

TRAUMATISMELE DENTO-PARODONTALE

Veceslav Cibotari,
Dumitru Hițu,
Vasile Vlas,
Constantin Bicer,
Tatiana Strelîțova

Catedra Chirurgie
oro-maxilo-facială
USMF „N.
Testemițanu“
IMSP Centrul
Stomatologic
Municipal, Chișinău

Summary:

DENTO-PARODONTAL TRAUMATISM

The frequency of dento-parodontal trauma lately is becoming a growing social problem. Traumatic dento-parodontal lesions represents about 3,34% from total traumatic injuries of the face region. Dento-parodontal lesions are often associated with soft tissue damage and alveolar apophyses. Full and prompt medical care for traumatic lesions of the maxillofacial region minimize the immediate and delayed complications and preventive measures greatly reduces the frequency of these injuries.

Rezumat

Frecvența traumatismelor dento-parodontale în ultimul timp este în continuă creștere devenind o problemă socială. Leziunile traumatice dento-parodontale reprezintă circa 3,34% din totalul leziunilor traumatice a regiunii OMF. Deseori leziunile dento-parodontale sunt asociate cu leziuni ale țesuturilor moi și apofizei alveolare. Asistența medicală completă și promptă a leziunilor traumatice din regiunea maxilofacială reduce la minim complicațiile imediate și tardive, iar aplicarea măsurilor de profilaxie reduce considerabil frecvența acestor consecințe.

Actualitatea temei

Leziunile dento-parodontale sunt printre cele mai comune afecțiuni traumatice orale. Procentajele incidenței acestor leziuni sunt diferite în funcție de grupele sociale afectate, vârsta și sexul subiecților, mediul de proveniență (urban sau rural) etc.

Tema este actuală prin frecvența relativ ridicată a traumatismelor accidentale dento-parodontale care este în creștere, dar o frecvență reală nu este cunoscută căci multe dintre aceste leziuni nu primesc o asistență specializată și nu sînt luate în evidență. Accidentele traumatice interesează atît dinții temporari cît și cei permanenți și se întîlnesc la orice vîrstă.

Frecvența traumelor dentare este studiată incomplet, iar numărul cercetărilor în această problemă este insuficient.

Scopul studiului

Analiza statistică a leziunilor dento-parodontale pe parcursul anului 2009, a etiologiei și metodelor de tratament precum și nivelului de asigurare a asistenței stomatologice calificate a pacienților cu acest tip de traumatism.

Materiale și metode

Pentru atingerea scopului scontat au fost analizate fișele medicale a bolnavilor cu leziuni traumatice din teritoriului oro-maxilo-facial tratați în secția de chirurgie oro-maxilo-facial în 2009, din cadrul IMSP CNȘPMU, ce a constituit 26,89 % din numărul total de bolnavi. Au fost extrase următoarele date: sexul, vârsta, adresa, tipul de adresare, topografia, asocierea lor cu alte tipuri de traumatisme, tratamentul aplicat și complicațiile acestora.

Rezultatele obtinute si analiza lor

Din numărul total de bolnavi tratați în secția de chirurgie oro-maxilo-facială din cadrul IMSP CNȘPMU în anul 2009, 26,89% au constituit bolnavii cu leziuni traumatice ale regiunii oro — maxilo — faciale, dintre care cu leziuni dento — parodontale au constituit 3,34%.

Preponderent au fost bărbații 75%. Vîrsta medie a pacienților respectivi este cuprinsă între 18—35 ani, 25% din pacienți se aflau în stare de ebrietate etilică. În primele 24 de ore după ajutor s-au adresat 81% din accidentați, a doua zi 12,5%, iar după 3 zile s-au adresat 6,5%.

După locul de trai din mun. Chișinău au fost 62,5%, alte localități 37,5%. Sînestătător s-au adresat în 68,75%, cu îndreptare în 12,5%, au fost transportați de

ambulanță în 18,75%. După ocupație: muncitori 50%, șomeri 36%, studenți 12%, pensioneri 2%. Fracturi coronare au constituit 44%, luxațiile dentare 31%, fractură radiculară 19%, fractura corono-radiculară 6%. După factorul etiologic predomină leziunile rezultate în urma: agresiunii 44%, căderii 25%, accidente rutiere 13%, accidente habituale, lovitură cu corp contondent și de etiologie iatrogenă câte 6% fiecare. Cel mai frecvent sunt implicați următorii dinți permanenți:

- incisivii centrali superiori: 33%;
- incisivii centrali inferiori: 10%;
- incisivii laterali superiori: 23%;
- incisivii laterali inferiori: 8%.
- caninii superiori/inferiori: 18%
- dinții laterali superiori/inferiori: 8%

Din totalul leziunilor dento parodontale 94% sunt asociate cu leziuni ale țesuturilor moi și dure faciale și doar 6% reprezintă leziuni independente.

