

ASPECTE CLINICE ALE TRAUMEI CRONICE PARODONTALE CA FACTOR DE RISC ÎN ETIOLOGIA PARODONTITELOR CRONICE MARGINALE

I.Postolachi, M.Ceban

Catedra Protetica dentară și Ortodonție

Summary

Clinical aspects of chronic parodontal trauma as a risk factor in chronic marginal parodontitis etiology

Were selected, clinically and paraclinically examined 28 (14m., 14f.) patients with a chronic trauma of parodontium. The factors promoting development of this phenomenon are investigated which have affected a degree of parodontium tissues defeat. They were determined as risk factors in development of clinical situations on transition of a pathology in chronic marginal parodontitis. The clinical aspects of a chronic trauma of parodontium depend on character of the traumatic factor, direction and duration of action, and also from a type of marginal parodontium.

Rezumat

Au fost selectați, examenați clinic și paraclinic 28 (14b., 14f.) pacienți cu trauma cronică parodontală. Sau studiat factorii ce au declanșat acest proces și au influențat lezarea țesuturilor parodontale de diferit grad. Ei sunt considerați ca factori de risc în crearea situațiilor clinice de tranziție a patologiei în parodontită cronică marginală. Aspectele clinice ale traumei cronice parodontale sunt dependente de caracterul factorului traumatizant, durata și direcția acțiunii, cât și de tipul parodontului de înveliș.

Întroducere

Parodontitele cronice marginale sunt considerate ca una din cele mai frecvent întâlnite afecțiuni stomatologice. Procesele distructive declanșate în parodont, indiferent de forma și gradul de manifestare, afectează atât parodontul marginal, țesutul osos alveolar, cât și periodonțiul – structuri anatomice destinate fixării dintelui în alveolă (11,13,14). Prin urmare lezarea progresivă a acestor țesuturi contribuie la fenomenele de rezorbție și atrofia procesului alveolar cu apariția recesiunilor gingivale, dezgolirea continuă a porțiunii radiculare a dinților, influențându-le negativ statica. Ulterior, dinții afectați devin mobili, își schimbă poziția în arcada dentară, fiind astfel frecventă cauză a extracțiilor dentare cu instalarea edentației parțiale (9,10,12). Aceste fenomene favorizează dezintegrarea arcadei dentare cu transformarea dintr-un organ integru în unități funcționale dento-parodontale izolate. În așa situații clinice arcada dentară nu posedă însușiri de repartizare uniformă a forțelor funcționale pe întreaga arcada dentară. În așa mod, dinții restanți nu suportă adecvat forțele masticatorii și se supun suprasolicitării, factor ce favorizează accelerarea proceselor distructive în toate structurile parodontale.

Actualmente factorii etiologici a parodontitelor sunt sistematizați în: locali (exogeni), generali (endogeni) și în acțiunea lor mixtă. Din factorii locali la rând cu placa bacteriană un loc deosebit se acordă traumei cronice a parodontului marginal și a celui de susținere. Trauma cronică poate fi produsă de lezarea punctelor de contacte interdente, absența ecuatorului coroanei naturale distrucții coronare subtotale și totale, la fel în caz de anomalii de formă sau sediu a unor dinți, etc. După cum menționează (2,3,4,11,13) trauma cronică parodontală frecvent este generată și de trauma ocluzală ca urmare a suprasolicitării funcționale a dinților, care apare în edentațiile parțiale. Gradul de suprasolicitare este dependent de numărul de perechi de dinți antagoniști, topografia lor, timpul ce s-a scurs, vârstă, prezența migrărilor dentare și dereglărilor

ocluzale – condiții, care contribuie la apariția traumei ocluzale, cu afectarea țesuturilor parodontale (5,6,7). Subliniind importanța dereglărilor ocluzale la declanșarea traumei parodontale mai mulți autori (1,6,7) atrag atenția la factorul traumatizant asupra dinților din această zonă ca urmare a blocajului alunecării arcadei dentare inferioare pe cea superioară.

