

Rezultatele și concluzii

Utilizarea sistemelor ultrasonice în endodonție a extins enorm posibilitățile medicului stomatolog de a atinge succesul la extragerea corpurilor străini din canalul radicular. Utilizarea ultrasunetului asigură adesea posibilitatea de repetare a tratamentului endodontic și a celui protetic, anihilând iminența tratamentul radical al unor asemenea dinți și permițând pacienților să-și păstreze, ceea ce înseamnă că are un viitor optimist.

Bibliografie

1. Budd JC, Gekelman D, White JM. Temperature rise of the post and on the root surface during ultrasonic post removal. *Int Endod J.* 2005 Oct ; 38 (10) : 705-11.
2. Carr GB. Ch 24 : Retreatment. In : Cohen S, Burn RC. *Pathways to the pulp*, 7th ed. St Louis: Mosby 1998 : 791-834.
3. Crump MC, Natkin E. Relationship of broken root canal instruments to endodontic case prognosis : a clinical investigation. *J Am Dent Assoc* 1970 ; 80 :1341-7.
4. Kim S. The microscope and endodontics, *Dent Clin N Am* 48 : 11-18, 2004.
5. Levin HJ. Access cavities. *Dent Clin North Am.* 1967 Nov : 701-10.
6. Madarati AA, Qualtrough AJ, Barr DC. Vertical fracture resistance of roots after ultrasonic removal of fractured instruments. *Int Endod J.* 2010 May;43(5):356-62
7. Martin H, Cunningham WT. Endosonics - the ultrasonic synergistic system of endodontics . *endod Dent Traumatol* 1985 : 1 : 201-206.
8. Richman MJ. The use of ultrasonics in root canal therapy and root resection. *J dent Med* 1957 : 12 : 12-18.
9. Ruddle CJ. Nonsurgical retreatment. *J Endod.* 2004 Dec ; 30 (12) : 827-45.
10. Smith BJ. Removal of fractured posts using ultrasonic vibration: an in vivo study. *J Endod.* 2001 Oct;27(10) :632-4.
11. Ward JR, Parashos P, Messer HH. Evaluation of an ultrasonic technique to remove fractured rotary nickel-titanium.

DEFECTELE CUNEIFORME, ETIOLOGIE, CLINICĂ, TRATAMENT

Alexei Terehov

Catedra Propedeutica stomatologică și Implantologie dentară "Pavel Godoroja",
USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Teeth cuneiform defect: the ethiologi, clinic and treatment

The clinic dental exam was effected at patients at the age between 17 -70 years, with a typical cuneiform teeth defect. At the first stage of disturbance patients don't have any visible clinical signs on their teeth only the hyper sensitivity to the mechanic and termic irritants. At the next stage of disturbances developing the essential damages of teeth enamel was shown.

In the treatment of cuneiform defect there were used contemporary composite materials. In cases of mouth's igienic problems it was used CIS.

Rezumat

Examenul clinic stomatologic a fost realizat la pacienți de o vârstă 17-70 ani cu defecte cuneiforme: la etapele incipiente fără semne obiective clinice pe dinți, cu sensibilitate la excitanți mecanici, termici, chimici și la etapele cu destrucții profunde a smalțului și dentinei ajungând, în unele cazuri, până în apropierea camerei pulpare. În restaurările defectelor cuneiforme au fost utilizate materialele compozite contemporane, și în cazurile de igienă defectuoasă a cavității bucale la pacienți, au fost folosite CIS.

Actualitatea

La etapa cunoștințelor actuale se constată o tendință de creștere considerabilă a incidenței afecțiunilor necarioase a țesuturilor dure dentare, printre care și a defectelor cuneiforme [12].

Coletul dintelui este unul din locurile cele mai vulnerabile, propice pentru formarea unor variate defecte ale țesuturilor dure dentare.

Din punct de vedere anatomo-patologic, defectul cuneiform este o reducere progresivă (cu viteză variabilă) a țesuturilor dure (smalțului și dentinei) pe suprafața vestibulară (bucală și labială) în zona coletului dintelui, având configurație V-formă.

