

**PARTICULARITĂȚILE EVOLUȚIEI CARIEI LA TINERI**  
**Ana Eni<sup>1</sup>, Aliona Țapeș<sup>2</sup>, Svetlana Albot<sup>2</sup>, Boris Bordeniuc<sup>1</sup>, Vadim Stafie<sup>1</sup>**  
Catedra Stomatologie terapeutică FECMF USMF "Nicolae Testemițanu"<sup>1</sup>,  
IMSP "SCMS"<sup>2</sup>

**Summary**

***Peculiarities of dental caries in young people***

The study was conducted on 15 patients with "explosive" and hypomineralization dental caries. CRE index or the number of dental caries, restorations and extractions was calculated and estimated at 4 -10 points in those patients. Also, was made an analysis of the evolution of dental caries and its peculiarities to the young. During analysis, it was observed a pre-stage dental caries or hypomineralization, which is different from early tooth decay. Hypomineralization phase can be used as a test for early prevention of dental caries. All patients included in the study were prescribed a general and local remineralization treatment. After two months, hypo- and demineralization processes disappeared.

**Rezumat**

Studiul s-a efectuat asupra unui lot de 15 pacienți cu carii explozive și hipomineralizări. CPE la acești pacienți valora cu 4-10. S-a făcut analiza particularităților **evoluției cariei** și a evidențierii stării **precarie-hipomineralizare** la tineri, care diferă de caria maculară și poate servi ca test pentru administrarea unor măsuri profilactice timpurii. Tuturor pacienților incluși în lot li s-a efectuat un tratament complex local și general-remineralizator. Peste 1-2 luni procesele hipo- și demineralizate dispăreau complet.

**Actualitatea**

Caria dentară este un proces care afectează țesuturile dure dentare și apare în rezultatul acțiunii mai multor factori locali și generali, exogeni și endogeni. Caria are o răspândire foarte mare (90-98%) și afectează toate suprafețele dinților, dar la tineri se afectează preponderent suprafețele netede-vestibulare, la colet. În majoritatea cazurilor se poate depista cariile în stadiul **incipient** (reversibil), care se mai numește **pată cretoasă**, opacă, atunci când suprafața afectată este curățată de depuneri moi și uscată cu aer. Petele sunt multiple, netede, intacte și dure la palpate/sondare. Demineralizarea în așa cazuri se poate remineraliza dacă sunt aplicate măsuri profilactice adecvate. Însă trebuie de menționat că examinând atent și minuțios suprafețele vestibulare a dinților, după înlăturarea depunerilor moi albe, deseori se pot observa niște dungii/linii albicioase în profunzime de diverse dimensiuni și intensități care sunt situate paralel marginei gingivale. Deoarece aceste sectoare **albicioase în profunzime** deseori sunt abia observate, ele nu se încadrează în tabloul clinic al cariei incipiente. Această stare mai repede poate fi numită **hipomineralizare** și poate servi ca criteriu precoce pentru efectuarea diferitor măsuri profilactice a cariei. Dacă măsurile profilactice în stadiul de **hipomineralizare** nu se petrec, atunci procesul trece în stadiul **cariei incipiente (maculare)**, unde petele-maculele devin mai masive, mai intense, cretoase, opace, dispăre luciul, dar se păstrează integritatea smalțului, însă procesul încă este **reversibil**. Totodată, este necesar să accentuăm, că caria la tineri se mai caracterizează printr-o evoluție acută, rapidă numită de unii autori (A. Iliescu, M. Gafar) explozivă sau rampantă cu un grad mare de **demineralizare** a mai multor sectoare/dinți. Aceste carii apar odată la un număr mare de dinți cu localizări pe suprafețele netede și se extind rapid pe suprafață și în profunzime, ajungând la un grad mai avansat, care greu se supun tratamentului. Ș. Lăcătuș atenționează că aceste procese carioase își continuă evoluția chiar în ciuda unui tratament riguros, și chiar după depulpare. În literatură asemenea carii mai sunt descrise ca **carii de computer**. Această situație se poate explica și prin faptul că majoritatea tinerilor lucrează la computer ore în șir sau chiar toată ziua.