În acest context o problemă separată o alcătuiesc intervențiile stomatologice (terapeutice, chirurgicale, ortodontice, protetice) incorect realizate din diferite motive cu consecințe negative pentru parodont, cunoscute ca factori iatrogeni. Prin urmare protecția parodontului de acțiunea nocivă a traumei cronice cât și lichidarea factorilor de risc la declanșarea ei prezintă una din problemele principale de profilaxie și tratament a afecțiunilor parodontale, inclusiv și ale parodontitelor cronice marginale. Însă la acest capitol până în prezent rămân insuficient studiate mai multe aspecte clinice dependente de factorii etiologici de risc.

Scopul lucrării

Studiul clinic a modificărilor parodontale declanșate de trauma cronică directă și indirectă.

Material și metode

Au fost selectați 28 pacienți (14 b., 14 f.) cu vârsta cuprinsă între 24 – 46 ani în ocluzia ortognată cu prezența simptomelor caracteristice pentru trauma cronică a parodontului marginal. Acest obiectiv a fost stabilit în baza comparării stării parodontului din zonele afectate cu parodontul neafectat a dinților omologi. Pacienții au fost examinați clinic-instrumental cu studiul ocluziogramelor obținute cu hîrtie de articulație Bausch sau/și în ceară calibrată, a biometriei modelelor de diagnostic, testului Șiller – Pisarev, parodontometriei și ortopantomografiei zonei maxilo-faciale.

Reieșind din obiectivele lucrării pe parcursul investigațiilor pacienții au fost repartizați în două loturi: I – 9 pacienți netratați protetic niciodată, însă cu leziuni odontale coronare netratate sau/și tratate prin obturare cu consecințe negative pentru parodont. În acest lot au fost incluse și persoanele cu edentații parțiale indiferent de starea coronară a dinților restanți și relațiile interocluzale; II – 19 pacienți anterior tratați protetic cu diferite tipuri de microproteze și punți dentare, proteze parțiale mobilizabile cu/sau fără noi leziuni coronare sau/și breșe ale arcadei dentare nerestituite protetic. Conform datelor anamnestice pe parcursul adresărilor repetate la specialist pacienții n-au indicat la diagnosticarea afecțiunilor parodontale, care ar fi impus realizarea unui tratament special.

Conform scopului urmărit, la etapa examenului clinic endobucal sau colectat date referitoare la starea parodontului marginal și de susținere (inflamație gingivală, punți parodontale, recesiuni gingivale, gradul de atrofie a parodontului, mobilitate patologică) în următoarele situații clinice: a) arcade dentare integre sau întrerupte de breșe cu prezența dinților restanți neacoperiți cu microproteze (țesuturi dure integre, prezența leziunii, obturației, abraziunii intensive a țesuturilor dure și caracterul reliefului ocluzal, exprimarea ecuatorului și caracterul punctelor de contacte interdentare), cât și poziția fiecărui dinte în arcada dentară; b) prezența microprotezelor, a punților dentare și protezelor parțiale mobilizabile (relief ocluzal, ecuator exprimat sau nu, puncte de contacte interdentare, poziția croșetelor și a bazei protezelor în zonele dinților restanți), iar în unele cazuri și prezența breșelor arcadei dentare nerestituite protetic. De menționat, că la determinarea stării parodontului marginal s-a ținut cont și de tipul parodontului: a) parodont marginal fin; b) parodont marginal gros. Acest criteriu a permis de a interpreta diferențiat modificările tisulare în parodontul marginal influențate de trauma cronică. Ținând cont de faptul, că valorile adâncimii șanțului gingival sunt dependente și de tipul parodontului marginal noi am considerat ca normă adâncimea acestei formațiuni în limitele 0 – 2,0 mm. Gradul de atrofie și de resorbție osoasă, valorile spațiului alveolo-dentar, cât și prezența pungilor dento-parodontale sau determinat prin studiul clinic și a filmelor ortopantomografice (8).

