

18. Oral hygiene, periodontal conditions and carious lesions in patients treated with dental bridges. A 15-year clinical and radiographic follow-up study - Valderhaug J, Ellingsen JE, Jokstad A. J Clin Periodontol. 1993 Aug;20(7):482-9.
19. Restoration of the Severely Decayed Tooth Using Crown Lengthening with Simultaneous Tooth-Preparation. Jun-Beom Parka. Eur J Dent. 2010 April; 4(2): 197–201
20. Question: When is functional crown lengthening appropriate vs extraction? - Betsy Bakeman, DDS; Gary M. Radz, DDS; Lee Silverstein, DDS; Peter C. Shatz, DDS. Inside Dentistry. October 2008, Volume 4, Issue 9
21. Clinical and microbiological effects of subgingival restorations with overhanging or clinically perfect margins. Lang NP, Kiel RA, Anderhalden K. J Clin Periodontol. 1983 Nov;10(6):563-78.
22. Relationship between palatoradicular grooves and localized periodontitis. Hou GL, Tsai CC. J Clin Periodontol. 1993 Oct;20(9):678-82.
23. The influence of margins of restorations on the periodontal tissues over 26 years. Schätzle M, Lang NP, Ånerud Å, Boysen H, Bürgin W, Løe H. J Clin Periodontol. 2000; 27: 57–64. C Munksgaard, 2001.
24. Surgical extrusion technique for clinical crown lengthening: report of three cases. Kim CS, Choi SH, Chai JK, Kim CK, Cho KS. Int J Periodontics Restorative Dent. 2004 Oct;24(5):412-21.
25. Surgical lengthening of the clinical crown. U. Bragger, D. Lauchenauer, N. P. Lang. Journal of Clinical Periodontology, Volume 19, Issue 1, pages 58–63, January 1992
26. Surgical crown lengthening: a 12-month clinical wound healing study. - Pontoriero R, Carnevale G. J Periodontol. 2001 Jul;72(7):841-8.
27. Rosen H (1961) Operative procedures on mutilated endodontically treated teeth. Journal of Prosthetic Dentistry 11,973-86.
28. Goldman, H.M. (1951). Gingivectomy. Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology 4, 1136–1157.

## **DEFECT CUNEIFORM**

**Dumitru Friptu**

Catedra Stomatologie terapeutică F.E.C.M.F.

### **Summary**

#### ***Wedge-shaped defect***

Wedge-shaped defect is a non-carious pathology of dental hard tissues, occurred posteruptively, conditioned by a lesion formation on the dental surface in the form of a cone. The ethiology of this disease is currently less studied, there are several hypotheses. Clinically it is manifested by the appearance of the defect of the dental tissue on the vestibular surface of the teeth at the level of dental neck. The complaints of the patients are hyperaesthesia and dysfunction of facial aspect. The treatment of the cuneiform lesion can be general or local, involving the stomatologist-therapist, orthopedist and orthodontist.

### **Rezumat**

Defectul cuneiform reprezintă o patologie necarioasă a țesuturilor dentare dure, apărută posteruptiv, condiționată de formarea leziunii pe suprafața dentară sub formă de con. Etiologia acestei afecțiuni este puțin studiată, existând mai multe ipoteze. Clinic se manifestă prin apariția defectului de țesut dentar pe suprafața vestibulară a dinților la nivelul coletului. Acuzele pacienților sunt hiperestezia și dereglări ale aspectului fizionomic. Tratamentul leziunii cuneiforme poate fi de ordin general și local, cu implicarea stomatologului terapeut, ortoped și ortodont.

## **Etiologie**

Patologie necarioasă, apărută după erupția dinților, a cărei denumire se datorează formei procesului distructiv – leziune sub formă de con, se întâlnește mai frecvent la persoane de vârstă cuprinsă între 40 și 60 de ani. Conform estimărilor lui Burluțki A.S. (1984) defectul cuneiform prezintă - 34,75% din afecțiunile dentare distrofice posteruptive. Cel mai frecvent sunt afectați caninii (36,16% - 37,64%), apoi premolarii (20,58% – 23,63%), molarii (13,53% – 18,82%) și incisivii (3,63% – 8,82%). Defectul cuneiform la fiecare 5 ani prezintă o creștere cu 3,5%.

Cauzele apariției leziunii cuneiforme sunt puțin studiate. Cel mai frecvent sunt propuse următoarele teorii:

**Teoria mecanică** presupune apariția leziunii cuneiforme ca urmare a efectului traumatic al periilor dentare în timpul periajului dentar asupra coletului dintelui cu remedii de igienă orală (paste dentare, prafuri), argumentând că primordial sunt afectați mai frecvent dinții care sunt mai proeminenți din arcada dentară (canini, premolari). Clinic s-a demonstrat că la persoanele dreptace procesele distructive sunt mai exprimate pe partea stângă a arcadelor dentare, deoarece în aceste zone pacienții mai intensiv își curăță dantura. Date care ar fi contra acestei teorii sunt: nu toate persoanele utilizează prafuri dentare abrazive pentru igienizarea cavității bucale și sunt persoane care neglijează totalmente igiena cavității bucale. De asemenea au fost depistate leziuni cuneiforme și la animale (bovine, cabaline). Cu toate acestea factorul mecanic joacă un rol important în evoluția defectului cuneiform.

