

9. Laino G, Graziano A, D'Aquino R, Dirozzi G, Lanza V, Valiante S, De Rosa A, Naro F, Vivarelli E, Papaccio G. An approachable human adult stem cell source for hard tissue engineering. *J Cell Physiol* 2006; 206:693-701.
10. About I, Bottero MJ, de Denato P, Camps J, Franquin JC, Mitsiadis TA. Human dentin production in vitro. *Exp Cell Res* 2000; 258(1):33-41.
11. Shiba H, Fujita T, Doi N, Nakamura S, Nakanishi K, Takemoto T, Hino T, Noshiro M, Kawamoto T, Kurihara H, Kato Y. Differential effects of various growth factors and cytokines on the syntheses of DNA, type I collagen, laminin, fibronectin, osteonectin/secreted protein, acidic and rich in cysteine (SPARC), and alkaline phosphatase by human pulp cells in culture. *J Cell Physiol* 1998; 174(2):194-205.
12. Lopez-Cazaux S, Bluteau G, Magne D, Lieubeau B, Guicheux J, Alliot-Licht B. Culture medium modulates the behaviour of human dental pulp-derived cells: technical note. *Eur Cell Mater* 2006; 11:35-42.

NECESITATEA RECONTURULUI CORONAR ÎN LEZIUNI PARODONTALE ȘI DUPĂ PROCEDEUL DE ALUNGIRE CORONARĂ

Vasile Cirimpei, Tatiana Cirimpei, Sergiu Ciobanu, Ana Ciobanu, Dumitru Munteanu
Catedra Stomatologie Terapeutică, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Necessity of the crown recontouring in periodontal lesions and after crown lengthening procedure

Odontal coronal lesions which need a prosthetic treatment are still actual, and until a further sure methods of caries treatment are not found they will still be present. From the total number of teeth with these lesions, a series of them are in need of crown lengthening procedure. Emergence profile, as a matter of fact very important for all of the fixed prosthesis, is more delicate for this particular tooth group. In this paper we intend to analyze this particularities.

Rezumat

Leziunile odontale coronare ce necesită tratament protetic sunt încă actuale, și atît timp cît nu vor fi gasite modalități sigure de a combate caria ele încă vor exista. Din numărul total de dinți cu LOC o serie necesită procedeul de alungire coronară. Profilul de deflecție, de altfel extrem de important pentru orice proteză fixă, este mult mai delicat pentru acest grup de dinți. În lucrarea dată ne propunem să analizăm aceste particularități.

Actualitatea

Un studiu longitudinal relevă caria dentară la nivelul dinților ce mențin proteze dentare fixe în 3,3% din bonturile preparate la 5 ani, 10,0% la 10 ani, 12,0% la 15 ani [Valderhaug, 1993], nu mai menționăm o altă serie de leziuni ce impun procedeul de alungire coronară [Cirimpei, 2011]. Procedeul de alungire coronară, astfel fiind necesar pentru acest grup de dinți, va fi urmat de etapa protetică. Literatura clasică recomandă o morfologie coronară cu un ecuator obligatoriu pentru protecția parodontului. De recent aceasta necesitate este des negată și considerată ca factor ce induce inflamația parodontală persistentă.

Obiectivele

O serie de articole manifestă un interes deosebit asupra protecției gingivale, conturului de autocurățire, amplasării marginelor protetice precum și accesului la igienă de către pacient. Protecția gingivală ca principiu are bază doar empirică, o serie de manuale cu profil stomatologic au prezentat acest concept, dar fără careva dovezi științifice [Glikman, Goldman, Weeler, Krauss]. Astfel se presupune că profilul de emergență ar trebui să fie în așa mod încît bolul

alimentar să alunece pe suprafața gingivală, în caz contrar, dacă emergența are impact direct pe gingie, aceasta se va inflama. Astfel, pe piramida „evidence based” aceste presupuneri nu au nici o relevanță, ele fiind doar o părere de expert, o teorie sau și mai des, doar o simplă presupunere. Cu toate cele spuse putem afirma că sunt o aberație fără teme științific – axate pe plauzibilitatea medicală. Gingivita are o altă etiologie și anume cea bacteriană – înlăturarea plăcii conduce la dispariția semnelor clinice de inflamație [Loë, 1965].

