

## STOMATITELE PROTETICE

Ana Eni<sup>1</sup>, Haralambie Vlas<sup>1</sup>, Ștefan Vlas<sup>2</sup>, Elena Vlas<sup>2</sup>

Catedra stomatologie terapeutică FECUSMF „N. Testemițanu”<sup>1</sup>  
Secția stomatologică nr.2 IMSP AMT Râșcani policlinica Nr.11”<sup>2</sup>

### Summary

#### *Prosthetic stomatitis*

Prosthetic stomatitis (PS) occurs as a result of using mobile prosthesis and creates quite pronounced and prolonged suffering to their carriers.

The occurrence of oral mucosal changes can serve as traumatic and toxic-allergic factors, but there are some natural phenomena aggravating their action. These are: the phenomenon of "thermostat" and the phenomenon of "medical suction cup".

Early detection of causal factors determines the patient's degree of suffering. Under our observation were 200 patients with various types of prosthetic stomatitis.

### Rezumat

Stomatitele protetice (SP) apărute în rezultatul utilizării protezelor mobile crează suferințe destul de pronunțate și îndelungate la purtătorii lor.

În apariția modificărilor mucoasei orale pot servi factorii traumatici și toxico-alergici, dar mai apar niște fenomene fizice care agravează acțiunea factorilor numiți. Acestea sunt: fenomenul de "termostat" și fenomenul "ventuzei medicale".

Depistarea timpurie a factorilor cauzali determină gradul suferinței pacienților.

Sub observația noastră au fost 200 pacienți cu diferite forme ale stomatitelor protetice.

### Întroducere

E știut că la persoanele cu vârstă mai avansată, în rezultatul consecințelor afecțiunilor dentoparodontale (periodontite, parodontite, sindroame parodontale) apare inevitabilitatea în extracțiilor dentare masive, care la rândul lor crează edentații parțiale sau totale. Asemenea pacienți se adresează la medicul stomatolog pentru a-și îmbunătăți funcția dentomaxilară. În așa cazuri pacientului i se propun diverse variante de restabilire a arcadei dentare – cu proteze fixe sau mobilizabile. La acești pacienți condițiile create în cavitatea bucală sunt foarte variate, iar medicul *planificând confecționarea* unui tip de proteze se conduce după regulile standarde, fără a ști și a ține cont de condițiile obișnuite pacientului până la protezare (sau când el avea dinții săi). În rezultat multe proteze confecționate destul de bine (la prima vedere) nu-l satisfac pe pacient și prezintă anumite acuze și pretenții medicului. În așa situații medicul stomatolog le dă pacienților *careva sfaturi, fac corecții, le propun să rabde, să se obișnuiască* și a.m.d.

Însă între timp la pacienți nu se petrece *încorporarea firească a protezei*, scoțând în evidență următoarele simptome: urme de la presiunea protezei asupra campului protetic care provoacă dureri ușoare sau senzații neplăcute, hiperemie, sau chiar eroziuni și ulcere. Aceste simptome pot fi *localizate* sau *difuze* în funcție de *gradul* și *caracterul* factorului provocator. Modificările apărute implică toate țesuturile câmpului protetic (epiteliu, țesutul conjunctiv, periostul, osul) și se manifestă divers la diferiți pacienți. Aceste stări sunt numite *stomatite protetice* (S.P.).

Deoarece în asemenea situații *problema protetică* trece în *problemă terapeutică* acești pacienți deseori se adresează la *stomatologii terapeuți – parodontologi*, care nu totdeauna sunt familiarizați cu acțiunea protezelor asupra mucoasei orale. Deseori simptomele apărute sunt *suportabile*, iar pacienții mai scot din când în când protezele pentru 1-3 zile până când simptomele se ameliorează, apoi iarăși le aplică așa de mai multe ori, problema capătă o *evoluție cronică* când medicul deseori nici nu știe de ea, iar pacientul pierde dreptul de a mai înainta pretențiile sale. Atunci pacientul caută *alți specialiști, consultanți* și se începe „*хождение по мукам*”. Aici e timpul să menționăm că deseori acest lucru se întâmplă din cauza că majoritatea medicilor înțeleg apariția acestor consecințe doar *teoretic*, din manuale și din *spusele pacienților*, și foarte rar cine din doctori *le-a simțit pe propria piele*. În afară de cele menționate apar situații

când sunt *comise erori medicale în planificarea și confecționarea protezelor* și aici se mai poate da un sfat medicilor – „*fă așa ca pentru tine*”.