**Teoria chimică** prevede apariția defectului cuneiform ca urmare a demineralizării țesuturilor dentare dure sub influența acizilor apăruți în urma proceselor de fermentare a resturilor alimentare de pe suprafața dinților cât și aportul de produse alimentare, în special băuturi, carbo-gazoase sau acidulate. Această teorie la fel nu este convingătoare, deoarece nu se întâlnește leziunea cuneiformă la toți dinții care prezintă tartru sau depuneri dentare.

**Teoria neurodistrofică.** D.A. Entin (1938) a presupus că dereglări alimentare sau neurodistructive înnăscute sau dobândite condiționează apariția momentelor de decalcifiere a țesuturilor dentare dure, după care chiar și cele mai neînsemnate abraziuni (cu bolul alimentar, mișcarea buzelor, obrajilor) pot provoca apariția leziunilor. Însă autorul nu a precizat în ce cazuri apare defect cuneiform sau eroziune.

**Teoria maladiilor de sistem.** Patologii de sistem prin dereglarea pH-ului bucal sau a suprasolicităților ocluzale pot provoca demineralizări ale smalțului dentar sau apariția de microfisuri care ulterior pot da naștere la leziuni cuneiforme. În timpul examinării pacienților cu defecte cuneiforme frecvent s-a stabilit prezența afecțiunilor tractului gastro-intestinal (gastrite cronice (32,5%), ulcer duodenal (26,7%), mai rar maladii hepatice și pancreatice (12,5%)). De asemenea pacienții cu defecte cuneiforme prezintă și afecțiuni endocrine (7,4%), cardiovasculară (9,5%), patologii ale sistemului respirator (11,8%) și ecnecefalite infecțioase în antecedente (23%). La un număr mare de pacienții cu leziuni cuneiforme s-a stabilit prezența paradontozei (57% - 67,5%) (Leamzin S.S. 2010).

După Lee și Eakle (1984) cauzele apariției leziunii cuneiforme sunt **forțele de compresie și extindere** acționate asupra țesuturilor dure dentare, provocând microfisuri, care ulterior se măresc transformându-se în defecte.

**Teoria lui N.N. Znamenshii**, care considera că leziunile cuneiforme sunt rezultatul dereglărilor inițial al substratului organic al țesuturilor dentare dure. El confirma experimental apariția defectului prin încălzirea dintelui la temperatura de 110°-125° în autoclav. La această temperatură are loc distrucția substratului organic, după o prelucrare a dintelui cu peria și paste abrazive, apare defectul cuneiform.

## **Tabloul clinic**

Muhamedjanov C.M. (1968) evidențiază 4 grade de manifestare a defectului cuneiform:

1. Manifestări incipiente – lipsa defectelor, cu prezența sensibilității smalțului în regiunea coletului;

2. Defecte superficiale – defecte sub formă de fisuri smalțiare, sensibilitate, această stare se mai numește abfracție;
3. Defecte medii – cu adâncimea de 0,2-0,3 cm;
4. Defecte profunde – de 0,3-0,4 cm, cu afectarea straturilor profunde ale dentinei.

V.I. Iacovleva, E.R. Timofeeva (1995) în tabloul clinic al defectului cuneiform evidențiază 3 perioade:

Prodromală – în dinții afectați se observă o strepezire, cu lipsa modificărilor morfologice;

Incipientă – pe coroana dintelui în regiunea cervicală la limita smalț-ciment se depistează microdefecte (unitare sau multiple);

Forma dezvoltată – prezența defectului pronunțat în țesuturile dentare cu dureri la excitanți fizici. Tot acești autori clasifică defectul cuneiform după localizare în:

- Defect cuneiform radicular – 30%
- Defect cuneiform de colet, cervical – 45%
- Defect cuneiform coronar – 25%.

Leziunea cuneiformă se localizează în regiunea coletului dinților, are o suprafață lucioasă și netedă, densă mai des nedureroasă. Când defectul se localizează în apropierea camerei pulpare se pot deosebi limitele acesteia, însă integritatea cavității pulpare rămâne intactă. În cazul unor defecte pronunțate sub acțiunea forțelor mecanice poate avea loc fracturarea coroanei dentare. Leziunile cuneiforme sunt însoțite de abraziunea marginilor incizale ale incisivilor și cuspidii molarilor și premolarilor.