Într-un studiu pe câini ce au fost supuși la obturarea cavitațiilor de clasa V-a la 0,5 mm de creasta bucogingivală, o jumătate de cavități au fost supraconturate în timp ce altă jumătate au fost subconturate. La 9 săptămâni animalele au fost sacrificate și restaurările cu emergențe supraconturate prezentau semne de inflamație și hiperplazie atât clinic cât și histologic [Perel, 1971] ceea ce nu a fost depistat în cazul obturațiilor subconturate! O argumentare științifică mai puternică nici nu ar putea să existe cu toate că desigur putem presupune că tipul masticator al câinilor este diferit de cel uman precum și în general fiziologia este diferită. Părerea noastră ca autori este că totuși acest articol are o putere științifică deosebită și ar putea concura cu orice alt tip de studiu „evidence based” de nivel superior (meta analiza, randomly controled trial, double blind), cu toate că așa un experiment nu ar putea fi aplicat pentru specia umana din păcate, spre bucuria noastră.

Conceptul de autocurățire presupune un astfel de contur încât în timpul alimentării, forma coroanei dintelui va permite autocurățirea lui. Acest concept este evident pentru o serie de suprafețe dentare, dar doar pe acelea pe care are loc contactul cu bolul alimentar propriuzis, doar că aceste suprafețe sunt foarte departe de marginea gingivală și sunt reduse în suprafață în comparație cu restul dintelui. Astfel masticția nu reduce placa la marginea gingivală a dinților [Wade, 1971].

Accesul igienei orale prevede contururi coronare care facilitează înlăturarea plăcii și nu depunerea ei. Astfel când marginele coroanelor erau supraconturate 64,3 % din zone prezentau inflamație parodontală ceea ce era condiționat de insuficiența accesului de igienă orală [Sackett, 1970].

Implicarea furcației este o temă sensibilă pentru această problemă. Această situație și va fi de fapt analizată mai detaliat. Alungirea coronară pentru molari în general și în special pentru cei superiori are un set de probleme ce trebuie analizate foarte minuțios. Conceptul de odontoplastica a furcației la nivelul jocțiunii radiculare și prepararea protetică după modelul odontoplastiei este bazat pe dorința de a elimina triunghiurile de retenție a plăcii și a facilita înlăturarea plăcii. Acest concept a fost introdus în 1977 [Yuodelis, 1973]. Astfel se propune ca aspectul final al restaurării protetice ar trebuie să urmeze conturul final al morfologiei radiculare și nu cel initial al coronei anatomice inact. În caz că acest concept nu este respectat regiunea triunghiulară astfel apărută va fi foarte greu întreținută de către pacient în vederea igienizării personale. Astfel reconturarea furcației va conduce la o igienă proprie a pacientului foarte bună.

Menționăm că pe piramida „evidence based ” lipsesc lucrări de dovadă sporită precum meta analizele, RCT, studii Double Blind, Studii Cohort. Unicele studii existente sunt cele Serii de cazuri și Serii de cazuri cu grup de control (ceea ce va fi de fapt și lucrarea data) astfel noi ne limităm la nișa de jos a lucrărilor bazate pe dovezi.

Material și metode

O serie de articole prevăd menținerea și restabilirea dinților cu carii profunde subgingivale prin intermediul alungirii de coroană [Jun-Beom, 2010]. O serie de alte articole însă, consideră alungirea coronară clasică “șlefuită” [Becker, 1998; Lundergran, 1996] drept prea agresivă, de multe ori lipsită de o serie de repere fixe, condiționată subiectiv adeseori de către practician, înlăturarea celor 3 mm de substanță de suport dură care în o serie de alte cazuri este foarte greu de obținut, ceea ce este poate cel mai de preț pentru un parodontolog – zis simplu osul alveolar. Astfel din acest considerent o nouă tehnică a fost propusă pentru rezolvarea acestei situații și anume conceptul root reshaping [Melker DJ, 2001] (reprofilare radiculară). Avantajul acestei metode constă în înlăturarea minimă de suport osos, suprafețele anatomice radiculare

inacceptabile precum șanțurile și concavitățile sunt înlăturate, se obține o suprafață radiculară netedă, rădăcinile în proximitate strânsă pot fi modificate pentru un acces igienic mai corespunzător, și cel mai mare avantaj al acestei metode este posibilitatea înlăturării sau diminuării furcațiilor de gradul I sau chiar II, totul în final limitându-se la un labou repositionat apical fără gingivectomie.