Leziunile dento-parodontale au fost asociate cu plăgi din regiunea facială în 62,5%, cu fractură de mandibulă în 43,75%, fractura oaselor nazale în 25%.

Factorii etiologici îi putem diviza în factori favorizanți și determinanți.

Factori favorizanți numeroși pot interveni: malpoziții dentare, proalveolie superioară, prognatism; tulburări de articulație dentară; fragilitatea dintelui prin hiper- sau hipocalcifiere; fragilitate dentară consecutivă unei depulpări prealabile; diminuarea rezistenței dentare prin carii profunde, obturații, dispozitive corono-radulare; parodontopatii marginale cronice.

Factorul determinant este reprezentat în majoritatea cazurilor printr-un traumatism exterior produs în împrejurări diverse: accidente de joacă; accidente de stradă, căderi; accidente de circulație; accidente sportive sau de muncă; agresiuni prin lovitură de pumn sau cu un corp contondent. Mai rar leziunile sînt de natură iatrogenă prin aplicarea brutală a unui deschizător de gură, în cursul extracțiilor dentare sau a altor intervenții chirurgicale maxilo-faciale. Fracturi dentare se pot produce în timpul masticației cînd în alimente se găsesc fragmente de oase, pietricele sau alte corpuri dure.(5)

Clasificarea leziunilor traumatice dentoparodontale. (după OMS 2000)

A) *Fracturi coronare:*

1. fisura smalțului sau smalțului și dentinei;
2. fractură coronară fără deschiderea camerei pulpare — necomplicată;
3. fractura coroanei cu deschiderea camerei pulpare — complicată;

B) *Fracturi radiculare:*

1. fracturi în regiunea cervicală;
2. fracturi în regiunea mediană;
3. fracturi în regiunea apicală;

C) *Luxații:*

1. contuzia;
2. subluxația;
3. luxația laterală;
4. luxația cu extruze.
5. luxația cu intruziune;
6. avulsione.

Tratamentul leziunilor dento-parodontale.

Orientări generale: Se calmează durerile, se acordă atenție deosebită igienei bucodentare. Indicațiile de tratament sînt determinate de vîrsta și starea generală de sănătate a pacientului, de starea pulpei, a periodonțiului, a dintelui și osului alveolar.

Tratamentul trebuie considerat de urgență și aplicat cît mai precoce. Se depun toate eforturile pentru a conserva vitalitatea pulpară a dinților fracturați și vitalitatea periodonțiului dinților luxați. Trebuie acordată o importanță deosebită imobilizării în poziție corectă a structurilor traumatizate.

Fisurile smalțului, smalțului și dentinei necesită badijonarea cu soluții coagulante (acid tricloracetic, fluorură de sodiu) și controlul vitalității.

În fracturile coronare nepenetrante tratamentul este în raport cu cantitatea de dentină care separă suprafața de fractură de pulpa dentară. Fracturile limitate la smalț și un fragment redus de dentină necesită șlefuire simplă, prudentă, a marginilor ascuțite ale soluției de continuitate, tratamentul plăgii dentinare și controale periodice ale vitalității pulpare.

În plăgile dentinare mai mari se asigură protecția dentinei coronare expuse, printr-un pansament cu pastă de hidroxid de calciu sau oxid de zinc, menținut printr-o coroană sau inel ortodontic cu o margine lăsată în jos peste inel pînă la cicatrizarea plăgii respective și formarea de dentină secundară. Dacă vitalitatea este păstrată după 6-8 săptămîni se trece la restaurarea definitivă; în caz contrar se efectuează în prealabil tratament endodontic.

