marginal este remarcată de mulți cercetători (Пакалнс Г.Ю., 1961; Малый А.Ю., 1989; Копейкин В.Н., 1998; Арутюнов С.Д., 1990; Жулев Е.Н., 2003; Каламкарров Х.А., 2003; Аболмасов Н.Г., 2003; Лебеденко И.Ю., 2004 и др.) care descriu că prejudiciu țesuturilor parodontale poate fi aplicat în timpul preparării dintelui cu prag, introducerii firelor aței de retracție pentru primirea amprentei cu material dublu, introducerii coroanelor artificiale temporare sau permanente inexact efectuate, în acelaș rînd și necesitatea preparării semnificative a dinților la efectuarea protezelor fixe cu toate consecințele etc. (Ряховский А.Н., 2000). Fiecare din metodele de imobilizare cunoscute [8, 9, 14, 15, 16] au un șir de avantaje și dezavantaje. Imobilizare temporară cu ajutorul materialelor autopolimerizabile poate fi reparată ușor în caz de necesitate și, nu rareori, nu necesită prepararea țesuturilor dentare dure sau prepararea poate fi efectuată numai în limitele smalțului (lingual) ne afectând estetica — fapt care duce la adaptarea rapidă a pacientului. [2; 5; 9] Dezavantajele imobilizării fixe definitive sunt: în unele cazuri necesită prepara-

rea dinților; șinele fixe sunt greu de adaptat în caz de migrare dentară în formă “ de evantai „; îngreunează igienizarea dinților respective și pot trauma țesuturile adiacente (gingia, mucoasa orală etc.) [2; 5] Tehnologiile moderne sunt mai protectoare — pentru a obține un complex rigid de dinți cu coroane naturale păstrate sunt utilizate șine adezive cu ranforsare nemetalică, cu respectarea principiilor biomecanice de distribuire a solicitării masticatorii. Tehnica se bazează pe adeziunea materialelor compozite la fibre de ranforsare și țesuturile a dintelui. Șinarea adezivă a dinților mobili — una dintre metodele moderne de tratament a bolii parodontale. Șina adezivă poate fi efectuată prin metoda extra- și intracoronară, în mod direct și indirect. Ea încorporează fibrele de ranforsare acoperite cu materialul polimerizabil.

Reșind din cele expuse mai sus și luând în considerație avantajele imobilizării cu utilizarea structurilor adezive ea devine o metodă de tratament de elecție. Materialele de bază în această metodă sunt materialele compozite auto și fotopolimerizabile sau combinația lor, care foarte des sunt ranforsate cu diferite fibre (polietilenă: Ribbond, Connect, DVA etc.); sticlă (GlasSpan, Fiber Splint, Fiberkore) și ceramică. [2; 4; 5; 6].

Scopul lucrării:

1. Studiarea metodelor de șinare folosite la imobilizarea dinților parodontotici.
2. Argumentarea clinică alegerii metodei de restabilire breșei unidentare.

Material și metode

Pentru rezolvarea scopului și sarcinilor puse au fost examinați complex (ortopantomograma, examenul modelelor de studiu, ocluziogramelor studiate în cavitatea orală și pe modele, electroodontometria) 15 (7b., 8 f.) (diagrama 2) pacienți care s-au adresat în I.M.S.P. Clinica Universitară Stomatologică a USMF “ N.Testemițanu “ cu vârsta cuprinsă de la 29 pînă la 63 ani (diagrama 3) cu parodontită marginală cronică generalizată de grad ușor și mediu complicată cu edentația parțială cl.III Kenedy la maxilă și mandibulă, fără patologii generale (din spusele pacienților). Cele mai des întâlnite acuze ale pacienților adresați au fost: dureri și jenă la masticăție, mobilitatea patologică a dinților, dereglări de fonație, sîngerări, hipersensibilitate și dereglări estetice (la afectarea dinților frontali) etc.