Gândindu-ne realist, totuși, acest abord în activitatea clinică nu este totdeauna posibil și o rezecție osoasă mai mult sau mai puțin masivă va fi necesară. Pentru a efetua corect această procedură va fi necesar de a ține cont de lățimea biologică, violarea acestei dimensiuni va conduce inevitabil la eșec. Recomandăm utilizarea datelor clasice în vederea considerațiilor protetice necesare [Gargiulo, 1953], rezultatele obținute de studiile ulterioare nu fac decât să confirme datele obținute anterior de Gargiulo [Vacek, 1994; Oh SL 2010; Kina 2011]. Astfel de multe ori osteotomia va fi necesar să fie la așa limite încât alte metode de tratament vor fi luate în considerație – amputația radiculară, hemisecția, extracția dentară etc.

Toate cele spuse mai sus, pe parcursul practicei noastre de lucru, ne-au condus la ideea de alegerea minuțioasă a cazurilor ce vor fi tratate ulterior în primul rând. O importanță majoră am oferit reprofilării radulare, timpilor operatori, și în final cel mai important timpilor protetici și designului ulterioarelor construcții protetice.

Inițial în lotul de studiu au fost introduși 44 pacienți (numarul final fiind limitat la 36, restul pacienților au fost excluși pe motiv de neprezentare la una din etape, respectiv lipsa de control la 6 luni) dintre care 15 au fost supuși procedurii de alungire coronară. Dintre aceștea 21 pacienți au fost supuși tratamentului protetic exclusiv (pacienții aveau necesitatea restabilirii coroanei dentare din diverse motive) ei având careva leziuni parodontale persistente pretratament.

Trei pacienți au fost tratați protetic având leziuni ale furcației de diferit grad. O particularitate utilizată în studiul dat a fost și clasificarea utilizată pentru monitorizarea afecțiunilor furcațiilor. Din cele 3 clasificări general acceptate în parodontologie (Glickman 1958, Hamp 1975, Lindhe 1983) noi am utilizat clasificarea propusă de Ramfjord and Ash 1978 deoarece permite o analiză în timp mai obiectivă a leziunii furcaționale. Această grupă de pacienți a fost tratată atât chirurgical prin elevarea lamboului cât și pur protetic în caz de posibilitate de debridare și reprofilare radiculară.

O serie de pacienți au fost tratați prin procedeul de alungire coronară din diverse motive cel mai frecvent din motiv de carie cu migrare subgingivală. Procedeul de alungire coronară fiind considerat unul invaziv și rezultat cu leziune parodontală, chiar dacă aceasta nu era prezentă, va fi considerat drept unul foarte nefast pentru restaurarea ulterioară, din acest motiv un design deosebit va fi necesar viitoarei coroane. Pentru toate în final a fost utilizat și procedeul de reprofilare radiculară. Această din urmă nu a fost efectuată într-un singur caz inclus în studiul dat (în restul cazurilor unde nu a fost utilizată pacienții au lipsit la una din etape, astfel nu au putut fi incluși în studiu) pe motiv de lipsa de cunoștințe a unei astfel metode de tratament la etapa chirurgicală concretă. Anterior tratamentului chirurgical, dinții supuși procedurii de alungire coronară erau tratați/retratați endodontic.