În fracturile coronare penetrante tratamentul este în raport cu mărimea deschiderii camerei pulpare, starea pulpei dentare, stadiul de dezvoltare a rădăcinii. La pacienți tineri, cînd rădăcinile nu și-au desăvîrșit creșterea, cînd plaga pulpară este redusă și tratamentul este efectuat la cîteva ore după accident, se aplică coafajul pulpar direct cu pastă de hidroxid de calciu și se procedează ca în cazul precedent. Cînd condițiile pentru coafaj pulpar sînt depășite se practică pulpotomia sau amputația vitală eliberîndu-se complet camera pulpară, realizîndu-se hemostaza și aplicîndu-se pe suprafața de secțiune pulpară un pansament cu hidroxid de calciu peste care se aplică o pastă de oxid de zinc, iar restul camerei pulpare este umplut cu cement fosfat de zinc și se reconstituie provizoriu coroana. Cînd indicațiile pentru tratamentul pulpar conservator sînt depășite și îndeosebi la adulți, se trece la pulpectomie și tratament radicular. Este metoda cel mai des utilizată.

În fracturile coronare penetrante vechi, cînd s-a produs pulpita; s-a format țesut de granulație sau polipi pulpari, sau cînd fragmentul coronar a interesat aproape întreaga coroană, sînt indicate extirparea vitală, tratament endodontic și reconstituire. În fracturile coronare ale dinților devitali se practică tratamentul radicular corect și reconstituire coronară.

În fracturile coronare ale dinților temporari se depun toate eforturile pentru menținerea vitalității. Dacă păstrarea dintelui este necesară încă o perioadă de timp, iar resorbția radiculară redusă, în raport cu gradul de fractură și intensitatea traumatismului

parodontal se practică amputație vitală și imobilizare, sau extirpare vitală, tratament radicular, reducerea luxației și imobilizare. Dacă resorbția radiculară este avansată se efectuează extracția dentară.

Tratamentul fracturilor radiculare constă în reducerea deplasărilor fragmentelor și imobilizarea acestora cu atât mai riguros cu cât linia de fractură este mai aproape de colet.

Fracturile treimii cervicale impun adesea extracția. Când linia de fractură este aproape de colet, fragmentul intraalveolar poate fi păstrat, depulpat și dintele reconstituit după gingivoosteoplastie. La tineri, după obturația radiculară a, fragmentului intraalveolar, se introduce un știft intraradicular și prin intermediul acestuia, cu ajutorul unui dispozitiv, ortodontic, prin tracțiune elastică lentă se poate realiza extruzia rădăcinii atât cât este necesar pentru a permite reconstituirea.

În fracturile treimii mijlocii și apicale tratamentul constă în reducerea deplasărilor când există, imobilizarea dintelui respectiv timp de 8 săptămâni, scoaterea sa din funcție pentru a evita traumatizarea în timpul masticăției și control periodic al vitalității. Dacă se instalează necroza pulpară se trece la tratament radicular. Rezecția fragmentului mic în fracturile 1/3 apicale este indicată numai în cazul instalării necrozei pulpare.

În fracturile treimii mijlocii cu deplasare importantă sau când fragmentul extraalveolar a fost expulzat se extrage fragmentul intraalveolar.

În fracturile treimii medii și cervicale ale dinților devitali sînt indicate tratamentul radicular și aplicarea unui implant endodontic care, trecînd prin ambele fragmente, joacă rolul de atelă internă; se asociază cu imobilizarea dintelui pentru 4 săptămâni.

În fracturile corono-radiculare când fragmentul mic pătrunde în alveolă mai puțin de 3-4 mm se îndepărtează acesta și se poate păstra fragmentul mare efectuîndu-se gingivectomie sau gingivoosteoplastie, tratament endodontic și reconstituire. În majoritatea fracturilor corono-radiculare extracția dentară este inevitabilă.

Contuziile parodontale ușoare nu necesită tratament imediat. În contuziile mai intense se "șlefuiesc ușor marginile incizale ale dinților antagoniști, se imobilizează dinții traumatizați și se controlează vitalitatea. De pulpare și tratamentul endodontic sînt contraindicate imediat după traumatism ele se efectuează tardiv, dar nu mai tîrziu de 8-10 săptămâni pentru a se evita apariția complicațiilor gangrenei pulpare.