Mai este necesar de a aminti despre *principiul – finisării tratamentului ortopedic* care prevede nu numai manoperele legate de planificarea, confecționarea și aplicarea protezei dar și ***observațiile în dinamică asupra pacientului, după protezare!***

*Acest principiu obligă medicul protetician să țină la evidență dinamică concretă pacientul până când va fi convins că perioada de adaptare a evoluat cu succes, iar pacientul se folosește de proteză, funcția fonetică e restabilită, sunt lichidate toate cauzele care au provocat stomatita protetică. Deci aplicarea protezei este o etapă responsabilă, dar nu mai puțin importantă este perioada adaptării către proteză, când apare necesitatea de a face unele corecții.*

Dacă principiul **finisării tratamentului ortopedic nu se respectă, nu se înlătura la timp consecințele erorilor comise anterior**, mulți pacienți care au primit proteze nu le utilizează numai din cauza că n-au fost stabilite **vizitele secundare** după aplicarea lor. La această situație Гаврилов Е.И. în an. 1979 considera că **medicul protetician e dator să folosească o anumită formă de adresare** – „*Vă rog să vă prezentați neapărat peste 3 zile – eu trebuie să verific și să corectăm defectele apărute*”. Întâlnirile medic/pacient vor continua până când medicul se va convinge că pacientul se folosește de proteză și nu mai există factori traumatici. Nu e admisibil sfatul: **Dacă vă supără ceva vă adresați**. Prin această adresare toată *responsabilitatea o atribuieți pacientului*, iar el nu este competent de a înțelege corect cele apărute, consideră că așa trebuie să fie. Prin asemenea atitudine noi creăm condiții pentru **agravarea patologiei!**

### **Materiale și metode**

Pe parcursul a zeci de ani de activitate au fost, **consultați și tratați peste 200 pacienți purtătorii de proteze mobile cu diferite modificări ale mucoasei orale care s-au încadrat în diagnosticul de Stomatite Protetice(S.P.)**.

E.I. Gavrilov, I. Oxman (1978) și A. K. Iordanișvili 1988, 2007 dau o descriere foarte desfășurată și complexă a tabloului clinic a acestor stomatice. Tot ei prezintă o clasificare destul de reușită, după părerea noastră, a stomatitelor protetice, conținând pe *etiologie, forma procesului, caracter, stadiu, evoluție, localizare*. Pe parcursul activității ne-am folosit de ea și o prezentăm.

### **Clasificarea stomatitelor protetice după Iordanișvili A. K. 1988-2007**

#### I. După etiologie:

- S.P. traumatică;
- S.P. toxică;
- S.P. alergică;
- S.P. provocată de f. fizici.

#### II. După forma procesului patologic:

- Catarală;
- Erozivă;
- Ulceroasă;
- Ulceronectrotică;
- Hiperplazică.

#### III. După evoluția procesului patologic:

- Acută;
- Subacută;
- Cronică (remisie, exacerbare).

#### IV. După localizare:

- De focar;
- Difuză.

#### V. După gravitate:

- Ușoară;
- Medie;
- Gravă.

Analizând tabloul clinic a SP la pacienții *examinați, consultați și tratați*, vom descrie unele stări clinice, fenomene, factori care au condiționat modificările câmpului protetic, provocând stomatita protetică. *Stomatitele protetice* reprezintă diferite modificări patologice ale țesuturilor câmpului protetic, au un caracter inflamator și sunt condiționate de prezența protezelor mobilizabile în cavitatea bucală.

Terminul – „**Stomatită protetică**” exprimă foarte corect conținutul - **reacția mucoasei câmpului protetic și cauza ei** – proteza (E.I. Gavrilov (1978).

Din cei 200 pacienți consultați 121 au fost femei și 79 bărbați cu vârsta între 50 – 85 ani. În timpul examinării s-a constatat că 179 pacienți sufereau de diverse patologii generale, preponderent ale TGI (tractului gastro-intestinal). Igiena cavității bucale era satisfăcătoare la 149 pacienți (preponderent femei).