Procedeul chirurgical constă în următoarele etape:

1. Anestezie infiltrativă pentru maxilă, și Spina Spix pentru mandibulă cu sol. Ubistin forte 4% 1,7 ml.
2. Marcarea prin intermediul markerului a liniilor de incizie.
3. Prima incizie efectuată intrasulcular prin intermediul bisturiului Nr. 11, 12 sau 15 în dependență de necesitate (**TEKNO-MEDICAL™** Optik-Chirurgie GmbH & Co. KG). Cea de-a doua incizie era efectuată la baza sulcusului gingival în zonele măsurate prin intermediul sondei parodontale și marcate cu markerul – această reper ne garantează lipsa pierderii orientării inițiale. Cea de-a treia incizie se va efectua la ridicarea porțiunii gingivale excizate.
4. Decolarea lamboului mucoperiostal
5. Marcarea porțiunilor osoase prin intermediul frezei sferice diamantate 801L-022 (**STRAUSS & Co**) și rezecția osoasă la nivelele anticipate pentru viitoarele proteze dentare.

Finisarea rezecției osoase se finisa cu freze de carbid cu un diametru a frezei sferice de ISO 001/014 (CARBIDE BURS, MANI €).

6. Odată cu finisarea osteotomiei pe suprafețele vestibulare și orale era finisată, zonele interdentare erau supuse osteotomiei prin intermediul acelor H 70 (MANI €).

7. Odată cu finalul osteoplastiei se va trece nimjlocit la reprofilarea radiculară. Scopul acestei manopere este în înlăturarea factorilor locali ce au conționat patologia parodontală sau dacă acestea vor putea condiționa patologia parodontală.

Astfel dacă o patologie a furcației de gradul I sau II este prezentă, odontoplastica va fi efectuată pînă la nivelul unde defectul nu este evident și leziune furcației este eliminată.

O altă problemă care trebuie eliminată sunt crestele bifurcaționale. Crestele vestibulare și orale sunt formate din dentină cu straturi subțire în acoperire de cement [Al-Shammari 2001]. Aceste creste pot fi formate exact pe centrul planșeului furcației. A fost demonstrat că ele sunt strict asociate cu pierderea de atașament în furcații [Hou, 1997], din acest motiv la faza de odontoplastie ele vor fi minuțios analizate, o posibilitate de detecție fiind caries detectorul.

Concavitățile radiculare sunt prezente pe toate suprafețele radiculare în măsură mai mare sau mai mică, pe suprafața tavanului, coronar sau apical de furcație, pe suprafețele radiculare interproximale. Aceste concavități sunt un loc predispozant pentru nișele bacteriene [Matthews, 2004].

Proiecțiile smalțiene cervicale induc leziunile de furcație, astfel într-un studiu asupra problemei date 82,5% zone cu proiecții smalțiene prezentau leziuni contra 17,5% ce nu aveau proiecții smalțiene.

Fracturile radiculare au un impact major asupra leziunilor parodontale creînd o nișă ecologică bacteriană pozitivă. Incidența fracturilor radiculare corespunde la circa 10,9% din cazuri a dinților extrași [Fuss, 1999]. O parte din aceste leziuni pot fi înlăturate la faza de alungire coronară sau reprofilare radiculară, dar de cele mai dese ori acești dinți vor fi extrași.

8. Odată cu finalul fazei de reprofilare radiculară o atenție deosebită va fi acordată surfasării întregii suprafețe dentare rămase. În acest scop indicăm utilizarea consecutivă a frezelor flacăra de granulație medie (roșie), fină (galbenă), ultrafină (violet).

9. Sutura lamboului cu fire nerezorbabile 5/0 Premilene® (polipropilenă, monofilament **Aesculap, Braun**). De obicei am practicat suturile în saltea, deoarece ele împiedică supratensionarea lamboului, dar într-o serie de cazuri unde a fost posibilă și suturarea la periost am utilizat suturile simple.

10. Aplicarea pansamentului parodontal Coe-Pak (Septo-pack, Spécialitiés Septodont™).

11. Înlăturarea suturilor la 14 zile

12. Restabilirea bontului protetic

La 4 săptămîni postoperator, în unele cazuri la 6 luni, dintele a fost supus procedurii de preparare a bontului dentar. Aceasta fiind și procedura finală – rezultatul ei fiind și rezultatul final al întregului tratament.