Rezultatele și discuții

Analiza rezultatelor examenului complex a pacienților netratați protetic (lotul I) au permis de a constata prezența următoarelor varietăți de trauma cronică parodontală, considerată

de noi ca factor de risc în geneza parodontitelor cronice marginale: a) trauma cronică a papilelor interdente, ca consecință a lezării acestor formațiuni în urma distrugerii punctelor de contacte interdente sau/și de marginile obturațiilor înclinate în spațiul interdental; b) trauma cronică produsă de lezarea festonului gingival în leziunile carioase din zona coletului sau a suprafețelor vestibulare-orale, cât și în leziunile coronare subtotale și totale; c) trauma cronică produsă de suprasolicitarea funcțională a dinților la prezența obturațiilor întinse fără restabilirea reliefului ocluzal, a dinților limitrofi breșelor în edentațiile parțiale ale arcadei dentare, cât și a celor din zonele cu relații interocluzale traumatice. Studiul ocluziogramelor au confirmat atât micșorarea numărului de contacte ocluzale, cât și prezența contactelor ocluzale nefuncționale. Noi considerăm că aceste obiective negativ au influențat starea parodontului dinților antrenați în proces prin suprasolicitarea lor de acțiunea preponderentă a vectorului orizontal a forțelor funcționale. Așa suprasolicitare a fost confirmată și prin testul expres de determinare a prezenței sau lipsei blocajului mișcărilor mandibulare în ocluzia funcțională. Prin urmare dereglările ocluzale pot fi considerate ca factor de risc în declanșarea traumei cronice a parodontului cu tranziția ulterioară în parodontită cronică marginală.

De menționat, că la pacienții din acest lot au fost depistate și situații clinice când trauma parodontală era generată de o combinație a factorilor de risc (absența punctelor de contacte interdente, prezența obturațiilor masive).

Rezultatele investigațiilor clinice obținute la examenul pacienților din lotul II au permis de a stabili prezența traumei cronice parodontale produse de acțiunea nocivă a protezelor dentare. În aceste situații clinice factorii de risc au fost divizați în factori iatrogeni generați de următoarele tipuri de lucrări protetice: a) proteze dentare fixe; b) proteze dentare mobilizabile; c) de o combinație a acțiunii nocive a protezelor dentare fixe și a celor mobilizabile. V-am sublinia, că la o parte de pacienți din acest lot, la rând cu factorii de risc iatrogenic declanșați de protezele dentare sau asociat și factorii de risc caracteristici pentru primul lot de pacienți (lipsa punctelor de contacte interdente ca urmare a cariei netratate, obturații masive fără relief ocluzal, etc). Examenul clinic a pacienților din acest lot a permis de a constata că la 8 persoane erau prezente numai microproteze și punți dentare din două bucăți, la 6 persoane aceste proteze erau confecționate prin tehnici moderne (4 metaloceramice și 2 metaloacrilice), iar 5 persoane au fost tratate protetic mixt (cu proteze dentare fixe și mobilizabile). Analiza rezultatelor examenului clinic și paraclinic a permis de a stabili, că la prezența protezelor dentare fixe tabloul clinic al parodontitelor marginale cronice a fost determinat de acțiunea nocivă a marginii coroanelor de înveliș, care în unele cazuri pătrundea în șanțul gingival profund, iar în altele fiind scurte. Totodată studiul ocluziogramelor au demonstrat că în unele cazuri trauma parodontală era produsă și de necorespunderea reliefului ocluzal a lucrărilor protetice cu particularitățile individuale, cât și de restabilire nesatisfăcătoare a contactelor interdente.

Studiul manifestărilor clinice a traumei cronice parodontale produse de protezele parțiale mobilizabile au permis de a constata că ea era influențată de necorespunderea raportului croșetelor cu zona subecuatorială a dinților stâlpi și a bazei protezei cu parodontul marginal din zona orală a dinților restanți. Gradul de manifestare clinică a traumei parodontului marginal era dependent de factorul traumatizant și timpul ce sa scurs.

Așa dar, examenul clinic comparativ a stării parodontului marginal în situațiile clinice din zonele arcadei dentare cu lipsa acțiunii factorilor de risc asupra parodontului considerate ca normă cu cele din zonele afectate, ca urmare a traumei cronice produsă de diferiți factori etiologici a depistat modificări clinice de diferit grad. Simptoamele caracteristice traumei cronice a parodontului marginal se manifestau prin prezența unei colorații roșie-violacee a gingiei, retracții gingivale și a pungilor parodontale cu o adâncime de 3 – 5 mm. Existența procesului inflamator ca urmare a traumei cronice a fost confirmată și prin testul Șiller – Pisarev.