Evoluția defectului reduce treptat țesuturile dure ale dintelui, lent pătrunde în profunzime, dar nu formează comunicații cu camera pulpară, pulpa rămânând acoperită [6]. În cazurile de netratare la timp la distrugerea profundă a țesuturilor dure sub influența sollicitației mecanice, se poate produce fractura coroanei dentare.

Denudarea coletului dintelui și tratamentul acestui defect în stomatologie este un fenomen destul de comun.

Defectele cuneiforme unice sau multiple se localizează în regiunea coletului, pe suprafața vestibulară a caninelor și premolarilor a maxilarului superior și inferior. Din acest punct de vedere, pacienții acuză la dereglări în funcția fizionomică - una dintre principalele funcții ale aparatului dentomaxilar cu rol deosebit în integrarea pacientului la viața socială [10,12].

Această afecțiune a dinților mai frecvent se întâlnește la pacienții de o vârstă mijlocie și la vârstnici. La etapele incipiente defectele cuneiforme se depistează și la pacienții tineri.

La ora actuală defectele cuneiforme se consideră ca afecțiuni polietiologice și nu există opinii unanime în privința etiopatogeniei. Deaceia, cauzele ce au cauzat boala respectivă, trebuie analizate separat.

Studiile clinice și experimentale acreditează ideea că fenomenul defectului cuneiform depinde de factori cauzali multipli, care trebuie să acționeze simultan pentru declanșarea afecțiunii. Explicarea mecanismului de producere ale acestui defect a adus în discuție următoarele opinii:

În parodontite, în special parodontoză, cu procese osteice, destructive și de atrofiere a gingiei urmează dezgolirea coletului dentar, ceea ce servește ca motiv de a afirma, că defectul cuneiform este una dintre manifestările clinice ale bolilor parodonțiului [10,12]. Cu toate acestea nu s-a stabilit raport direct între afecțiunile date.

- Mai frecvent defectul cuneiform este depistat la bolnavii cu diferite dereglări din partea organelor interne ale sistemului digestiv - gastrite, colite cronice, hepatite, ulcer duodenal; la bolnavii cu dereglări ale sistemului central nervos ale glandelor endocrine, în particular al tiroidei; la reconvalescenți, care au suferit de encefalită infecțioasă. Debutul defectului cuneiform ale dinților depinde de starea generală a organismului bolnavilor.

- Anomaliile ocluzale, bruxismul ca traumă ocluzală exercită asupra dintelui solicitări supraliminare (nefiziologice ca intensitate, durată, frecvență, direcție), deteriorări ale smalțului (microfișurări, microașchieri, microfracturări) invizibile cu ochiul liber. Prin urmare, toate aceste modificări patologice favorizează dezvoltarea defectului cuneiform [11,2,10,].

Igiena incorectă a cavității bucale, tehnica incorectă de periaj ale dinților, trauma mecanică directă prin periaj excesiv, folosirea periutelelor cu fibre aspre și a materialelor igienice iritante, maximal abrazive nu întotdeauna echilibrate din punct de vedere a PH-ului, de asemenea favorizează evoluția defectelor cuneiforme [4].

De cele mai multe ori pacienții nu pot preciza momentul debutului bolii, simptomatologia afecțiunii fiind nesemnificativă. În unele cazuri ea indică locul defectului pe coletul dintelui cu o sensibilitate la atingerea dintelui cu unghia degetului.

La stadiile incipiente al defectului cuneiform pe dinți nu se observă semne obiective clinice. Cu timpul, pe dintele în cauză pacienții acuză o sensibilitate mai mult sau mai puțin dureroasă la agenți mecanici, o hipersensibilitate la diferiți excitanți termici, chimici (la rece, fierbinte, dulce).

Evoluția clinică, etiopatogeneza și tratamentul defectului cuneiform și a altor afecțiuni necarioase este foarte puțin descrisă în literatura de specialitate românească, „...practic, absența cariilor la dinții cu îmbolnăviri de tip distructiv ale parodontiului marginal, situație care nu este explicată în literatura de specialitate...” (conf. dr. M. Traian Dumitriu) [7].