## Scopul

Scopul acestui articol a fost de a atenționa medicii stomatologi spre depistarea precoce a stărilor cu **hipomineralizare** și cu carii **incipiente** (demineralizare) în examinările de toate zilele și totodată de a efectua măsuri curativo-profilactice complexe cât mai precoce. E știut că majoritatea medicilor stomatologi în timpul examinărilor pacienților depistează numai **cariele-cavități**, care și sunt prezentate în indicele CPE, iar **hipomineralizările și cariile incipiente** rămân neidentificate. Deseori cariile incipiente și superficiale nu sunt depistate și din cauza faptului că sunt acoperite cu depuneri albe moi.

## Material și metodă

Ca material pentru scrierea acestui articol a servit un lot din 15 pacienți cu vârsta de la 14 la 25 de ani; 7 femei și 8 bărbați. Majoritatea bărbaților puteau fi incluși în așa numita “grupa acceleraților” deoarece ei aveau înălțimea de peste 1,85m. Unii din ei menționau că continuă să mai crească. Majoritatea pacienților erau amatori de dulciuri, băuturi acidulate, nu preferau produsele lactate. Din 7 femei 4 cu vârsta între 17-23 de ani aveau o înălțime de 1,70-1,80m, iar 3 din ele aveau o statură mică, dar prezentau graviditate de la 2,5-5 luni. Șapte pacienți prezentau semne de gastrite, iar doi- bronșite cronice. Totodată, majoritatea pacienților aveau frică să se prezinte la medicul stomatolog. La 10 persoane din tot lotul de pacienți examinați, igiena cavității bucale era insuficientă și se efectua numai o dată în zi sau chiar și mai rar. Valoarea II (indicelui igienic) indica cifrele 2-3, adică coroanele dinților 16, 11, 26, 36, 31, 46; badijonate cu iod 3%, prezentau o colorație intensă, cafenie pe o suprafață de 1/2 sau 2/3 din lungimea coroanei. Aceste valori ne confirmă că igiena cavității bucale era nesatisfăcătoare. IG (indicele gingival – PMA) deasemenea indica valorile 2-3, adică prezentând o colorație brună a papilelor, marginii gingivale și gingiei alveolare, ceea ce ne vorbește și despre prezența gingivitei.

Examinînd cavitatea orală s-a constatat că intensitatea procesului carios (CPE) atinge limita de 4-10; la 5 pacienți acest indice avea valoarea de 10; la alții 5 pacienți CPE a fost egal cu 6 și la ceilalți 5 - mai mic de 5. Dar trebuie să menționăm că în valoarea acestui indice (CPE), nu au intrat dinții cu pete maculare (carie incipientă) pe care le vom descrie aparte.

Totodată, e necesar să menționăm că, în afară de aceasta la toți pacienții în regiunea coletului- pe suprafețele vestibulare, paralel marginii gingivale s-au depistat niște **linii, dungi albicioase în profunzime**, care mai pot fi numite- **hipomineralizări**. În toate cazurile ele erau lucioase, netede care preponderent afectau premolarii și primii molari. Însă la 3 pacienți- bărbați cu igiena nesatisfăcătoare erau afectate suprafețele vestibulare **la colet la toți dinții**, chiar și la **incisivii centrali inferiori, ceea ce se întâmplă mai rar**. Totodată la ei, **lățimea și intensitatea acestor zone** erau mult mai pronunțate, iar pe alocuri ele își perdeau luciu (treceau în caria incipientă). Deseori aceste zone deveneau sensibile la excitanți termici.

Și acum vom descrie un **caz clinic**. Pacientul M. 21 de ani, înălțimea 1,90m prezintă senzații la rece, fierbinte și periajul dentar, preponderent în regiunea dinților laterali inferiori.