De menționat, că noi la rând cu factorii de risc depistați am atras atenția, că în protezele dentare fixe confecționate prin tehnica ștanțării (17 pacienți) relieful ocluzal a microprotezelor, elementelor de angrenare a punților dentare nu totdeauna corespundeau particularităților individuale a dinților restanți. Mai mult ca atât, în 6 cazuri clinice lucrările protetice au fost

adaptate la dereglările interocluzale produse de denivelarea planului de ocluzie. Rezultatele ocluziografiei și a studiului modelelor de diagnostic au confirmat prezența dereglărilor ocluzale de diferit grad. Noi considerăm, că așa rapoarte interocluzale au fost cauza declanșării suprasolicitării funcționale considerată ca microtraumă cu modificări ulterioare în parodont, confirmate și radiologic. Important de subliniat, că studiul filmelor radiografice a demonstrat prezența proceselor distructive în țesutul osos alveolar manifestat prin lezarea septurilor interalveolare cu lacune în placuța corticală sau cu atrofia lor orizontală. Acest fenomen poate fi explicat prin acțiunea variată de durată și sens a traumei cronice a parodontului și alte particularități. În situațiile clinice cu semne de microtraumă orizontală a parodontului declanșată de blocajul mișcărilor mandibulare au fost depistate focare de osteoporoză-resorbție caracteristice pentru procesele active de distrucție a țesutului osos.

Concluzii

1. Trauma cronică parodontală este condiționată de dereglările morfologice coronare care apar ca consecință a proceselor patologice a țesuturilor dure, a suprasolicitării funcționale a dinților în edentațiile parțiale, dereglări ocluzale, trauma ocluzală, de factorii iatrogeni, ca urmare a intervențiilor stomatologice, care crează situații clinice – considerate ca factori de risc, în etiologia parodontitelor cronice marginale.
2. Manifestările clinice ale traumei cronice parodontale sunt dependente de caracterul acțiunii factorului traumatizant, durata și direcția acțiunii și tipul parodontului de inveliș – fin sau gros.

Bibliografia

1. Oineagră Vasile – *Morfologia și fiziologia ocluziei dentare*: recom. metodice. //Chișinău. 2005 – 57p.
2. Ionița Sergiu – *Ocluzia dentară – noțiuni de morfologie, fiziologie, patologie și tratament*. Ediția a III-a. //București. Editura didactică și pedagogică. 2003, 254p.
3. Maria Negucioiu, Liana Sipos Lascu, L. Pascu – *Importanța examenului clinic și diagnosticarea cazurilor de “trauma ocluzală”*. //Clujul medical. Vol. LXXII. 1999, Nr.3, p.334-340.
4. Maria Negucioiu, Liana Sipos Lascu Alina Picos, Mariana Constantiniuc – *Posibilități terapeutice în trauma ocluzală (partea a doua)*. //Clujul medical. Vol. LXXIII. 2000, Nr.3, p. 448-453.
5. Колесов А. А., Каламкаров Х. А., Чупрынина Н. М. – *Роль травматических факторов в этиологии и патогенезе забоеваний пародонта*. //Стоматология. №6. 1973. стр.70-74.
6. Золотарева Ю. Б., Гусева И. Е. – *Влияние окклюзионных нарушений на течение воспалительного процесса в тканях пародонта*. //Стоматология, №4, 2001, стр. 21-23.
7. Шарова Т. В., Рогожников Г. И. – *Факторы нарушения окклюзии и методы ее нормализации*. //Пермь. Книжное издательство. 1990., 446 стр.
8. Рабухина Н. А., Аржанцев А. П. – *Рентгенодиагностика в стоматологии*. //Москва. Мед. Информ. Агенство. 1999 – 452 стр.
9. Каламкаров Х. А. – *Патогенез и и принципы лечения функциональной перегрузки пародонта*. Стоматология. 1995. Т 74, №3 – стр. 44-49.
10. Карнухова Л. И. – *Применение функциональных методов исследования для диагностики и контроля лечения травматической окклюзии обусловленной потерей жевательных зубов и заболеваниями пародонта*. //Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва. 1990 – 26 стр.
11. Логинова Н. К. – *Механическая теория – фундаментальная основа развитой теории этиологии и патогенеза забоеваний пародонта*. Новое в стоматологии. 1993, №4 – стр. 17-25.