Toți pacienți au fost divizați în două loturi: *lotul I* — imobilizarea dinților mobili frontali a fost efectuată cu ajutorul sistemii de imobilizare adezive cu restabilirea integrității arcadei dentare la lipsa unui dinte în regiunea frontală cu ajutorul dintelui artificial prefabricat ales după culoare, forma și dimensiune și *lotul II* — imobilizarea dinților mobili frontali a fost efectuată cu ajutorul sistemii de imobilizare adezive cu restabilirea integrității arcadei dentare la lipsa unui dinte în regiunea frontală prin tehnica modelării directe a dintelui lipsă după culoare, forma și dimensiuni potrivite (diagrama. 4). Ca materiale de alegere la imobilizarea adezivă, luând în considerație proprietățile tehnice, estetice au fost alese materiale compozite fotopolimerizabile “

Charisma“, „EsFlow“, „Spectrum“. Ca material de ramforsare (întărire) pentru proprietățile mecanice înalte, proprietăți estetice bune a fost ales „Construct“ (SUA). Fibrele de polietilenă a materialului sunt fabricate în formă de bobine (cu lățimea de 1mm, 2mm și 3mm și o lungime de cca 90 cm). Din proprietățile pozitive a materialului se pot indica: reducerea mobilității dinților în trei direcții ce permite păstrarea dinților pe un termen mai îndelungat; asigurarea adeziunii cu țesuturile dentare ducând la fixarea sigură a fibrelor; firul nu împiedică igienizarea dinților și igiena cavității bucale; nu traumează țesuturile adiacente; nu încurcă la realizarea altor tipuri de tratament; posedă proprietăți estetice bune, fiind neobservat de cei din jur; pacientul nu acuză discomfort în timpul masticației și fonației etc.

Rezultatele și discuții

Imobilizarea dinților parodontotici cu mobilitatea patologică de gradul I, II se poate face cu ajutorul diferitor tehnici, folosind metode directe și indirecte, șine mobile și fixe. Studiarea datelor literaturii despre avantajele imobilizării adevize (atitudinea blândă față de țesuturile sănătoase ale dinților, estetica satisfăcătoare, fiabilitatea structurii de stabilizare și lipsa problemelor de fixare, economisirea timpului medicului și a pacientului, care, în același timp, permite restabilirea integrității arcadei dentare la lipsa unui dinte frontal (inclusiv și a premolarului) cu ajutorul dintelui artificial prefabricat sau folosirea modelării directe a dintelui lipsă a permis de a observa părțile pozitive și negative a ambelor metode:

1. Imobilizarea adevizivă cu restabilirea integrității arcadei dentare la lipsa unui dinte în regiunea frontală cu ajutorul dintelui prefabricat (lotul I) contribuie la micșorarea timpului de lucru a medicului, permite de a restabili integritatea arcadei dentare în totalmente, restabilirea satisfăcătoare, dar nu perfectă a esteticii în regiunea afectată, fiind imposibil de a alege suta la sută culoarea, forma și poziția dintelui, în același timp, asigurând stabilitatea lui. Astfel, pregătirea specială a dintelui (crearea șanțului pentru introducerea fibrelor de polietilenă, prelucrarea dintelui cu adeziv care nu asigură pătrunderea și imbibarea lui în profunzime) nu asigură siguranța totală a calității adeziunii dintelui cu material compozit fotopolimerizabil și fibrelor de ramforsare.

2. Imobilizarea adevizivă cu restabilirea integrității arcadei dentare la lipsa unui dinte în regiunea frontală (în aceeași vizită) prin metoda directă modelând dintele lipsă cu ajutorul materialului compozit fotopolimerizabil permite restabilirea integrității arcadei dentare, datorită poziționării și manevrării ușoare cu fibrele de polietilenă care pot primi diferite forme (bucle, spirale etc.), asigurând răspândirea maximă a adevizivului în toată grosimea fibrelor, datorită posibilităților estetice a materialului compozit permite restabilirea perfectă a esteticii, modelând dintele lipsă conform formei, culorii și volumului dintelui inițial (lipsă), poziționând-ul perfect în ocluzie, asigurând stabilitatea lucrării. Totuși, analizând datele literaturii și experiența proprie, etapa clinică de tratament este mișaloasă și necesită o bună

mînuire a specialistului și nu este nevoie de o pregătire specială ca în metoda expusă mai sus.