Cum poate oare fi determinată o denudare a coletului dentar, ce ar necesita tratament? Deoarece pacientul nu întotdeauna poate remarca vizual debutul bolii la un stadiu incipient!? De obicei, denudarea coletului dintelui este însoțită de apariția unor dureri de scurtă durată la consumarea unor alimente reci, dulci sau acide. De asemenea, poate apărea un disconfort la periajul dinților când sunt atinse cu peria locurile problematice. Cu toate acestea, aceste simptome pot fi văzute doar la persoanele tinere. La persoanele în vârstă, denudarea coletului dentar nu provoacă, de regulă, efecte secundare.

De ce coletul dentar denudat necesita tratament? Pe lângă disconfortul estetic și senzațiile dureroase, pacientul cu o asemenea boală, până la un timp oarecare, nu este deranjat mai mult de nimic. Cu toate acestea, în absența unui tratament adecvat și în timp util coletul denudat al dintelui poate duce la distrugerea rapid progresivă a dintelui.

Cel mai interesant lucru în stomatologia modernă este faptul că pentru coletul denudat al unui dinte oarecare de nu a fost inventat până acum un tratament temeinic, cu rezultate predictibile, ce ar elimina complet cauzele și recidiva acestui tip de defect. La momentul actual, pentru a soluționa un astfel de defect estetic stomatologiei propun închiderea lui cu restaurații, fațete și chiar coroane protetice. Dar, lucru uimitor, orice soluție menționată este fiabilă mult mai puțin timp la soluționarea patologiei respective decât aceeași lucrare realizată dintr-un alt motiv.

Obiectivele

Studierea și precizarea particularităților clinice a defectului cuneiform, stabilirea și utilizarea materialelor și metodelor eficiente în tratamentul afecțiunii date.

Materialul și metodele. Discuții

Depistarea precoce a proceselor patologice la stadiile incipiente în defectul cuneiform, înainte de producerea destrucțiilor țesuturilor dure a dinților, sunt obiectivele de bază a planului de diagnostic și tratament eficient.

Apariția semnelor obiective clinice se produce târziu în cursul dezvoltării defectului cuneiform și sunt precedate de o lungă perioadă de reducere lentă, progresivă a smalțului și a dentinei.

Diagnosticul afecțiunilor ale dinților canini și premolari a fost bazat pe: analiza semnelor subiective-anamneza și analiza semnelor obiective obținute la examinarea dinților: prin inspecție, termoprobe, percuție și palpate efectuată cu o sondă care apreciază consistența smalțului și a dentinei.

Înainte de examinarea clinică a fost realizată înlăturarea depunerilor dentare.

Examenul stomatologic s-a efectuat la *pacienți de diferită vârstă (17 - 70 ani)*.

La etapele incipiente a evoluției defectului cuneiform, cu ajutorul lupei, se observă eroziuni, fisuri fine, microfracturi superficiale ale smalțului în zona coletului dintelui la pacienții tineri, la o vârstă până la 30 de ani. Acești pacienți acuză la o durere scurtă ascuțită la agenții termici (la rece, fierbinte) și nu întotdeauna la dulce. Atingerea dintelui în cauză cu sonda este sensibilă, dureroasă.

Dintele cu defectul cuneiform sub formă de prismă triunghiulară cu pereții netezi, lucioși, fără dentină ramolită este foarte sensibil la palparea cu sonda. Așa afecțiuni au fost depistate în zona coletului a caninilor și premolarilor a maxilarilor inferiori și superiori la pacienții după 40 de ani. La ei lacunele cuneiforme reprezintă un aspect săpat în profunzime cu distrucția țesuturilor dure. Pacienții acuză o hipersensibilitate la agenții chimici, mecanici, termici, reprezentată de senzație dureroasă de diferită intensitate.

