

# UNELE REPERE DE PREVENȚIE ȘI TRATAMENT ALE EROZIUNILOR DENTARE

Adriana Vasilășcu

Catedra Stomatologie Terapeutică FECMF, IMSP Policlinica Stomatologică Republicană

## Summary

### *Some References of Prevention and Treatment of the Dental Erosion*

The prophylactic education has to be compulsorily, shall be included in the treatment plan and the patient needs to be informed about all the elements that compose the diagnosis. The morpho-functional restoration of the tooth requires an immediate intervention in order to stop the spread of the erosive processes.

## Rezumat

Educația profilactică, obligatoriu, trebuie inclusă în planul de tratament, iar pacientul are nevoie să fie informat cu toate elementele ce compun diagnoza. Restabilirea morfo-funcțională a dintelui necesită implicare imediată pentru a stopa extinderea proceselor erozive.

## Actualitatea temei

Eroziunea dentară este o maladie ce afectează orice suprafață coronară. În caz când distrucțiile nu sunt identificate precoce, ele se extind de la smalț spre pulpă, cauzând defecte estetice evidente, hiperestezie și chiar dureri acute, iar restabilirea morfologiei și funcției necesită implicări mai severe.

La o mare parte din populație dantura este predispusă la dezvoltarea leziunilor erozive datorită factorilor ce formează stilul de viață – regimul alimentar, obiceiuri vicioase, tradiții, boli cronice. Cu toate acestea, foarte puțini cunosc morfopatologia și condițiile de evoluare a eroziunilor sub influența acizilor. Toate aceste fenomene, ce se petrec cu țesuturile dure, sunt ireversibile. Atunci când atacul acid devine frecvent, saliva nu reușește să îl neutralizeze și balanța naturală de apărare trece în defavoarea cavității orale. Procesul ia amploare când, din necunoaștere, se efectuează periajul imediat după consumul de băuturi și alimente acide, pelicula dobândită se distruge, iar acizii penetrează foarte ușor straturile dentare. Un pH sub nivelul 5 e considerat că poate exacerba eroziunea dentară.

Rolul profilaxiei, în cadrul așa feluri de distrofii dentare, este extrem de important, deoarece procesul poate fi controlat nemijlocit de către pacient doar făcând modificări în rația zilnică și respectând corect regulile de igienă. Respectiv, s-ar putea micșora incidența eroziunilor și ar predomina tratamentul conservativ, fără implicații invazive.

## Scopul lucrării

Păstrarea intrgrității dintelui, din punct de vedere morfofuncțional, este o problemă de grad major. Obiectivele prezentei lucrări au fost de a promova sănătatea orală în contextul stilului contemporan de trai. Orice tratament trebuie să corespundă adecvat etiologiei și manifestărilor clinice.

## Sarcini explorative

- Determinarea factorilor etiopatogenici ai eroziunilor dentare;
- Studiarea evoluției clinice;
- Confirmarea diagnosticului;
- Elaborarea planului de tratament;
- Menținerea stabilității procesului;
- Specificarea regulilor de profilaxie.

## Materiale și metode

Studiul respectiv a fost făcut pe 118 pacienți, adulți și copii. Tratamentul aplicat pe cei 681 de dinți antrenați în procese erozive a inclus metode conservative și restaurative.

Curarea eroziunilor dentare se face pe 3 căi:

1. Identificarea cauzei și eliminarea ei;
2. Tratament simptomatic și de refacere;
3. Profilaxie.

Ca cauză a eroziunilor dentare pot fi numite următoarele surse:

- alimente și băuturi acide;
- boli cronice ale tractului gastro-intestinal, endocrine, sistemice (sindromul Sjögren), narcomania;
- dereglarea funcției de protecție a salivei;
- medicamente cu conținut acid (în special cele masticabile);
- igienă necorespunzătoare;
- acizi inhalați sau consumați la locul de muncă;
- apa clorată din piscine;
- dintre factorii favorizanți - tipul ocluziei și prezența sistemelor fixe de aparate dentare.

Tratamentul depinde de severitatea defectelor. Dacă la etapa inițială smalțul nu prezintă modificări vizibile pentru pacient, se poate de recurs la metode de remineralizare cu calciu, paste de dinți pentru micșorarea sensibilității și cape confecționate individual cu geluri desensibilizante. S-a folosit preparatul UltraEz de la firma Ultradent. Paralel, am aplicat topic gelul și iniecții BioR.

Tratamentul de refacere este indispensabil dacă erodarea s-a extins în limitele smalțului și dentinei.

