

PERIOSTITA ODONTOGENĂ

Vladimir Scutelnic, Dumitru Hițu, Mihail Cebotari

Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială „Arsenie Guțan”, USMF ”Nicolae Testemițanu”

Summary

Odontogenic periostitis

Clinical picture of acute odontogenic periostitis of the jaws can be various and it depends on: etiological factor, pathogenesis of the infectious process, its location and spread, age and concurrent diseases, and other factors. Evolution of acute odontogenic periostitis has a specific clinical peculiarity. It is more frequently located on the vestibular side of the alveolar process of the jaws. Radiological examination and antibioticogram are considered the main paraclinical investigations to establish the proper diagnosis. Periosteotomy is the compulsory method regardless of the clinical stage of the acute process. Evolution of periostitis is favorable.

Rezumat

Clinica periostitei odontogene acute a maxilarelor poate fi foarte variată și va depinde de: factorul etiologic și patogenia procesului infecțios, localizarea și extinderea lui, vârsta și maladiile concomitente, și alți factori. Evoluția periostitei odontogene acute are o particularitate clinică specifică. Mai frecvent e localizat pe partea vestibulară a procesului alveolar a maxilarelor. Examenul radiologic și antibioticograma sunt explorările paraclinice de baza în stabilirea diagnosticului. Periostotomia e metoda obligatorie indiferent de faza clinic a procesului acut. Evoluția periostitei este favorabilă.

Actualitatea

O parte importantă a patologiei este legată de afecțiunile periapicale a dinților și de manevrele de tratament endodontic. O altă cauză ale morbidității periostitei maxilarelor este traumatizarea în timpul și după diverse manipulații chirurgicale asupra dinților [1]. După datele secției de chirurgie oro-maxilo-facială (ChOMF) din Chișinău infecția ocupa I loc printre entitățile nozologice faciale. Periostita conform datelor secției de ChOMF din 2003 ocupă 29,7%, astfel plasându-se pe I loc printre bolnavii cu infecții odontogene [2]. După datele T. Побурцова (1990) și alți autori din străinătate, în anii 90, periostita maxilarelor era o complicație inflamatorie odontogenă frecvent întâlnită, alcătuind 20 – 40% [3]. Periostita odontogenă – este o inflamație acută a periostului procesului alveolar, cu formarea abcesului subperiostal pe parte vestibulară de cele mai dese ori și mai rar pe partea lingvală și palatinală a maxilarelor [4].

Scopul studiului dat a fost de a efectua o analiză a datelor contemporane a literaturii de specialitate privind frecvența, etiologia, clinica, diagnosticul și tratamentul bolnavului cu periostită odontogenă acută.

Material și metode

S-a efectuat o analiză selectivă a surselor bibliografice referitoare la frecvența, etiologia, clinica, diagnosticul și tratamentul bolnavului cu periostita odontogenă din ultimii ani, prin meoda studierii lucrărilor originale prezentate în literatura de specialitate peiodică, pe Internet și Medline și cazurile clinice proprii. Pentru atingerea scopului au fost examinate certificatele de boală în numar de 65, (Tab. 1) dintre care cu periostită acută 46, acordate în secția de chirurgie stomatologică a IMSP Centru Stomatologic Municipal pe parcursul anilor 2009 – 2011.

Tabelul 1. Numărul bolnavilor căora li sau eliberat foaie de boală

Anii	2009	2010	1011
Numărul total de bolnavi	7715	7373	7743
Buletine medicale	25	16	24
Periostita	21	5	20

Rezultate

Distribuția după diagnosticul pacienților carora li s-a acordat certificatele de boală indică că cea mai mare incidență o are Periostita cu 76,19 %, dintre care 58,33 % femei și 41,67 % bărbați.

Pentru atingerea scopului au fost studiați următorii indici, ca : vârsta, sexul, mediul de trai, diagnosticul, metodele de tratament și durata incapacității de muncă .

Limitele de vârstă ale pacienților au fost cuprinse între 21 și 61 de ani, vârsta medie fiind de 34 ani, incidența maximă s-a înregistrat în intervalele 20 – 30 de ani (48,43 %). Rezultatele obținute ne confirmă faptul că periostita odontogenă mai frecvent a fost întâlnită la persoanelor tinere, plasate activ în câmpul muncii ceea ce generează un șir de probleme sociale cu un important prejudiciu economic.

Datele obținute ne permit a face concluzie că în 81,53% cazuri pacienții au fost din municipiul Chișinău și suburbiile lui și numai în 18,53% cazuri sunt din alte localități probabil ei se tratează boală la locul de trai.

Repartizarea pe sexe a pacienților a evidențiat că 37 (56,92 %) dintre ei au fost de sex feminin, iar 28 (43,07%) de sex masculin. Este clar că partea sexului frumos atrage o mai mare atenție feței, inclusiv dinților, are o fobie mai mare de infecție și respectă indicațiile medicului.

Repartizarea după dinții cauzali arată că cel mai des implicat este dintel 8 -30,2 % , fiind urmat de către dinții 1 , 4 – câte 13,2 % , dintel 5 – 11,32 %.

Repartizarea duratei de incapacitate de muncă după entitățile nozologice arată următoarele rezultate: periostita ocupă locul I cu 194 zile, fiind urmată de pericoronarită 30 zile.

Metodele de tratament chirurgicale folosite în tratamentul afecțiunilor au diversi și au depins de factorii etiologici, starea generală a bolnavului, etc. În periostită acută – se efectuează deschiderea supurației pe cale endobucală urmată de îndepărtarea factorului cauzal – extracția dentară sau tratament endodontic a dintelui cauzal în cazul când sunt posibilități de a păstra dintele.