În luxațiile dentare parțiale deplasarea dintelui luxat împreună cu a peretelui alveolar respectiv se corectează digital cît mai curînd după traumatism, reducîndu-se cu grijă pentru a menaja elementele parodontiului, se suturează fibromucoasa gingivală de o parte și de alta a coletului dentar și se imobilizează dintele re poziționat pentru un interval de 4 săptămâni. Se controlează periodic vitalitatea pulpară, iar în eventualitatea frecvența de mortificare pulpară se trece la tratament radicular.

În luxațiile dentare totale, la pacienți tineri, cu starea generală bună, cînd starea osului alveolar permite și a fost păstrată vitalitatea periodontului, este indicată replantarea. Pentru ca periodontul să-și mențină vitalita-

tea este necesar ca timpul scurs de la accident să nu depășească 2 ore, dintele să fie păstrat în mediu umed și să nu se exercite nici o presiune asupra rădăcinii. Cele mai multe șanse de succes le au dinții expulzați al căror apex este incomplet dezvoltat, se spală cu jet de soluție fiziologică, fără a face presiuni pe rădăcină, se reintroduce în alveolă în cel mult jumătate de oră de la accident.

În majoritatea cazurilor condițiile de replantare menționate nu sînt realizate, iar prin tehnicile clasice se produce o resorbție mai mult sau mai puțin rapidă a rădăcinii. Dar chiar în aceste cazuri dintele plantat poate fi utilizat cîteva ani, servind și ca menținător de spațiu și îndeplinind totodată un rol psihologic.

Luxația unui dinte temporar cu resorbție radiculară avansată, în intruzie accentuată, necesită extracție. Dacă dintele intruzat nu prezintă încă rizaliză, cea mai bună conduită este de așteptare, antibioterapie și igienă bucală. Dintele poate reerupe în următoarele 3-4 săptămîni și își poate continua ulterior evoluția normală. Dacă reerupția nu s-a produs în interval de o lună, dintele se extrage; trebuie extras imediat un dinte temporar intruzat care a lezat mugurele dintelui permanent.(2)

Concluzie

1. Frecvența traumatismelor dento-parodontale în ultimul timp este în continuă creștere devenind o problemă socială.
2. Leziunile traumatice dento-parodontale reprezintă circa 3,34% totalul leziunilor traumatice în regiunea feței.
3. Cel mai frecvent sunt implicați următorii dinți:
 - incisivii centrali superiori: 33%;
 - incisivii laterali superiori: 23%;
 - caninii superiori/inferiori: 18%
4. Cel mai des leziunile dento-parodontale sunt asociate cu leziuni ale țesuturilor moi și apofizei alveolare.
5. Asistența medicală completă și promptă a leziunilor traumatice din regiunea maxilofacială reduce la minim complicațiile imediate și tardive, iar aplicarea măsurilor de profilaxie scade considerabil frecvența acestor traumatisme.

Bibliografie

1. Burlibașa C. Chirurgie orală și maxilofacială. București: Editura medicală, 2003. Pag. 699-711.
2. Hițu D. Traumatismul etajului mijlociu al feței. Chișinău, 2008. Pag. 17 — 28.
3. Godoroja Pavel, Spinei A., Spinei I., Stomatologie terapeutică pediatrică. Chișinău, 2003. Pag. 113-129.
4. Lupan I., Railean S., Pocitari C., Minăscuță Gh. Leziunile traumatice oromaxilofaciale asociate la copii și asistența lor medicală. Curierul medical, Nr. 6, 2008, Pag. 32 — 36.
5. Răilean S. Actualități în tratamentul traumatismelor oro-maxilo-faciale la copii. Autoreferatul tezei de doctor în medicină. Chișinău, 2001. Pag. 20.
6. Timoșca G., Burlibașa C. Chirurgie orală și maxilofacială. Chișinău: Universitas, 1992. Pag. 255-265.
7. Șcerbatiuc D., Chele N., Ouatu V., Hițu D.// Unele aspecte etiologice ale traumatismelor faciale.// Conferința practico-științifică, Urgențele medico-chirurgicale, Spitalul Clinic Municipal de Urgență, Chișinău, 1997, Pag. 9
8. Колесова А.А., Стоматология детского возраста, Москва, 1991. Стр. 314-320.
9. Робустова Т.Г., Хирургическая стоматология, Москва: Медицина, 2003. Стр.360-366.