Actualmente, clinic se disting patru etape evolutive ale defectelor cuneiforme:

- Afecțiuni care nu se evidențiază cu ochiul liber, sensibile la diferiți excitanți;

- Defecte cuneiforme superficiale: fisuri, eroziuni generate prin microfracturi ale smalțului cu o lungime de 3-3,5 mm și o adâncime de 0,2 mm.

- Defecte cuneiforme medii, formate din două suprafețe plane situate sub un unghi de 40°-45° (de formă triunghiulară) cu o adâncime de 0,2-0,3 mm și o lungime de 3,5-4 mm, de culoare identică cu dentina sănătoasă.

- Defecte cuneiforme cu distrugerea straturilor profunde a țesuturilor dure (smalțului și dentinei, până la o adâncime de 5 mm, ajungând în apropierea camerei pulpare [10].

Cercetările electrono-microscopice[15] în regiunea lacunelor cuneiforme au stabilit mineralizarea excesivă a smalțului, care se manifestă prin stenoza spațiilor interprismatice și dezintegrarea imaginii limitelor a cristalelor de hidroxiapatită.

Ultrastructura dentinei pe suprafața defectului cuneiform detectează obliterarea totală a tuburilor dentinari[8].

Reieșind din datele cercetărilor ultrastructurale ale smalțului și dentinei, autorii [8] recomandă metoda de tratament complex cu terapie locală și generală de remineralizare cum ar fi: calciu glicerofosfat, aplicații cu soluția gluconat de calciu 10%, clorură de potasiu 2%, polivitamine de tipul „Klamin”, „Fitolon” și aplicarea pastelor de dinți ce conțin fosfat. Terapia dată se prelungește timp de o lună. Această cură e necesar de repetat nu mai puțin de 2 ori pe an, pentru a obține un rezultat persistent, deoarece destrucțiile țesuturilor dure a dinților se prelungesc sub plombe și favorizează pierderea lor prin folosirea unor compusi ,ce contin fluor. Substanțele respective facilitează formarea precipitatelor intra-si extratubulare de fluorizi de calciu, care contribuie la închiderea tubulilor dentari.Concomitent cu aceasta, stratul de fluorid de calciu asigură protecția contra acțiunii acizilor cariogeni, produși de microflora cavitații bucale. Alt mod de tratare a hipersensibilității ,al carui mecanism de acțiune exact nu se cunoaște până în prezent, se bazează pe utilizarea sărurilor de potasiu , în special nitrate de kaliu, care, după cum se presupune, blochează conducerea impulsurilor nervoase prin prelungirile odontoblaste.

Merită sa menționăm că aplicarea acestui tratament reprezintă mai degrabă o metodă simptomatică de tratament.

Astfel, aplicarea unor paste de dinți si soluții de fluor speciale nu aduc o ameliorare stabilă.

Deaceea , atât pacienții, cât si medicii , ar fi fost extrem de bucurosi unei metode mai sigure , capabile de a lichida sensibilitatea dureroasă în regiunea defectului cuneiform sensibil ale dintilor.

Produsul Gluma Desensitizer, propus de firma Heraeus Kulzer este destinat special pentru tratarea defectelor cuneiforme sensibile ale dintilor .Acest Gluma Primer face parte din sistemul de adezivi dentari Gluma, elaborat anterior de firma Bayer.El consta din 35% HEMA(2-Hydroxyethylmethacrylat) si 5% Glutaraldehyda.

HEMA este cunoscut în calitate de monomer cu calități absorbante bune, care contribuie, în acest fel, la o patrundere mai profundă a soluției ,si împreuna cu aceasta-a Glutaraldehydei.

Partea forte a preparatelor, care conțin Glutaraldehyda, folosite în tratamentul coletelor sensibile ale dinților ,consta în simplitatea utilizării.

Inchiderea tubulilor dentari denudați poate fi realizată datorită aplicării sistemului de adezivi dentari Gluma cu fotopolimerizarea ulterioară.

Obiectivul adezivilor dentari reprezintă defuziunea sistemului de monomeri în dentină.