Au fost respectate următoarele etape:

- igienizarea profesională;
- anestezie;
- în caz de necesitate - devitalizare;
- aplicarea firului de retracție;
- aplicarea coferdamului;
- restaurarea propriu-zisă;
- șlefuire și poleire.

Acizii pot cauza efecte severe ireversibile, dar, cu părere de bine, ele pot fi prevenite. S-a stabilit un plan de profilaxie a eroziunilor dentare:

- de micșorat aportul de băuturi și alimente acide;
- de consumat acești acizi alimentari în timpul mesei împreună cu alimentele principale (carne, pește, lactate) și de înlocuit băuturile ce au potențial eroziv înalt cu apă sau ceai;
- de folosit paiul, de băut imediat și de scăzut timpul expoziției în contact cu dinții;
- de finisat masa cu alimente neutre;
- de clătit gura cu apă după întrebuințarea acizilor;
- după alimentație este permis de mestecat guma, deoarece fluxul salivar permite să neutralizeze mai ușor saliva și contribuie la mineralizare;
- de folosit apă de gură cu conținut bazic;
- de curățat dinții abia după 2 ore de la ingerarea alimentelor acide;
- de vizitat medicul stomatolog de 2 ori pe an pentru un control profilactic.

### **Rezultate obținute**

După aplicarea tratamentului conservativ și restaurativ, majoritatea pacienților ce au fost intervievați mai târziu, au apreciat pozitiv rezultatele. Cu părere de rău, nu toți au revenit peste 6 luni, 1 an pentru monitorizare și evidență. Anterior, acestor persoane li s-a făcut cunoștință cu toate procedeele de profilaxie și, să presupunem, că nu sunt deocamdată acuze. Cei care au ignorat recomandările, s-au adresat mai târziu cu recidive și alte leziuni noi. Dar, în mare măsură, pacienții au devenit conștienți referitor la protecția integrității dentare.

## Concluzii

Acordarea atenției cuvenite profilaxiei distrofiilor dentare rămâne a fi cea mai responsabilă parte a tratamentului. Fiecare pacient este individual și necesită o educație medicală adecvată situației existente.

Combinarea metodelor de tratament în stadiile avansate asigură rezultate satisfăcătoare.

## Bibliografie

1. Barron R.P., Carmichael R.P., Marcon M.A., Sandor G.K.B. Erosion dentaire et reflux gastro-oesophagien pathologique. // Journal de l'Association dentaire canadienne, 2003, 69 (2): 84-89;
2. Bîcleșanu C., Cherlea I.V., Pangică A.M. Eroziunea dentară. // Revista română de stomatologie, 2007, Vol Liii, Nr.4: 185-188;
3. DeVault K.R., Overview of therapy for the extraesophagial manifestations og gastroesophagial reflux disease. // Am J.Gastroent., 2000, 95 (8 Suppl): S39-S44;
4. Featherstone JD. Understanding the chemistry of dental erosion. // Monogr Oral Sci, 2006, 20:66-76;
5. Gandara B.K., Truelove E.L. Dental Erosion. // The journal of Contemporary Dental Practice, Vol.1, No.1, 1999;
6. Gandara B., Truelove E. Diagnosis and management of dental erosion. // Journal Contemporary Dental Practice, 1999, 1 (1), p. 1-17;
7. Giurgescu R.A., Hutu G. Discromiile dentare-etiotopogenie, caracteristici. // Revista Română de Stomat., 2009, Vol.IV, N.1: 9-13;
8. Johansson AK, Lingstrom P, Birkhed D. Comparison of factors potentially relate to the occurrence of dental erosion in high- and low-erosion groups. // Eur J Oral Sci, 2002; 110:204-211;
9. Kemmerling M. Diagnosis, risk factors and management of dental erosion: an evidence based report. // Faculty of Dentistry University of Toronto, 2009;
10. Larsen MJ, A. Richards A. Fluoride Is Unable to Reduce Dental Erosion from Soft Drinks. Caries Res 2002; 36:75-80;
11. Mandel L. Dental Erosion Due to Wine Consumption. // The journal of the American Dental Assotiation, January 1, 2005, p.71-75;
12. Milosevic A. Eating disorders and the dentist. // Brit.Dent, 1999, p.109-113;
13. Moffitt A.R. Tooth Wear and Erosion. // Inside Dentistry, 2008, p.92-93;
14. Mok TB, McIntyre J, Hunt D. Dental erosion: in vitro model of wine assessor's erosion. Aust Dent J (2001) 46:263-268;
15. Peng D., Smales R.Y., Yip H.K., Shu M. In vitro fluoride release from aesthetic restorative materials following recharging with APF gel. // Aust. Dent J., 2000, 45:198-203;
16. Rugg-Gunn, Maguira; Gordon, McCabe, Stephenson. Comparison Of Erosion Of Dental Enamel By Four Drinks Using An Intra-Oral Appliance. // Caries Research 1998; 32: pp. 337-343;
17. Stroici C. Relația dintre pelicul dentară dobândită de origine salivară și afecțiunile odontale. // Teză de doctorat, Iași, 2009;
18. West N.X., Hughes JA, Addy M. Erosion of dentine and enamel in vitro by dietary acids: The effect of temperature, acid character, concentration and exposure time. // J Oral Rehabil, 2000, 27: 875-880;
19. Wiegand A., Attin T. Occupational dental erosion from exposure to acids- a review. // Occupational Medicine, 2007, p.169-176;
20. Yao Y, Grogan J, Zehnder M, Lendenmann U, Nam B et al. Compositional analysis of human acquired enamel pellicle by mass spectroscopy. Arch Oral Biol 2005; 165:34-41;
21. Yip K, Smales RJ, Kaidonis JA. The diagnosis and control of extrinsic acid erosion of tooth substance. // General Dentistry, July- Aug., 2003, p. 350-353;