1. Aplicarea aței de evicție. Recomandăm evicțiunea gingivală în 2 fire: primul fir fiind cel nr 000 și cel de-al doilea fir va fi nr. 1 sau 2, toate fiind neimpregnate (Ultrapak™, Ultradent).

2. Tehnica preparării inverse a bontului dentar [DiTolla Michael, 2009]

3. Amprentarea cîmpului protetic. Aplicarea stratului chitos (Elit HD+, putty soft, fast setting, Zhermack®). Dezinsertia sa de pe cîmpul protetic, deretentivizarea, crearea canalelor de scurgere a surplusului de material fluid. Înlăturarea celui de-al doilea fir de evicție, pistonarea stratului fluid de amprentare (Elit HD+, super light body, fast seting, Zhermack®). Recomandăm amprentarea cu A silicone, ceea ce garantează o amprentarea calitativă.

4. Etapele clinice și de laborator ulterioare.

Din numarul total de pacienti 17 pacienti nu au fost supusi tratamentului chirurgical. Numarul total de coroane ce au fost fixate a fost de 39 – respectiv 39 de dinti cu sondari parontale pre si post fixare de coroane.

Rezultate

Toate cele 59 restaurări au prezentat o adaptare marginală bună, dar cel mai important nici una din restaurările protetice nu a prezentat semne de inflamație persistentă sau hipertrofie. În nici un loc unde a fost efectuată reprofilarea radiculară nu a fost obținut efectul de tissue rebound.

1. În lotul de studiu a pacienților cu leziuni a furcăției sondării furcăției de gradul I (2 mm pe orizontală) după Ramfjord au fost „reduse” la leziuni gradul „0”. La 6 luni post tratament nivelul atasamentului obținut după plastica a ramas la fel în toate cele 3 cazuri.

2. În lotul de studiu cu pacienți ce au fost supuși exclusiv tratamentului protetic au fost aplicate 22 de coroane la 21 de pacienți. Din acestea pretratament din numărul total de 126 zone sondate 83 prezentau semne de sîngerare. Marginea gingivală era localizată apical în limitele a 1 -2 mm. După tratamentul protetic din cele 126 de zone 51 de zone prezentau semne de sîngerare, preponderent în zonele interdente.

3. Toate cele 15 cazuri de alungiri de coroana rezultate cu fixări de coroane artificiale nu au prezentat semne de gingivoragii și leziuni ale parodontiului. Din cele 19 coroane fixate, niciuna nu a prezentat semne de punji, nivelul sulcusului la sondare s-a menținut

Discuții

Extensia chirurgicală a coroanei clinice către apical, alungirea coronară, utilizată în asociere cu mijloacele restaurative, este cea mai frecventă și valoroasă metodă chirurgicală parodontală [Sato, 1989]. În ultimii ani însă o serie de articole prezintă o alternativă la tratamentul clasic de alungire coronară și anume reprofilarea radiculară [Melker DJ, 2001]. Cu toate acestea reprofilarea radiculară de sine stătătoare nu are șanse într-o serie de cazuri, pe cînd alungirea coronară ar putea rezolva această problemă. Din acest motiv o combinație a acestor două motive oferă șansa unei rezolvări mai sigure a acestor două tehnici independente.

Etapa protetică a acestor pacienți necesită o atenție deosebită. Un design coronar ce va rezulta cu suprafețe cit mai plane în sens sagital, precum un profil de deflecție direct la parodont va fi necesar în aceste cazuri.

Concluzii

În limita studiului dat am constatat că modificarea morfologiei coroanelor artificiale induce o ameliorare cu o eventuală stopare a leziunilor de furcăție pe un termen de 6 luni. Odontoplastica ce va rezulta cu eliminarea defectului de furcăție va fi strict necesară – ulterior morfologia coronară va repeta conturul anatomic al viitoarei coroane.

În nici un caz din coranele remodelate nu au fost depistate zone de inflamație cronică. Sondare în regiunea dată nu prezintă semne de gingivoragie. În limita studiului dat putem presupune că coroanele infraconturate nu generează zone de inflamație cronică (gingivite, parodontite).