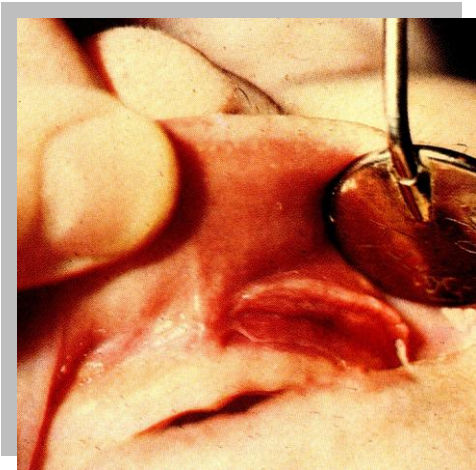
În rezultatul studiului efectuat asupra pacienților, putem menționa că **stomatita protetică** poate fi numită **S.P. poli etiologică**. Deoarece în majoritatea cazurilor (SP) apare în rezultatul nerespectării sau încălcării tehnologiilor de confecționare, fie condiționată de construcția protezei, sau de acțiunea nocivă a substanțelor chimice (monomerul, coloranții) care pot provoca *stomatita chimică* sau *alergică*. Nu este exclus că *factorii numiți mai sus* (traumatici, chimici, alergici) *acționează concomitent*, provocând niște *simptome combinate*. Tot aici nu pe ultimul loc sunt situate așa momente ca *strea generală a pacientului și starea igienei bucale*. În așa situații *este foarte dificil de stabilit cauza și diagnosticul* modificărilor apărute pe mucoasa orală.

Stomatitele protetice apărute pe fundalul acțiunii negative a factorilor fizici se pot manifesta prin 3 mecanisme:

1. *Mecanism traumatic*: ajustarea incorectă a protezei poate provoca trauma mucoasei favorizând dezvoltarea S.P. traumatice care apare preponderent îndată după aplicarea protezei – în rezultatul necoincidenței formei și dimensiunii bazei protetice cu câmpul protetic. Încălcarea regimului de polimerizare a protezei (în laborator) – fierberea, evacuarea și răcirea forțată a protezei fierbinți din gips conduce la formarea centrelor de tensiune internă care deformează ulterior proteza.

La pacienții noștri *stomatitele protetice traumatice* prezentau o varietate foarte mare de simptome și se manifestau la început prin *hiperemie, edem local sau difuz a câmpului protetic* în funcție de *localizarea și caracterul factorului traumatic*. Dacă factorul traumatic nu se înlătură în primele zile, în unele locuri apăreau eroziuni, ulcere dureroase, care deseori serveau drept cauza refuzului de a utiliza proteza.

*Stomatitele traumatice* au fost *depistate la 140 pacienți*, acuzele cărora au fost exprimate prin – dureri în locul traumei în timpul alimentării. *Această formă mai des era localizată (de focar) – în locul acțiunii factorului traumatic* unde se observa: hiperemie, edem, ulcere. La 7 pacienți cu *suprafața rugoasă a protezei* - pe tot câmpul protetic se observa o hiperemie difuză, edem, dar puteau fi și eroziuni.



În cazul acțiunii îndelungate a factorilor traumatici, *la pacienții mai toleranți, cât SP localizată atât și cea generalizată* se manifesta prin *aparitia proceselor ulcero-necrotice* pe fundalul inflamației catarale.

La majoritatea pacienților cu *Stomatite protetice traumatice* deseori se observau și *gingivite sau parodontite protetice*.

În 10 cazuri stomatitele protetice traumatice de focar se manifestau prin apariția edemului, hipertrofiei și ulcerului decubital care evolua fără mari dureri, cu o evoluție lentă de lungă durată. Aceste forme se mai manifestau prin hipercheratoză care poate conduce la malignizări.

**(figura 1. Ulcer decubital în locul traumei mucoasei cu marginea protezei).**

La 11 pacienți SP a apărut în rezultatul acțiunii „*efectului de seră (termostat)*” când – (sub proteză se păstra) temperatura constantă, umiditatea maximală, prezența spațiului închis, condiții favorabile pentru dezvoltarea microorganismelor (preponderent candidelor). Această situație favoriza apariția *unei inflamații difuze pe tot câmpul protetic cu hiperemie, edem, hiperplazie*. Deci în situația dată acționau cat factorul fizic atât și cel microbial. Deseori la acești pacienți protezele erau vechi, nu mai coincideau cu câmpul protetic, nu se mai fixau bine și provocau o traumă permanentă, iar prezența spațiului liber între mucoasă și proteză permitea acumularea masivă a resturilor alimentare, plus o igienă rea, stimula apariția inflamației cronice cu *hiperplazii pronunțate* (procesul alveolar – bălăbănea).