La ermetizarea suprafețelor dentare , grație aceluiași mecanism , tubulii sunt sigilați , și prin aceasta este blocată conducerea de mai departe a excitațiilor provocate de factorii externi, îndreptate asupra substanței dure dentare.

Datele obținute din propria practică sugerează , că aplicarea adezivilor dentari contribuie la diminuarea considerabilă a sensibilității pe un termen de la 6 luni până la 1.5 ani.

În cazul aplicării soluțiilor, ce conțin monomeri, alt fel de spus , la folosirea Gluma Desensitizer, trebuie de avut grijă ca aceștia sa fie aplicați doar pe porțiunile dentare , evitând acoperirea unor suprafețe mai cu implicarea tesuturilor moi circumiacente , deoarece , în caz contrar , se poate produce iritația membranei mucoase.

La utilizarea adezivilor dentari fotopolimerizabili este necesar de a verifica minuțios, dacă în șantul gingival (sulkus) nu s-a acumulat o cantitate excesivă de adeziv, pentru a evita iritarea mecanică a parodontiului marginal.

Cu condiția respectării acestor măsuri de precauție adezivii dentari ameliorează destul de sigur starea pacienților, suferizând de hipersensibilitatea a colatilor dentare.

În restaurarea defectelor cuneiforme profunde (etapele evolutive 3-4) se recomandă utilizarea compomerilor, cimenturilor cu ionomeri de sticlă (CIS) și materialelor compozite contemporane [6,1,8], care elimină ioni de F și Ca menținând remineralizarea fundului și pereților lacunelor cuneiforme.

La tratamentul de defecte cuneiforme, în ciuda lipsei unei demineralizări vizibile a țesuturilor dure dentare și aspectului neted, „lustruit” al suprafeței pereților cavității, la acest stadiu de pe pereții și de pe fundul cavității este recezată dentina la o adâncime de 0.5-1 mm. Această acțiune este justificată prin faptul că dentina de la suprafața defectului este schimbată destul de puternic din punct de vedere morfologic. Prin urmare, fără preparare, nu va fi asigurată adeziunea fiabilă și aderența marginală a materialului de restaurare.

În sensul marginii incizale se realizează un bizou smalțiar lin cu lățimea de 2-5 mm. În dependență cu aceasta pentru a îmbunătăți aspectul estetic al restaurației, se recomandă realizarea unui bizou cu contururi ondulate. [4]

Ca metode alternative de tratament a afecțiunilor cuneiforme din zona coletului dentar se recomandă:

- restabilirea defectului cu ajutorul unui fragment din smalțul dintelui extras [5].
- de a folosi sistemele adezive contemporane fără a utiliza căptușeli protectoare din CIS [9, 16]; sistemele adezive blochează circulația intracanaliculară a lichidului dentinei și smalțului, înlăturând hipersensibilitatea dentară (*conform teoriei hidrodinamice ale lui Brannstrom*).

Sistemele adezive contemporane formează joncțiuni trainice cu dentină umedă și cu smalțul, chiar și în cazurile fără prepararea cavităților în zona coletului. Trăinicia restaurărilor cu materiale compozite în zona defectelor cuneiforme depinde de elasticitatea compozitului (modul Jung [16]). În restaurările defectului cuneiform clinic mai eficiente sunt materialele cu modul Jung mic (compozite microfile și microfîne). Însă, conform datelor Van Meerbeek etc. [17], așa plombe, necătând la trăinicia lor, reprezintă defecte marginale. Compozitele cu modul Jung înalt sunt stabile la compresiune, iar adezivitatea lor la dentină este slabă. Căptușelile din CIS sub materiale compozite provoacă pierderea plombelor.