22. Zero T, Lussi A. Erosion – Facteurs chimiques et biologiques pour le praticien dentaire. // Internat. Dental J, 2005, 55: 285-290.

## **MORBIDITATEA SI EVALUAREA ASISTENȚEI STOMATOLOGICE ACORDATĂ ADULȚILOR ÎN CONDITIILE ASIGURĂRILOR MEDICALE OBLIGATORII**

**Elena Tintiuc**

Catedra Stomatologie terapeutică FPM UMSF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***Morbidity and dental care assessment in adults with compulsory medical insurance***

Dental assistance rendered to population in the public institutions is a priority task in our health-care system. This manifests by using modern methods of prevention, diagnosis and treatment of oral cavity diseases. This approach in the development of state-controlled dental services is also determined by the responsibility to guarantee the entire population (insured and uninsured) the access to dental aid, this being part of the compulsory medical insurance.

### **Rezumat**

Asistența stomatologică acordată populației în instituțiile publice este una din direcțiile prioritare a sistemului de sănătate, care se manifestă prin utilizarea metodelor contemporane de profilaxie, diagnostic și tratament a afecțiunilor cavității bucale. Această strategie de dezvoltare a serviciilor stomatologice controlate de stat este determinată și de responsabilitatea asigurării accesului întregii populații (asigurați și neasigurați) la serviciile stomatologice în condițiile asigurărilor obligatorii de asistență medicală.

### **Actualitatea**

Actualitatea temei este determinată la etapa actuală de necesitatea de a evidenția și de a aprecia pozitiv necesitățile cu caracter prioritar ce țin de ameliorarea și menținerea sănătății cavității bucale. În acest context, serviciului stomatologic îi revin realizări importante de profilaxie și tratament a afecțiunilor stomatologice și relațiile cu patologiiile organelor interne, aplicării eficiente a metodelor contemporane de supraveghere a factorilor ce influențează sănătatea cavității bucale. Rămâne majoră și problema ce ține de studierea și analiza rezultatelor opiniei medicilor și a populației referitor la asigurarea asistenței stomatologice de calitate în condițiile realizării principiilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Obiectivele principale ale temei reprezintă studierea morbidității stomatologice la adulți și a factorilor ce o determină, analiza comparativă a asistenței stomatologice până și după implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală, determinarea tendințelor de dezvoltare a serviciului stomatologic în condițiile social-economice noi. În cadrul studiului au fost utilizate următoarele metode: de observație, epidemiologică, prin expertiză, istorică și economico-financiară.

Studiul și analiza morbidității stomatologice servesc ca bază pentru evidențierea unor legături, care apoi pot fi utilizate pentru ameliorarea sănătății orale și reorientarea serviciului stomatologic la cerințele actuale. Rezultatele studiului efectuat au permis de a repartiza populația adultă în dependență de afecțiunile stomatologice și asigurarea medicală obligatorie (Fig. 1).

Datele prezentate în figura 1 ne demonstrează o diferență bine determinată dintre persoanele asigurate și neasigurate, care solicită asistență stomatologică în instituțiile de ambulator. În dependență de afecțiunile cavității bucale mai frecvent, conform rezultatelor adresabilității, la serviciile stomatologice de ambulator se adresează populația cu următoarele maladii: carie dentară, stomatită aftoasă acută, periodontită apicală exacerbată, periodontită apicală acută, pulpită acută, precum și extracții dentare. Aceste 6 maladii constituie circa 70 %