2. Efectul „*ventuzei medicale*” apare în cazul protezei totale pe maxilă, când se crează o **adeziune totală foarte bună**, apare situația de „**VID**” care de asemenea provoacă excitația fizică a mucoasei în rezultatul căreia pe **tot câmpul protetic apare edem, hiperemie, hiperplazie**. Aceste forme a SP în majoritatea cazurilor **se manifestau fără simptome subiective pronunțate**. Cu asemenea modificări sub observația noastră au fost 15 pacienți la care tot câmpul protetic era acoperit cu *formațiuni hiperplazice fungiforme de diferite dimensiuni situate pe un fon hiperemiat*.

Tratamentul complex al SP traumatice s-a efectuat în mai multe direcții.

#### **I. Tratamentul etiologic – înlăturarea factorilor traumatici.**

1. Corecția graniței și grosimii protezei.
2. Rebazarea protezei **în laborator!**
3. Corecția dinților artificiali.
4. Netezirea și poleirea ușoară a suprafeței interne a bazei protetice.
5. Atunci când modificările patologice pe mucoasa orală erau grave și stabile se recurgea la modificarea construcției protetice.
6. În unele cazuri se propunea confecționarea protezelor în 2 straturi cu utilizarea stratului moale, elastic la baza protezei.

#### **II. Tratamentul simptomatic medicamentos:**

1. Antiinflamator.
2. Antimicrobial (antimicotic).
3. Cheratoplastic – la necesitate (în cazul prezenței eroziunilor și ulceratiilor).
4. Chirurgical/ coagulația – la prezența papiloamelor.
5. Fizioterapeutic (raze ultrafiolete) darsonvalizarea, magnetoterapia.
6. Dieta cu excluderea produselor picante.
7. Non fumat.
8. Dispensarizarea - control periodic la medic.

În cazul lipsei rezultatelor pozitive se *consulta oncologul!*



(fig.2,3 SP protetică hiperplazică)

E. I. Gavrilov 1979 consideră că pentru a preveni apariția SP traumatice este necesar de a respecta câteva reguli, cât de medic, atât și de pacient:

1. Îndeplinirea sau executarea strictă a regulilor de planificare și confecționare a protezei;
2. Îndeplinirea principiului - *tratament ortopedic finisat*;
  - a. După aplicarea protezei medicul este obligat să facă observații asupra pacientului până când se va convinge complet de încorporarea completă a protezei și lipsa factorilor traumatici.
3. Asigurarea unui *instructaj clar și complet a pacientului* referitor la regulile de utilizare a protezei;
4. Evidență – dispensarizare;
5. Pacientul trebuie să respecte regulat și corect igiena *bucală* și a *protezei* și să se prezinte la medic.

**51 de pacienți** au prezentat modificări caracteristice pentru **SP acrilică**, apărută în rezultatul intoxicației mucoasei orale (preponderent a câmpului protetic) cu monomerul liber din baza protezei. Posibil, în aceste cazuri n-au fost indiferenți coloranții și umplătorii (plastificatorii) **care intră în componenta masei acrilice și se utilizează la confecționarea protezelor**. Această formă a **stomatitei protetice** apărea la purtătorii *protezelor acrilice mobilizabile* și se caracteriza prin *sialoree, arsuri în mucoasa cavității bucale*, care după înlăturarea protezei dispărea după 4-6 zile. În cazul aplicării repetate a protezei simptomele din nou apăreau peste 1-2 zile și se înteteau pe măsura acumulării concentrației monomerului în salivă (Э.Я. Баpec). Puterea acțiunii toxice a monomerului deseori depinde de:

- suprafața câmpului protetic;
- durata acțiunii, concentrația monomerului în salivă;
- viteza absorbției de către mucoasa cavității bucale. Aici e momentul să menționăm că capacitatea de absorbție a mucoasei orale se mărește în *prezența proceselor inflamatorii, acțiunii diferitor factori chimici profesionali sau alimentari (condimente, alcool, fumat)*.

În așa cazuri mucoasa câmpului protetic devenea hiperemiată, edemațiată dufuz. Dacă pacientul continuă să rabde și să utilizeze proteza, mucoasa căpăta o culoare vișinie cu mici peteșii pe ea. La acești pacienți mai apărea o sensibilitate mărită și o hiperemie ușoară și a altor secretoare ale mucoasei orale (limba, obraji).

39 pacienți din cei care s-au adresat prezentau simptomele **SP-alergice, manifestând o sensibilitate mărită, sau o reacție alergică de tip întârziat a mucoasei la componentele protezei**. Pacienții cu asemenea reacții prezentau *arsuri în mucoasa orală, xerostomie, modificări gustative* dar mai apăreau și *simptome generale așa ca: dureri de cap, insomnie, excitabilitate, erupții cutanate*. Asemenea simptome apăreau în primele 10 zile de contact a mucoasei cu proteza. La examenul obiectiv se depista o *hiperemie difuză cu edem pronunțat a mucoasei orale nu numai pe câmpul protetic dar și pe alte sectoare a ei*.