Conform datelor oferite de Duke și Lindemuth [17] dentina scleroasă, hipermineralizată ce se observă în zona afecțiunii precervicale reprezintă o sensibilitate diminuată la adezivi. Procesele de hipermineralizare progresând în zona defectului cuneiform provoacă obturarea canaliculelor dentinare cu sedimente cristaline minerale, în așa fel favorizând accesibilitatea dificilă a sistemelor adezive în aceste zone și în consecință diminuând eficacitatea restaurărilor. Astfel, din acest punct de vedere nu este rațional de aplicat local terapia de remineralizare în zona dentinei hipermineralizate înainte de restaurările cu materiale de compozite. În scopul sporirii eficacității clinice a restaurărilor cu materiale compozite defectul cuneiform (în zona coletului dinților) se recomandă de a obține prealabil șanțuri retentive pe perețele pregingival al dintelui [2].

În afară de aceasta, unii autori recomandă de a folosi sisteme adezive „smear layer” care eliberează dintele de stratul „uleios” și concomitent realizează decalcinarea stratului superficial a dentinei în zona precervicală [9, 17]. În calitate de substanță de pretratament se recomandă gelul acidului ortofosforic și alți agenți ce conțin acizi slabi [17].

În tratamentul defectelor cuneiforme, în regiunea coletului dinților incisivi și premolari pe suprafața vestibulară au fost utilizate materiale compozite fotopolimerizabile ori cimentul ionomer de sticlă – CIS, mai frecvent a fost folosit la pacienții cu igienă defectuoasă a cavității bucale și la pacienții cu o cantitate excesivă de salivă.

Concluzii

Defectul cuneiform este o reducere progresivă a țesuturilor dure a dinților în zona coletului, pe suprafața vestibulară a caninilor și premolarilor a maxilarului superior și inferior.

Mai frecvent defectul cuneiform a fost diagnosticat la pacienții de vârstă mijlocie și la vârstnici (după 40 ani) sub formă de prismă triunghiulară cu pereți netezi, lucioși, fără dentină ramolită.

Diagnosticarea precoce la stadiile incipiente în defectul cuneiform, până la producerea destrucțiilor țesuturilor dure a dinților, are un rol esențial în tratamentul afecțiunii.

Defectul cuneiform se consideră ca afecțiune polietologică, provocată de următorii factori: parodontoza cu procese destructive și de atrofiere a gingiei cu urmarea dezgolirii coletului dentar; diferite dereglări din partea organelor interne, sistemului central nervos și a glandelor endocrine.

Anomaliile ocluzale, bruxismul, care exercită solicitări supraliminare asupra dintelui la stadiile incipiente ale defectului cuneiform și favorizează apariția micro fisurărilor și microfracturărilor smalțului.

Defectele cunifforme mici se trateaza pe baza sistemului adeziv.

În restaurarea defectelor cuneiforme profunde se recomandă recezarea dentinei lustruite, netede, morfologic schimbată la o adincime de 0.5-1mm.

Anticipat, în timp de o lună de zile, înainte de tratarea defectului cuneiform cu materiale compozite, pacienților nu se recomandă de a folosi paste de dinți și alte remedii medicamentoase ce mențin procesele de mineralizare a dentinei.

Pentru tratarea defectelor cuneiforme au fost utilizate materiale compozite fotopolimerizabile. La pacienții cu igienă defectuoasă a cavității bucale a fost folosit CIS fotopolimerizabil.