Concluzii

1. utilizarea structurilor adevize cu materialele compozite fotopolimerizabile ramforsate cu fibre de polietilenă la imobilizarea dinților mobili în parodontite marginale generalizată de grad ușor și mediu este o metodă de preferință.
2. la șinarea dinților mobili prin imobilizarea adevizivă (ramforsată cu fibre de polietilenă) cu restabilirea breșei unidentare în regiunea frontală (inclusiv și a premolarului) la pacienți cu parodontita marginală cronică generalizată de grad ușor și mediu putem recomanda utilizarea preponderent metodei directe modelând dinte lipsă din material compozit fotopolimerizabil. Dar în unele situații clinice nu este exclusă și utilizarea dintelui artificial acrilic prefabricat.

Bibliografie

1. Calmaz Daniela, Ursache Maria. Considerații biologice parodontale și dentare ale compozitelor indirecte utilizate în terapia de acoperire. Zilele facultății de medicină dentară. Ed. a II-a. Iași, 2005, partea a I-a, p. 55-58.
2. Georgescu I.B.T., Georgescu C., Varghida D. Trauma și terapia ocluzală. Zilele facultății de medicină dentară. Ediția a IX-a. Iași, 2005, p.144-146.
3. V.Severineanu. *Parodontologie clinică și terapeutică*. București. Ed.Academiei Româna, 1994.
4. Alkan A. Does temporary splinting before non-surgical therapy eliminate scaling and root planing-induced trauma to the mobile teeth? A. Alkan, Y. Aykaf, H. Bostanci. J. Oral Sci. 2001. Vol. 43, No. 4. P. 249-254.
5. Bernal G. A review of the clinical management of mobile teeth. G. Bernal, J.C. Carvajal, C.A. Munoz-Viveros. J. Contemp. Dent. Pract. 2002. Vol. 3, No. 4. P. 10-22.
6. Forabosco A. The importance of splinting of teeth in the therapy of periodontitis. A. Forabosco, T. Grandi, B. Cotti. Minerva Stomatol. 2006. Vol. 55, No. 3.-P. 87-97.
7. Freilich M.A. The use of a pre-impregnated, fiber-reinforced composite in the fabrication of a periodontal splint: A preliminary report. M.A. Freilich, A.J. Goldberg. Pract. Periodont. Aesthet. Dent. 1997. Vol. 9, No. 8. P. 873876.
8. Kuybulu E.O. The use of all-ceramic restorations to splint periodontally compromised teeth: A clinical report. E.O. Kuybulu, D. Gemalmaz, K.N. Kose. J. Prosthet. Dent. 2005. Vol. 94, No. 6. p. 504-506.
9. Rappelli G. Tooth splinting with fiber-reinforced composite materials: Achieving predictable aesthetics. G. Rappelli, A. Putignano. Pract. Proced. Aesthet. Dent. 2002. Vol. 14, No. 6. p. 495-500.
10. Radu Vatamanu. *Parodontologie*, 1992.
11. Sophie J.Watkins and Kenneth W.Hemmings. *Periodontal splinting in general dental practice*. Dent Update 2000; 27:278-285.
12. Белоклицкая Г.Ф. Шинирование подвижных зубов и восстановление включенных дефектов зубных рядов в комплексном лечении генерализованного пародонтита. Г.Ф. Белоклицкая, О.В. Лузина. *Соврем, стоматология*. 2004. № 2. с. 64-65.
13. Белоусов Н.Н. Время проведения и очередность этапов комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта. Н.Н. Белоусов. *Пародонтология*. 2007. № 3. с. 3-6.
14. Клемин В.А. Шинирующие съемные конструкции в комплексном лечении генерализованного пародонтита, осложненного дефектами зубных рядов. В.А. Клемин, А.А. Комлев, Г.Г. Макеев. *Соврем, стоматология*. 2005. № 2. с. 60-63.
15. Кулаков О.Б. Применение системы Фибер-Сплинт (Fiber-Splint) при лечении заболеваний пародонта и замещении одиночных дефектов зубного ряда. О.Б. Кулаков. *Клин, стоматология*. 2005. № 3. с. 34-36.
16. Ряховский А.Н. Биомеханика шинирования зубов (обзор литературы). А.Н. Ряховский, А.М. Хлопова. *Панорама ортопедической стоматологии*. 2004. № 1. с. 18-28.