## Obiectiv

De la prima vedere se determină o anomalie dento-maxilară numai în regiunea dinților frontali, prezentând o progenie din contul palatinizării frontalilor superiori. Această situație crează condiții nefavorabile pentru autocurățare adecvată a dinților în această regiune, ceea ce acest moment pacientul nu-l conștientiza și nici nu efectua o igienă corectă. Indicele igienic la acest pacient egala cu 2,5, iar pe 1/2 din suprafețele vestibulare ale frontalilor superiori erau prezente modificări de culoare smalțiară în maro deschis, acoperite cu depuneri în cantități mari.

Totodată, starea parodontiului prezenta o gingivită catarală ușoară, localizată. Mucoasa orală nu prezenta abateri de la normă, dar s-a depistat o anomalie a uvulei (uvula dublă), ceea ce probabil îi și deregla puțin vorbirea.

Pe lângă faptul că CPE la acest pacient se egala cu 10 (4 obturații și 6 cavități carioase de profunzime superficială, medie și profundă), pe suprafețele vestibulare la coletele tuturor dinților, s-au mai depistat linii/dungi albicioase, lucioase, preponderent netede care puteau fi

calificate ca **hipomineralizare**. Analizând acest caz se poate de menționat că **procesul carios și hipomineralizarea** smalțiară s-au desfășurat în timp pe fundalul mai multor factori.

- În primul rând pacientul prezintă o accelerare destul de pronunțată în dezvoltarea fizică (creștere rapidă) - 1,90m, și mai continuă să crească la 21 de ani. După părerea noastră, această situație și creează un dezechilibru între toate procesele și mecanismele de dezvoltare ale organismului și de mineralizare a țesuturilor dentare. În asemenea cazuri nu toate țesuturile primesc substanțele necesare în termenul programat.

- În al doilea rând, alimentația pacientului nu este tocmai cea mai bună, adecvată situației date. Pacientul mănâncă ce-i place și nu ce trebuie- lactatele, terciurile, legumele nu prea sunt în favoare, mai mult folosește glucidele, băuturile acidulate.

- În al treilea rând, el suferă de mai mult timp de unele boli respiratorii și gastrointestinale.

- În al patrulea rând și igiena cavității bucale nu permanent este efectuată corect și regulat, neținând cont de prezența anomaliei dentomaxilare.

- Nu este exclus și factorul ereditar, deoarece bunica acestui tânăr are numai 12 dinți, restul dinților au fost pierduți în rezultatul procesului carios și complicațiilor lui.

- Factorul salivar probabil deasemenea a jucat un rol important în mineralizarea smalțului, deoarece saliva prezenta o vâscozitate mărită. PH-ul salivei era egal cu 6,8 la moment. În literatura de specialitate se descrie că PH-ul de 6,6-6,8 nu favorizează remineralizarea smalțului, iar valoarea PH-lui de 4,5-5 provoacă demineralizare.

La toți pacienții examinați din lot a fost stabilit diagnosticul- **carie explozivă**.

Tuturor pacienților li s-a administrat un tratament complex **local și general** care a inclus:

- periajul dentar cu pastele Radiace și Novîi Jemciug;

- clătături cu lapte;

- badijonarea cu Calcevit și aplicarea unui bulete de vată în cavitățile carioase după preparare cu scop de remineralizare a plăgilor dentinare;

- șlefuirea și badijonarea cu Clacevit a suprafețelor cervicale afectate de caria superficială;

- pe zonele hipomineralizate și maculare se aplica Calcevit pe 10-15 min

- peste două zile, cavitățile carioase se curățau, se spălau apoi pe planșeul lor se aplica Calcevit, după ce se obturau conform indicațiilor.

- suprafețele **hipomineralizate și demineralizate** (în carii incipiente și superficiale) continuau să fie badijonate și acoperite cu Calcevit în multe vizite la rând.

În afară de tratamentul remineralizator local, pacienților se administra tratament remineralizator **general**:

- preparate (Ca-D3 Nicomed Forte, Vitrum, Alendra (tranzitor de Ca).

- dieta – lactate, terciuri, legume.

La sfârșitul tratamentului, la majoritatea pacienților, zonele cu **carie maculară** și hipomineralizare, se remineralizau devenind mai dure, mai lucioase și căpătau o nuanță gălbuie, iar zonele hipomineralizate în genere dispăreau. Toți pacienții din lot au fost luați la evidență.