Bibliografie

1. Биденко Н. В. Стеклономерные материалы и их применение в стоматологии. Москва «Книга плюс» 2003. стр.91-92.
2. Браем Марк. Пришеечные поражения вызванные давлением на зуб. - Фенестра. 1999.
3. Branstrom M. Dentine and pulp in restorative dentistry - Stokholm. 1981,123p.
4. Особенности эстетической рестаций.А.В. Салова si В.М. Рехачев;''Человек''2008.
5. Carvalho M, Ricardo M. Wellington C. et.al. Альтернативный метод восстановления некариозного поражения пришеечной части зуба Квинтэссенция, №3, 1995. стр.13-18.
6. Cherlea Valeriu. Cimenturile cu ionomeri de sticlă. Ed.: „Prahova", 1996, pag. 73-76.
7. Dumitriu Horia Traian, Dumitriu Silvia. Parodontologie. ed.: "Viața medicală românească", 1997, pag. 170-175.
8. Федоров Ю.А, Дрожкина В.А. Клиника, диагностика и лечение некариозных поражений зубов. Новое в стоматологии №10, 1997. 144с
9. Gogacci G., Mari G., Bozzuechi M. Краевая изоляция и биосовместимость бондингового агента четвертого поколения. - Dent Mater: 11 nevember, 1995 p. 343-347.
10. Грошиков М.И. Некариозные поражения тканей зуба. Москва «Медицина». 1985 170 с.
11. Piescu Andrei, Gafar Memet. Cariologie și odontoterapie restauratoare. București, Editura medicală. 2006. pag 151.
12. Луцкая И.К. Гидродинамические механизмы чувствительности твердых тканей зуба. Новое в стоматологии. №4, 1998, стр. 23-27.
13. Кине Б.Актуальность проблемы повышенной чувствительности зубов.Новое в стоматологии Nr.3, 2009 pag 52-53.
14. Pasley D. H. Проницательность и чувствительность дентина Proc. Finn. Dent Soc. 1992. 88с.

15. Патрикеев В.К. Клинические и электронно-микроскопические исследования твердых тканей зубов при некариозных поражениях Автореферат диссертации - КМН Киев, 1968. 19с.
16. Ralfh W. Skinner's science of dental materials. Phillips, 1991. 597 с.
17. Vanherie G., Van B., Braem M., Lambrechts P. Clinical aspects of Dentin Bonding Materials of International Simposium Euro Disney. Paris March. 1993. p.24-25.

RESORBȚIA RADICULARĂ: CAUZE ȘI PATOGENII **(Revista literaturii)**

Lilia Juratu

Catedra Stomatologie Terapeutică USMF „N. Testemițanu”

Summary

Root resorption: causes and pathogenesis

It is demonstrated that there are two phases in the etiology of various types of root resorption: defense tissue injury (mechanical or chemical) and irritation due to infection or compression.

Local factors that can cause the resorption are numerous. They can be mechanical due to dental traumas, excessive occlusal forces, nonphysiological constriction caused by crowding teeth, tumors, sometimes even surgical procedures. Both periapical infection and lesions caused by some chemicals play an important role in the root resorption.

Rezumat

Este demonstrat faptul că în etiologia diferitor tipuri de resorbție radiculară există 2 faze: lezarea țesuturilor de apărare (mecanică sau chimică) și iritarea ca urmare a infecției sau compresiei.

Factorii locali care pot duce la resorbție sunt numeroși. Pot fi mecanici ca urmare a traumatismelor dentare, forțe ocluzale excesive, comprimări nefiziologice provocate de înghesuirea dentară, dinți incluși sau tumori, uneori chiar și intervențiile chirurgicale. Un rol important îl are atât infecția periapicală, cât și lezarea provocată de unele substanțe chimice.

Scopul acestei publicații este studierea resorbției radiculare patologice ca incidență, manifestare clinică și paraclinică. Diagnosticarea la timp și calitativă a acestei afecțiuni fiind cheia succesului în garantarea funcționalității cât mai îndelungată a dintelui pe arcada dentară.

Resorbția radiculară reprezintă o complicație dentară severă, care se poate solda cu pierderea dintelui. În normă, țesuturile mineralizate ale dinților maturi nu trebuie să se supună resorbției. Dentina este protejată din interiorul dintelui de predentină și odontoblaste, iar la exterior de cement și cementoblaste. La dereglarea dezvoltării predentinei și precementului, cât și la o lezare mecanică pe suprafețele tisulare denudate are loc acumularea celulelor tip osteoclaste (odontoclaste), ceea ce duce la inițierea proceselor resorbtive. Atât pentru inițierea procesului distructiv, cât și pentru susținerea lui este necesar un stimul continuu.

Dacă factorii stimulânți nu sunt suficienți de puternici, atunci resorbția radiculară poartă un caracter tranzitor, totodată se poate observa regenerarea țesuturilor cu formarea unui țesut cementoid atât pe suprafața internă, cât și pe cea externă. Acest tip de resorbție se numește tranzitor.