Procesul de dezvoltare a defectului cuneiform frecvent decurge foarte lent, chiar zeci de ani. Acest fapt favorizează formarea dentinei de substituție, în rezultatul căreia nu la toți pacienții apar dureri la excitanți fizici. Dacă are loc un proces rapid de dezvoltare a patologiei, pot apărea dureri la excitanți atât fizici cât și chimici și chiar pulpite traumatiche. Pot fi depistate faze de acutizare (progresarea defectului se observă timp de 1-2 luni) și faze de stabilizare (progresarea procesului nu se observă nici după 9-10 luni). Foarte rar defectul cuneiform poate fi complicat cu caria dentară, fiind observate pigmentații.

**Diagnosticul diferențial** se face cu:

- Eroziunea smalțului;
- Necroza acidă;
- Caria medie de colet.

### **Tratamentul**

Tratamentul defectului cuneiform include măsuri de ordin general și local. Tratamentul general al leziunii cuneiforme prevede administrarea enterală a preparatelor cu conținut de calciu, fosfor, microelemente, complex de vitamine a cărui durată este de o lună (gluconat de calciu, fitin, vit. C, B1 etc).

Local pot fi menționate următoarele metode de tratament:

- Indicarea utilizării pastelor dentare care reduc efectele hiperesteziei dentare și corijarea tehnicilor de periaj dentar.
- se administrează diferite preparate (lac, unguent, soluții de remineralizare) cu scop de diminuare a sensibilității dentare. Prin această metodă nu are loc diminuarea defectului sau restabilirii integrității dintelui.
- Obturarea defectului cuneiform cu utilizarea materialelor compozite, compomere, glass-ionomere, etc. Dezavantaj al acestei metode constă în faptul că pot avea loc căderi ale obturațiilor în întregime sau progresarea defectului cuneiform în suprafață și obținerea efectului fals de retracție a masei de plombare.
- Aplicarea vinirelor, care asigură un efect estetic excelent, însă nu întotdeauna rezistă forțelor ocluzale.

- Aplicarea coroanelor dentare. Are ca neajuns, în cazul progresării distrucției, uneori fracturarea coroanei dentare împreună cu coroana de înveliș.
- Intervenții ortodontice, pentru înlăturarea anomaliilor ocluzale și reechilibrarea forțelor de ocluzie.

### **Bibliografie**

1. Bishop K., Kelleher M., Briggs P., Joshi R. „Квинтэссенция” Moscova 1999, p 23-27
2. Borovski E. „Stomatologia terapeutică” Chișinău 1990
3. Burluțki A.S. „Клиническая картина клиновидного дефекта зубов и их протезирование” Kalinin 1984, Autoreferat
4. Dimitreva, Maximov „Терапевтическая стоматология” 2009, p 271-273
5. A. Eni, V. Burlacu „Afecțiuni ale țesuturilor dentare dure”, Chișinău 2010 p 42-47.
6. Helving E., Klimek I. „Терапевтическая стоматология” 1999, p 180-181
7. Schroder H.E. „Pathobiologie oraler strukturen karger” Basel 1991, p 53-55
8. Woody R., Brody J. // J Am. Dent. Assoc. — 1977, Vol. 94, p 726—729.

## **DISCROMII DENTARE, METODE DE TRATAMENT**

**Sorin Gaiu**

(Conducător științific - profesor universitar Gheorghe Nicolau)  
Catedra Stomatologie Terapeutică

### **Summary**

#### *Methods of treatment in dental discolorations*

The present work contains a study and a synthesis of bibliographic data, prospective statistics and clinical data upon the efficiency of the contemporary methods of dental whitening. The study was made on 30 patients with different types of dental discolorations, two of them were personally studied and treated. Besides this, a comparative analysis upon different methods of whitening was made, the final option being home-bleaching, by using individual dental trays and bleaching gels from “Ultradent” company (USA).

In all of the cases, the result was positive (the best result being the result of the patient nr.2: from shade A3 to shade A1); transient dental hypersensitivity was more or less found in all the patients, but it has instantly retroceded in all of them.

In conclusion, the efficiency of dental whitening methods was proved, their nowadays application being indispensable, considering the high frequency of dental discolorations, the environment polluted with colorants in which we live and the increase of aesthetic necessities among the population.

### **Rezumat**

În lucrarea dată s-a efectuat un studiu și o sinteză a datelor bibliografice, statisticii prospective și, nu în ultimul rând, a datelor clinice asupra eficacității tehnicilor de albire dentară contemporane. S-a studiat un lot de 30 pacienți cu diverse discromii dentare, doi dintre care au fost studiați și tratați personal. Pe lângă aceasta, s-a efectuat o analiză comparativă a diverselor metode de albire, clinic, însă, s-a optat pentru metoda de albire la domiciliu utilizând capele dentare individuale și gelurile de la compania „Ultradent” (SUA).

În toate cazurile rezultatul a fost pozitiv (cel mai pronunțat rezultat s-a remarcat la pacientul Nr.2: de la nuanța A3→A1); sensibilitatea tranzitorie a fost sesizată mai mult sau mai puțin la toți pacienții, însă aceasta în toate cazurile a retrocedat instantaneu.