12. Суздальский Б. Э. – Восстановление окклюзионной поверхности при ортопедическом лечении больных с частичными дефектами зубных рядов. //Дисс. канд. мед. наук. Москва. 1988 – 142 стр.
13. Грудянов А. И., Стариков Н. А. – Заболевания пародонта и вопросы травматизации окклюзии в клинике ортопедической стоматологии. //Новое в стоматологии. 1999. №4(74), стр.3-18.
14. Шварц А. Д. – Биомеханика и окклюзия зубов. //Москва. Медицина. 1994 – 208 стр.

“IZOHIDRAFUROLUL”–NOU REMEDIU ANTIBACTERIAN ÎN TRATAMENTUL BOLII PARODONTALE

Sergiu Ciobanu¹, Sorin Hîncu¹, Viorel Prisăcaru², Svetlana Buraciov²

¹Catedra Stomatologie Terapeutice, USMF “Nicolae Testemițanu”;

²Catedra Epidemiologie USMF “Nicolae Testemițanu”

Summary

“Izohydrofurol”-new antibacterian remedy in treatment of parodontal disease

This study allude to pronounced anti-inflammatory effects of solution 0,05% of izohydrofurol in treatment of parodontal disease. The efficiency was established in obviousness by quick discard of inflammatory process (gingival haemorrhage, edema, turgid and seros or purulent secretion), already after I meeting, as antibacterian properties by laboratory tests.

Rezumat

Acest studiu se referă la efectele antiinflamatorii pronunțate a soluției 0,05% de izohidrafurol în tratamentul bolii parodontale. Eficiența preparatului a fost pusă în evidență prin înlăturarea rapidă a procesului inflamator (sîngerarea gingivală, edemul, tumefierea și eliminările seroase sau purulente), deja după I ședință, precum și proprietățile antibacteriene prin testele de laborator.

Actualitatea temei

Boala parodontală este rezultatul unui dezechilibru între microorganismele potențial patogene, natura și eficiența reacției locale și sistemice a gazdei. Placa bacteriană reprezintă factorul central în întregul lanț de evenimente, ce pornesc de la un parodonțiu sănătos și sfîrșesc cu un proces inflamator, avînd ca consecință pierderea dinților, adică dezlănțuirea bolii parodontale propriu-zis. Virulența diferită a bacteriilor din placa bacteriană (biofilm) și rezistența variabilă a gazdei explică varietatea mare a formelor de evoluție, caracteristice bolii parodontale. Deși boala parodontală ține de o arie locală de manifestare, se cunosc multiple interferențe cu starea generală a organismului. Din acest punct de vedere boala parodontală e necesar să fie privită prin prisma unui proces patologic complex, care trebuie abordat numai printr-un “pachet” unic de măsuri terapeutice medicamentoase, chirurgicale și protetice, locale și generale. Actualmente boala parodontală poate fi controlată prin proceduri terapeutice complexe și eficiente (cu controlul asupra plăcii bacteriene), un rol important revenindu-i tratamentului antimicrobian. O importanță deosebită trebuie acordată măsurilor de profilaxie locală (prin evaluarea periodică, dar sistematică a plăcii bacteriene), atît pentru împiedicarea apariției bolii parodontale, cît și locul important pe care îl ocupă în cadrul terapiei de menținere. Luînd în considerație morbiditatea afecțiunilor parodontale, igienizarea cavității orale este singura în măsură, la ora actuală, să reducă gravitatea afecțiunii în masă de îmbolnăvire prin bola parodontală. În acest sens, utilizarea unor preparate obținute din produse vegetale nu produce