Din anamneză la acești pacienți s-a stabilit *prezența reacțiilor alergice și la alți alergeni*, care se manifestau sub diferite forme (rinite, dermatite, astm bronșic, 2 pacienți au prezentat situații foarte grave – edem Quincke (față, buze, obraji, limbă).

Diagnosticarea stomatitelor protetice *traumatice difuze, și toxico-alergice* deseori devine foarte dificilă, deoarece simptomele acestor forme a SP sunt foarte asemănătoare, mai mult spus, ele pot afecta pacientul concomitent.

**Tratamentul acestor forme se reduce la:**

1. Înlăturarea periodică a protezelor.
2. Tratament local simptomatic.
3. Administrarea hiposensibilizantelor cât local atât și general.
4. Igiena regulată și corectă a cavității bucale și a protezei.
5. În cazul prezenței gingivitei sau parodontitei – tratamentul lor.
6. În lipsa rezultatelor pozitive se va recurge la tratament ortopedic (altă proteză, alte tehnologii, alte materiale).

## Concluzii

1. Planificarea rațională a construcției protetice și respectarea strictă a tuturor etapelor și tehnologiilor în laborator.
2. Stomatitele protetice se pot prezenta ca o *patologie polietiologicală – traumatică și toxic-alergică*, dar deseori condiționată de anumite fenomene fizice ”fenomenul termostatului” și ”fenomenul ventuzei medicale” sub acțiunea nocivă permanentă a *factorului microbial*.
3. SP foarte des apar în rezultatul **acțiunii concomitente a factorilor și condițiilor numite**, ceea ce complică **tabloul clinic, diagnosticul și tratamentul**.
4. Asemenea situații necesită o anamneză și analiză mult mai profundă și îndelungată cu implicarea medicului și pacientului.
5. Tratamentul SP trebuie să fie complex, dar eșalonat cu excluderea *tuturor factorilor* dar și consecințelor (simptomelor) cronice, care pe parcurs pot provoca malignizare.
6. După aplicarea protezei este necesar verificarea graniței bazei protetice, calitatea poleirii protezei, corelația arcadelor dentare cu **prezența protezei în gură**.
7. Atenționarea pacientului spre senzațiile neplăcute care pot apărea și necesită corecție.
8. Respectarea principiului ”**tramentului ortopedic - finisat**”.

## Bibliografie

1. Боровский Е.В. «Терапевтическая стоматология» Москва, Медицина 2003, стр. 615-619,
2. Гаврилов Е.И., Оксман И.М. «Ортопедическая стоматология» Москва, Медицина 1978, стр. 299-307,
3. Гаврилов Е.И. «Протез и протезное ложе» Москва, Медицина 1979
4. Данилевский М.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф. «Заболевание слизистой оболочки полости рта» Москва 2001
5. Иорданишвили А. К. «Клиническая ортопедическая стоматология» Москва 1988, 2007, МЕДпресс-информ.

## STUDIUL ÎN VITRO A EFECTULUI BACTERIOSTATIC A HIDROXIDULUI DE CALCIU, HIDROXIDULUI DE CALCIU-CUPRU ȘI A HIPOCLORIDULUI DE SODIU 3% UTILIZATE ÎN TRATAMENTUL ENDODONTIC MODERN

**Oxana Balan**

Catedra Stomatologie Terapeutica, USMF “Nicolae Testemițanu”

### Summary

#### *In Vitro study of bacteriostatic effect of calcium hydroxide, calcium hydroxide-copper, and 3% sodium hypochlorite used in modern endodontic treatment*

In a comparative in vitro study was determined the bacteriostatic effect of three antimicrobial solutions used in endodontic treatment: calcium hydroxide, calcium copper hydroxide and sodium hypochlorite 3%. Mueller Hinton agar nutrient medium was used in Petri dishes previously seeded with swab inseminated with microorganisms. The microorganisms that were tested are: Escherichia coli, Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, Bacillus cereus and Candida albicans. It was determined that the highest bacteriostatic effect possessed 3% sodium hypochlorite, stopping the bacteria growth in 100%. The effect of calcium hydroxide and calcium hydroxide-copper was at the same level, stopping the growth of bacteria in 75%.

Cuvinte cheie: in vitro, bacteriostatic, substanțe antiseptice.