Discuții

Topografia periostitei: pe parte vestibulară a procesului alveolar – 85,6%; pe parte lingvală – 9,4%; pe parte palatinală – 5%. [5].

Particularitățile anatomo-topografice a periostului: Periostul fixat de mucoasă. Prezența dinților. Lezarea mucoasei. Fracturi. Punga parodontală.

Clasificarea periostitei:

După etiologie: Odontogenă; neodontogenă.

După nozologie: infecțioasă; traumatică.

specifice – actinomicoza, tbc, luis.

După clinică: acută (seroasă, purulentă); cronică (purulentă, proliferativă).

B. Безрыкова și coautorii (2000) mai clasifică periostita odontogenă acută în: limitată și difuză [3].

Etiologia: Periodontita acută și cronică exacerbată. Parodontita marginală cronică. Erupția dificilă a dintelui 8. Extracția traumatică a dintelui. Traumatismul direct. Complicațiile tratamentului conservativ.

Anatomia patologică va depinde de faza clinică. În stadiul de congestie (seroasă) – periostul este îngroșat din cauza edemului, infiltrat cu leucocite, vasele sanguine cu dilatare sau stază, în unele locuri hemoragii. Acest stadiu este reversibil. Forma supurativă – au loc schimbări reactive inflamatorii și distrofice care duc la resorbție osteoclastică a osului.

Mecanismele patogene de difuzare a infecției: Calea transosoasă. Calea submucoasă. Calea limfatică. Calea vasculară. Calea directă.

Clinica periostitei odontogene acute a maxilarelor poate fi foarte variată și va depinde de, factorul etiologic și patogenia procesului infecțios, localizarea și extinderea lui, vârsta și maladiile concomitente, și alți factori.

Periostita acută seroasă apare în primele 1 – 3 zile de la debutul bolii cu apariția durerii difuze în regiunea maxilarelor și edem difuz în regiunea țesuturilor moi adiacente.

Debutul periostitei acute purulente, la 2 – 4 zile, este de obicei acut, pacientul acuzând apariția durerilor la nivelul „dintelui cauzal”, apar modificări clinice în țesuturile moi.

Durerile se intensifică în regiunea procesului alveolar a maxilarelor, ele pot iradia pe treptul hemimaxilarelor pe treptul nervului trigemen, dar se micșorează la dintele cauzal. Dereglarea funcției în dependență de dintele afectat.

Semnele clinice generale a periostitei acute: Semnele generale incipient ușoară subfebrilitate; Slăbiciuni; Indispoziție; Astenie; Pierderea poftei de mâncare; Insomnie.

Diagnosticul periostitei: Acuza bolnavului: prezența edemului care treptat s-a mărit, cu apariția durerilor. Istoricul dezvoltării bolii: indică factorul etiologic. Examenul clinic exo- și endobucal. Clinica - Diagnosticul preventiv.

Explorările paraclinice: Examenul radiologic; Examenul de laborator; Antibioticograma; Puncția; Termometria .

Tratamentul medicamentos al periostitei include: Antibiotic cu spectrul larg de acțiune sau conform antibioticogramei; Antifungice; Antidolorante; Antipiretice; Vitaminoterapia; Alimentația semilichidă.

Profilaxia periostitei: Informația privind adresarea populației în instituțiile curativo-profilactice. Asanarea cavității bucale. Ridicarea imunității organismului. Ridicarea nivelului de trai și cultural al populației. Accesul la serviciile medicale a fiecărui cetățean a statului.

Evoluția pacientului ce a suportat o periostită este în majoritatea cazurilor favorabilă și rezultatul reabilitării este bun. Recomandări: Asanarea cavității bucale la timp. Vizita medicului stomatolog de două ori pe an. Adresarea cât mai urgentă la specialist în cazul unei infecții.

Concluzii

1. Periostita se situează pe I loc printre infecțiile odontogene.
2. Mai frecvent procesul este localizat vestibular.
3. Procesele inflamatorii se întâlnesc preponderent la bărbați.

Bibliografie

1. Burlibașa, C. Chirurgie orală și maxilofacială. București: Editura medicală, 2003:347-353.
2. Stoica I., S. Ababii, N. Covalciuc. Procesele inflamatorii odontogene ale regiunii OMF, aspecte statistice. Anale științifice ale USMF “Nicolae Testemițanu”, Volumul III, Probleme clinico - chirurgicale și ale sănătății mamei și copilului, Chișinău, 2003:376 - 380.
3. Безрукова В. М., Григорьянц Л. А., Рабухина Е. А., Бодолян В. А. Амбулаторная хирургическая стоматология. (современные методы) Москва; 2002:186.
4. Муковозов Н. И. Дифференциальная диагностика ХЗЧЛЮ. Ленинград «Медицина». 1982:46.
5. Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология. Москва: Медицина, 2003:173-183.

OSTEOMIELITA MAXILARELOR

Nadejda Zgherea, Ilie Hîțu, Dumitru Hîțu, Maxim Constantinov

Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială „Arsenie Gușan”, USMF ”Nicolae Testemițanu”

Summary

Osteomyelitis jaw

During 2006 the department oro-maxillo-facial surgery (ChOMF) were examined and treated 1883 patients. Posttraumatic osteomyelitis was recorded in 59 patients, representing 3.13%. Patients from other districts than Chisinau is 59.32%. In patients without a job in 62.71% more often fracture was complicated by osteomyelitis and 64.4% of cases was made to open the