### Concluzie

1. Cariile incipiente, superficiale și hipocalcificările (hipomineralizările) la tineri afectează preponderent suprafețele netede vestibulare în regiunea coletelor, având o evoluție acută (explozivă).

2. Cauzele acestor manifestări sînt:

-modificările hormonale;

-acelerația în dezvoltarea fizică;

-utilizarea necontrolată a glucidelor și băuturilor acidulate;

-acțiunea undelor electromagnetice de la computere.

3. Depistarea timpurie a hipomineralizărilor și demineralizărilor (carii maculare și superficiale), și administrarea măsurilor curativo-profilactice, pot micșora morbiditatea carioasă, viteza evoluției cariei și în final pierderea timpurie a dinților.

4. Tratamentul, obligatoriu va fi complex: local, general și etiopatogenic, dar și îndelungat, iar pacienții să fie motivați către îndeplinirea acestui tratament.

### **Bibliografie**

1. Eni Ana, Burlacu Valeriu Afecțiuni ale țesuturilor dure dentare. Chișinău, 2010.
2. Graham J. Mount, W. R. Hume. Conservarea și restaurarea structurii dentare. ALL Educational București, 1999.
3. Piiescu A., Gafar M. Cariologie și odontoterapie restauratoare. București, 2006.
4. Nicolau Gh. și coautorii. Odontologie practică modernă. Nasticor. Vector, 2010.
5. Борисенко А.В. Кариес Зубов. Киев, 2000.
6. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология. Москва, 2003.
7. Камерон А., Уидмер Р. (под ред.). Справочник по детской стоматологии. Москва, 2003, (перевод с английского под редакцией Виноградовой Т.Ф. и другие).
8. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. Москва, 2003.
9. Пахомов Г.Н. Первичная профилактика в стоматологии. Москва, 1982.
10. Яковлева В.И., Давыдович Т.П., Трофимова Е.К., Просверьяк Г.П. Диагностика, Лечение и профилактика стоматологических заболеваний. Минск, 1995.

## **PARAMETRII CLINICI ȘI ELECTROMETRICI A PULPEI DENTARE ÎN CARIA MEDIE ȘI PROFUNDĂ**

**Lidia Eni**

Catedra Stomatologie terapeutică USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***Clinical and electrometrical indices of the condition of the pulp in dentine caries***

In the actual study it has been determined the electroexcitability index of dental pulp for 40 patients in 66 molars, the number of measurements being 143. The results of the investigations have proved that the electroexcitability of dental pulp decreases both in the case of medium and deep caries, in average, with 23.5 mcA.

**Key words** : electroexcitability, pulp, tooth, caries, dentine.

### **Rezumat**

În actualul studiu s-a determinat indicele electrosensibilității pulpei dentare la 40 pacienți, în 66 molari, numărul măsurărilor fiind - 143. Rezultatele investigațiilor au demonstrat, că electrosensibilitatea pulpei dentare scade atât în cazul cariei medii cât și în cazul cariei profunde, în mediu cu 23,5 mcA.

**Cuvinte chee**: electroexcitabilitate, pulpă, dinte, carie, dentină.

### **Actualitatea**

Caria dentară este un proces patologic cronic, propriu țesuturilor dure ale dintelui, caracterizat prin demineralizarea, infecția și necroza progresivă a acestora de la periferie spre profunzime. Evoluția cariei este centripetă, cu mers progresiv, extensiv. Pornind de la un punct de pe suprafața dintelui, caria, după breșa făcută în smalț, se extinde în dentină, pe o porțiune mai mare decât a orificiului de pătrundere din smalț.

Prima etapă în evoluția oricărei leziuni carioase are loc demineralizarea prizmelor de smalț, sub influența acizilor formați de placa bacteriană, această demineralizare determină ulterior prăbușirea prizmelor subminate, la această etapă apare prima reacție pulpo-dentinară determinată de dedifuzia primelor bacterii în tubulii dentinari și afectarea prelungirilor odontoblastice în regiunile de comunicare a prizmelor smalțiene demineralizate cu tubulii dentinari subiacenți.