Balanta “evidence based” oscilează spre infracontur în cazuri de leziuni parodontale, resturări fixe cu suport dento alveolar și implanto-osos.

O analiză mai complexă este strict necesară pentru a determina profilurile de deflecție a coranelor artificiale/naturale pentru o putere științifică deosebită se propune un studiu randomizat de control.

Lipsa datelor (putinele date) din punct de vedere a medicinei bazate pe dovezi lasă loc pentru multe speculații (inclusiv și studiul dat), autorii presupun lacune în modelul de studiu și colectarea datelor.

Bibliografie

1. Al-Shammari KF, Kazor CE, Wang H-L. Molar root anatomy and management of furcation defects. *J. Clin Periodontology* 2001; 28: 730-740.
2. Becker W, Ochsenein C, Becker BE. Crown lengthening: The periodontal restorative connection. *Compend Contin Educ Dent* 1998;19:239-246.

3. Cirimpei Vasile, Ciobanu Sergiu, Cirimpei Tatiana, Ciobanu Ana - Managementul Resturilor Radiculare Prin Intervenții Cu Lambou, Combinate Cu Odontoplastica Radiculară. *Anale Științifice USMF*, 2011.
4. DiTolla Michael. A quick look at the two-cord impression technique. *Dental Economics*, March 2009, XX
5. Fuss Z, Lustig J, Tamse A. Prevalence of vertical root fractures in extracted endodontically treated teeth. *International Endodontic Journal*, 32, 283±286, 1999
6. Gargiulo AW, Wentz FM, Orban B. Dimensions of the dentogingival junction in humans. *J Periodontol* 1953;32: 261–267.
7. Glickman I. *Clinical periodontology*. eds 1-4. Philadelphia:W. B. Saunders; 1953, 1958, 1964, 1966.
8. Goldman H, Cohen DW. *Periodontal therapy*. eds 1-4. St. Louis: Mosby; 1956, 1960, 1964, 1968.
9. Hamp, S.-E., Nyman, S. & Lindhe, J. (1975) Periodontal treatment of multirrooted teeth. Results after 5 years. *Journal of Clinical Periodontology* 2, 126–135.
10. Hou G-L, Tsai C-C. Cervical enamel projection and intermediate bifurcational ridge correlated with molar furcation involvements. *J. Periodontol* 1997: 68: 687-693
11. Jun-Beom Park Restoration of the Severely Decayed Tooth Using Crown Lengthening with Simultaneous Tooth-Preparation. *Eur J Dent*. 2010 April; 4(2): 197–201.
12. Kina JR, Dos Santos PH, Kina EF, Suzuki TY, Dos Santos PL. Periodontal and prosthetic biologic considerations to restore biological width in posterior teeth. *J Craniofac Surg*. 2011 Sep;22(5):1913-6.
13. Kraus B, Jordan R, Abrams L. *Dental anatomy and occlusion*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1967.
14. Løe, H., Theilade, E. & Jensen, S.B. (1965). Experimental gingivitis in man. *Journal of Periodontology* 36, 177–187.
15. Lindhe J. 1983. *Textbook of clinical Periodontology*. Copenhagen: Munksgaard.
16. Lundergran W, Hughes WR Jr. Crown lengthening: A surgical flap approach. *Compend Contin Educ Dent* 1996;17: 833–844.
17. Matthews C. Debora, Tabesh Moe. Detection of localized tooth-related factors that predispose to periodontal infections. *Periodontology* 2000. Vol. 34, 2004, 136-150
18. Melker DJ, Richardson CR. - Root reshaping: an integral component of periodontal surgery. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2001 Jun;21(3):296-304.
19. Oh SL. Biologic width and crown lengthening: case reports and review. *Gen Dent*. 2010 Sep-Oct;58(5):e200-5.
20. Perel M. Axial crown contours. *J Prosthet Dent* 1971;25:642.
21. Sackett B, Gildenhuis R. The effect of axial crown over contour in adolescents. *J Periodontol* 1970;47:320
22. Sato N. Periodontal surgery for periodontal prosthesis: Clinical crown lengthening. *The Quintessence [Japanese]* 1989;8(2):33^54.
23. Vacek JS, Gher ME, Assad DA, Richardson AC, Giambarresi LI. The dimensions of the human dentogingival junction. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1994 Apr;14(2):154-65.
24. Valderhaug J, Ellingsen JE, Jokstad A. *J Clin Periodontol*. 1993 Aug;20(7):482-9. Oral hygiene, periodontal conditions and carious lesions in patients treated with dental bridges. A 15-year clinical and radiographic follow-up study.
25. Wade A. Effect on dental plaque of chewing apples. *Dent Practice* 1971; 21:194.
26. Wheeler RC. Some fundamentals in tooth form. *Dent Cosmos* 1928;70:889.
27. Wheeler RC. Restoration of gingival or cervical margins in full crowns. *Dent Cosmos* 1931;73:238.
28. Wheeler RC. *Dental anatomy, physiology and occlusion*. eds 1-4. Philadelphia: Saunders; 1940, 1950, 1958, 1965.

29. Yuodelis R, Weaver J, Sapkos S. Facial and lingual contours of artificial complete crown restorations and their effect on the periodontium. J Prosthet Dent 1973;29:61.

MODIFICĂRI PARODONTALE SUB INFLUENȚA FACTORILOR MEDIULUI SOCIAL

Valeriu Alexeev

Catedra de stomatologie terapeutică USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Periodontal changes under the influence of social environment factors

Periodontal disease, in early or late stage, of individuals examined in each case has its peculiarities. Special attention deserves the fact that personal factors decreasing the effectiveness of host defense may include: psychosocial stress, lifestyle, chronic diseases. All changes occurring due to risk factors are overlapping, periodontal changes having priority in the events due to these factors, which have a special, permanent, modifying influence on the systems involved in periodontal response to local factors.

Rezumat

Boala parodontală, în stadii incipiente sau tardive, la persoanele examinate are particularitățile sale în fiecare caz. Deosebită atenție merită faptul, că factorii personali ce diminuează eficiența apărării gazdei pot include: stress-ul psiho-social, modul de viață, boli cronice. Toate modificările, survenite din cauza acțiunii factorilor de risc se suprapun, prioritate în manifestări având modificările parodontale datorate acestor factori, care au o influență deosebită, permanentă, modificatoare asupra sistemelor implicate în răspunsul parodontiului la factorii locali.

Actualitatea

Boala parodontală ocupă un loc însemnat și permanent actuală în stomatologie. Este o afecțiune cronică cu un caracter inflamator, afectând pînă la 95% din populația adultă. Mai multe concepții au fost propuse, discutate și dezvoltate în evoluția acestei ramuri a stomatologiei, care pînă astăzi este una din cele mai tinere. Variația biologică este semnificativă, însă asocierea factorilor ce pot duce la parodontită generalizată la o persoană, poate să nu declanșeze boala la atîtă persoană. Un model socio-ecologic pentru bolile parodontale a propus ca sănătatea parodontiului să fie privită ca o balanță între microorganismele atacate și rezistența macroorganismului față de acest atac. Această balanță la rîndul său poate fi influențată de unii parametri biologici, comportamentali și de mediu. Modelul la rîndul său este semnificativ prin atenționarea asupra rolului factorilor psiho-sociali în declanșarea patologiei. Important este că factorii interni și externi de risc au capacitatea de a controla relația gazdă – parazit.

Obiectivele

De a urmări în ce măsură modificările parodontale pot fi corelate cu influența factorilor de risc (stresul psihosocial, fumatul, boli generale).

Material și metode

Studiul a cuprins 75 pacienți, din care au fost selectați 40 cu modificări parodontale și cu insuficiență de adaptare la agenții stresanți din mediul social, efectuînd corelații asociate cu antecedente heredo – colaterale și fumatul tutunului. Selectarea pacienților s-a efectuat conform criteriilor:

- Prezența factorilor individuali de risc

Au fost analizate următoarele date: