

4. Villershazen-Jenken B., Ernst K., Исправление анатомической формы фронтальных зубов с помощью гибридных композитов на основе мелких частиц. \ \ Настольная книга стоматолога работающего материалами фирмы HERAEUS KULZER \ \ Москва, 2000 стр. 42-46;
5. Villershazen-Jenken B., Ernst K., Виниры-показания и ограничения. Москва, 2000 стр. 47-51;
6. Vailati Francesca. Адгезивная реабилитация зубных рядов при генерализованной эрозии зубов: клинический случай трехэтапной техники. Ж. Dent Art, 2010, N3, стр. 33-40.

## **UNELE MOMENTE CHEIE ÎN DINAMICA DIFERENȚIERII DISTROFIILOR DENTARE POSTERUPTIVE**

**Valeriu Burlacu, Victor Burlacu, Angela Cartaleanu, Ala Ojovan, Valeriu Fala, Dumitru  
Friptu, Adriana Vasilășcu, Feodosii Vataman, Tudor Costru**  
Catedra Stomatologie Terapeutice FEC MF, USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### *Some key-factors in the dynamics of differentiating the post-eruptive dental dystrophies*

Some key-factors in the differentiated diagnosis of abfraction, abrasion, eroding and erosion of hard tooth tissues are presented, the data being based on the analysis of 345 affected with the mentioned pathoses teeth.

### **Rezumat**

Sunt prezentate unele momente cheie în diagnoza diferențiată a abfracției, abraziunii, erodării și eroziunii țesuturilor dure dentare bazate pe analiza a 345 dinți afectați de patologiile date.

### **Actualitatea temei**

În practica stomatologică de toate zilele pot fi situații clinice, când pacienții prezintă diverse forme de distrofii dentare posteruptive manifestate prin abfracție, abraziune, erodare sau eroziune. Tensionările psiho-emoționale provocate sau susținute de starea socială a multor pacienți pot cauza sau condiționa apariția a câtorva distrofii dentare posteruptive la una și aceeași persoană. În rândul distrofiilor dentare posteruptive pot fi enumerate:

Abfracția – proces patologic manifestat prin descreșterea cantității de țesut dur dentar la nivelul de colet în urma solicitărilor ocluzale traumatizante care influențează negativ asupra proceselor de flexiune și extensie cervicală. Conform datelor profesorului Ronald E. Goldstein (2005) abfracția este o leziune necarioasă adamantinală, manifestată prin defect cuneiform apărut în urma acțiunilor iterative a forțelor ocluzale laterale.

Abraziunea – proces patologic manifestat prin descreșterea cantității de țesut dur dentar pe toate suprafețele coroanei dentare, cu excepția celei ocluzale, în urma iterativelor contacte cu obiecte dure (alimentare, profesionale, de profilaxie stomatologică, oral locală etc), excepția fiind alți dinți

Erodarea – proces patologic manifestat prin descreșterea cantității de țesut dur dentar pe suprafața ocluzală cauzată de iterative supracontacte ocluzale dominant de origine iatrogenă.

Eroziunea – proces patologic manifestat prin descreșterea cantității de țesut dur dentar pe toate suprafețele coronare ca consecința dezolvării chimice, incoerentă acțiunii acizilor de proveniență microbiană a biofilmului.

Prin urmare, diagnosticarea corectă a patologiilor distrofice dentare vor permite programarea unui tratament eficace și de succes cu efect pozitiv de lungă durată.

Cele expuse au trasat următoarele obiective:

1. Estimarea particularităților clinice ale abfracției dentare;
2. Estimarea particularităților clinice ale abraziunii dentare;
3. Estimarea particularităților clinice ale erodării dentare;
4. Estimarea particularităților clinice ale eroziunilor dentare.

### **Material și metode de cercetare**

Cercetărilor clinice au fost supuși 345 dinți afectați de diverse forme de patologii distrofice dentare, pentru a fi determinată corect diagnoza și trasat programul eficace de tratament. Durata cercetărilor 15 ani. Cercetările au inclus examinări clinice și paraclinice, clasice și moderne.

### **Rezultate obținute și discuții**

Vom menționa că fiecare situație clinică de distrofie dentară a fost foarte atent și grijuliu examinată, iar la necesitate consultată cu alți colegi stomatologi sau de profesioniști din medicina generală.

În cadrul examinărilor clinice a pacienților cu oarecare patologie distrofică dentară sa dus cont de necesarul principal – de a determina corect diagnosticul și a depista factorii etiologici principali.

În cazul lezării suprafețelor ocluzale (erodare) sau incizale se insista minuțios de a examina și sectoarele de colet coronar (abraziune) și vici versa, în situațiile clinice de prezentare a modificărilor de integritate localizate la colet era obligatoriu supusă cercetărilor starea ocluziei, pentru a exclude abfracția.

Vom menționa, că frecvent aceste situații clinice, au evoluat asimptomatic, iar pacienții nici nu presupuneau prezența lor. Mai mult decât atât, o bună parte din pacienți, făceau ședințe la stomatolog regulat și când își aflau diagnoza respectivă, rămâneau nedumeriți. În situația bruxizmului unii pacienți sunt atât de categorici că resping categoric prezența acestei patologii la ei. În astfel de situații pacienților li sau prezentat fotografiile intraorale, modelele lor diagnostice, iar la nivelul posibilităților tehnice, chiar și demonstrațiile vizuale prin microscopul endodontic.

În situația când pacientul a devenit convins de diagnoza determinată, a urmat etapa de apreciere a momentului când acționează factorul etiologic principal. Determinarea corectă a acestui factor, a permis ca în situația clinică, când acțiunile lui erau dominante pe parcursul stării de veghe, să i se recomande încercări de al supune controlului în scopul de prevenție. În cazul când acțiunile factorului etiologic principal se manifestau pe parcursul nocturn (bruxismul nocturn) pentru prevenția lezării de mai departe a dinților respectivi erau recomandate capele de protecție. Vom menționa că există și bruxismul de veghe.

Dacă până la moment, etiologia defectului cuneiform oferea rolul principal acțiunilor asupra țesuturilor dure dentare a factorilor mecanici, actualmente prioritatea îi aparține solicitărilor traumatizante asupra dinților (provocate de stres sau alte cauze de scrășnituri dentare, contacte ocluzale incorecte, disbalanța ocluzală) care apar în regiunea coletului lui, în cazul proceselor de flexiune și extensie. Ca urmare a influenței exagerate mecanice, în ele are loc apariția crăpăturilor adamantinale, determinate și vizual.

Particularitatea clinică de diagnoză în cazul presupunerii abfracției adamantinale ne-a servit solicitarea ocluzală – laterală traumatică prezentă în timpul masticării sau parafuncției mușchilor masticatori. În cadrul abfracției smalțului (majoritatea cazurilor clinice) au fost

determinate semne de erodare în forma fațetelor sau lipsa cotactelor la incisivi în poziția ocluziei anterioare. În paralel am apreciat direcția solicitării ocluzionale față de axul dentar.

Am dus contul de momentul clinic că abfracția se manifestă cu prezența defectelor cuneiforme cu unghiurile ascuțite, care pot avea localizare subgingivală (forma de defect radicular). Defectul cuneiform frecvent cointerează țesutul dentinar, prezentând o suprafață netedă, lucitoare. Smălțul în situațiile clinice date rare ori era acoperit cu leziuni maculante, iar microscopia dentinei coronare, conform datelor literare, prezintă tubule dentinare descoperite, pe când cele la nivelul de colet sunt obliterate.

Am diferențiat abraziunea de colet dentar de la abfracția adamantinală prin prezența leziunii netede de formă rotunjită ( ”în albie”).

Abraziunea frecvent a fost însoțită de recesia gingivală moderată sau exprimată în prezența defectelor mucoasei sau fără ele.

Au fost situații clinice mai rare, când și în cadrul abfracției adamantinale a fost prezentă recesiunea gingiei, însă ea nu exprima un semn distinctiv.

Unele forme de erodare au fost apreciate ca urmare a parafuncțiilor stomatologice sau a obiceiurilor vicioase. Sectoarele erodate ( o parte din ele) erau localizate, ocluzo-incizal, manifestând obiceiul vicios de a terebra tocul și creionul, sau practica strângerii între dinți a trabucului de fumat. Pe lângă obiceiurile vicioase erodarea era provocată de specificul de abraziune a unor produse alimentare, sau de acțiuni dăunătoare profesionale (praful din carierele sau minele de piatră). Procesele abraziv-erodative se manifestau și în timpul folosirii, cu scop igienic, a pastelor dentare cu mare grad de abrazivitate asociate cu incorectitudinea executării tehnicii de spălare pe dinți.

În cazul depistării leziunii generalizate în forma de eroziune dentară a suprafețelor palatinale a dinților maxilei au fost presupuse la pacientul respectiv, ca factori etiologici bulemlia sau refluxul gastro-efozagian.

În astfel de situație clinică a fost aplicat obligatoriu, procesul de colectare minuțioasă a anamnezei stomatologice, fapt care în finală a triumfat cu o diagnoză corectă.

Vom atenționa că pacienții care prezentau ca factor etiologic refluxul gastro-efozagian demonstrau necesarul informațional cu o deosebită satisfacție sufletească favorizând unei diagnoze timpurii și corecte. Pe când suferinzii de bulemlie, nu rare ori deveneau închiși în sine, ocolind răspunsurile la interogările despre deranjele de alimentare. Însă vom menționa, că anume stomatologul poate fi primul medic, care depistează semnele bulemliei și trimite pacientul respectiv la specialistul necesar. Este necesar de menționat, că descreșterea volumului de țesut dur dentar provocată de eroziunea dentară la începutul procesului era ne simțită de pacient. Pe când gradele procesului mai avansat cu dezgolirea dentinei prezentau modificări de culoare a ei, corespunzătoare coloranților alimentari. În cadrul localizării eroziunii dentare pe suprafața ocluzală ea era asociată ca factor vulnerant și cu efectul de erodare.

Moment diagnostic servea și localizarea eroziunii fiind specifică pentru cauzele provocării ei. Localizarea dominantă a eroziunilor dentare pe suprafețele palatinale a dinților frontali ai maxilei caracterizau pacienții suferinți de vome frecvente, care ulterior atacau și suprafețele ocluzale a dinților masticatori.

La amatorii de produse alimentare acide eroziunile dentare erau generalizate, manifestându-se clinic pe suprafețele jugale a dinților ambelor maxilare.

Leziuni erozive cu manifestare clinică localizată dominant pe suprafețele labiale a dinților anteriori au prezentat pacienții influențați de acțiunile vicioase profesionale, dăunătoare.

Analiza rezultatelor examinărilor executate pe parcursul a mai multor ani a permis de menționat încă odată ca stomatologul este obligat în toate situațiile clinice să cerceteze atent și minuțios, grijuliu pacienții.

Profesionalul nu se va limita doar cu depistarea cariilor dentare și complicațiilor lor, afecțiunilor parodontale, edentației, dar și va supune pacientul investigațiilor în toate situațiile descreșterii de țesuturi dure dentare ca urmare a distrofiilor dentare. În cazul determinării defectelor distrofice a țesuturilor dure dentare va fi necesar de stabilit factorii etiologici potențiali.

Depistarea timpurie a obiceiurilor vicioase și a bruxismului, va deveni una din problemele prioritare a stomatologilor. Frecventă va deveni situația când stomatologii și asistenții lor pregătiți special, vor fi primii specialiști medicali capabili să determine startul maladiei, încă la etapele ei de manifestări minimale, favorizându prin aceasta unui tratament precoce și dominant cu măsuri de prevenție a dezvoltării patologiilor avansate. Vom fi foarte grijulii și atenți la aprecierile acelor simptome care vor prezenta semne alarmante.

Fiecare stomatolog este obligat să cunoască anatomia normală clinică a dinților frontali și laterali deoarece aceste cunoștințe vor servi ca suport de bază pentru determinarea celor mai mici descreșteri a cuspizilor și marginilor incisale, care pot fi semnele bruxizmului.

### **Concluzie**

Esteticul dinților pacienților va depinde nu numai de menținerea de către ei a igienei orale individuale, dar și de cunoștințele fiecărui stomatolog în parte despre principiile diagnosticului timpuriu a distrofiilor țesuturilor dure dentare și a metodologiilor de susținere și tratament a lui.

### **Bibliografie**

1. Bartlett DW, Evans DF, Smith BG. The relationship between gastro-oesophageal reflux disease and dental erosion. *J. Oral Rehabil* 1996; 23:289-297;
2. Boghosian A. Clinical evaluation of a filled adhesive system in Class 5 restorations. *Compend Cont Educ Dent* 1996; 17: 750-757;
3. Chikte UM, Josie-Perez Am, Cohen TL. A rapid epidemiological assessment of dental erosion to assist in settling an industrial dispute. *Jdent Assoc. S Afr* 1998; 53: 7-12;
4. Grenby TH. Methods of assessing erosion and erosive potential. *Eur J Oral Sci* 1996; 104: 207-214;
5. Horsted-Bindslev P, Knudsen J, Baelum V. 3-year clinical evaluation of modified Gluma adhesive systems in cervical abrasion/erosion lesions. *A J Dent* 1996; 9: 22-26;
6. Imfeld T. Dental erosion. Definition, classification and links. *Eur J Oral Sci* 1996; 104: 151-154;
7. Khan F, Young WG, Daley TJ. Dental erosion and bruxism. A tooth wear analysis from south east Queensland. *Aust Dent J* 1998; 43: 117-127;
8. Miller MB. Restoring class V lesions, Part 2: abfraction lesions. *Pract Periodont Aesthet Dent* 1997; 9: 505-506;
9. Powell LV, Johnson GH, Gordon GE. Factors associated with clinical success of cervical abrasion/erosion restorations. *Oper Dent* 1995; 20: 7-13;
10. Ronald E, Goldstein. *Esthetics in Dentistry*, second edition. Hamilton, Ontario, Canada. 2005; 525-547;
11. Ruffs JC, Koch MO, Perkins S. Bulimia: dentomedical complications. *Gen Dent* 1992; 40: 22-25;
12. Rytomaa I, Jarvinen V, Kanerva R, Heinonen OP. Bulimia and tooth erosion. *Acta Odontol Scand* 1998; 56: 36-40;
13. Spranger H. Investigation into the genesis of angular lesions of the cervical region of tooth. *Quintessence Int* 1995; 26: 183-188;
14. Teh Cate JM, Imfeld T. Dental erosion, Summary. *Eur J. Oral Sci* 1996; 104: 241-244;

15. Young WG. Anthropology, tooth wear, and occlusion ab origine. J Dent Re 1998; 47: 1860-1863.

## UNELE PRINCIPII CONSERVATIVE ALE TRATAMENTULUI CARIEI DENTARE APROXIMALE

Chiriac Oleg

Catedra Stomatologie terapeutica FEC MF

### Summary

#### *Some principles of treatment conservative approximal caries*

Modern concepts of caries treatment involves diagnosis of early carious lesions, minimally invasive intervention and monitoring of dental caries process to confirm the success of the treatment.

### Rezumat

Conceptele moderne de tratament al cariei implică diagnosticarea leziunilor carioase precoce, intervenția minim invazivă asupra procesului patologic și monitorizarea leziunilor date pentru a confirma succesul tratamentului. Au fost supuși tratamentului la 21 subiecți.

### Actualitatea temei

Afecțiunile stomatologice sunt printre cele mai raspândite boli din întreaga lume. Experții estimează că până la 100% din populația adultă de pe glob au probleme cu dinții (Petersen P.E, 2003, 2005). În ultimii ani există și o tendință de creștere a numărului de pacienți ce se adresează la medicul stomatolog, nu numai pentru a calma durerea și de a restabili funcția masticatorie a dintelui, dar și pentru estetică dentară (Petersen P.E, 2005).

Cavitățile carioase proximale fac parte din Clasa II după Black, sînt localizate pe suprafața aproximală de contact a molarilor și premolarilor. Refacerea afecțiunilor dentare ocluzo-proximale și crearea punctului de contact este greu de realizat. Metodele de tratament al cavităților proximale tradiționale necesită secționarea masivă a țesutului dentar, astfel desființând punctul de contact.

La începutul anilor 1970 stomatologia restauratoare era foarte simplă. Retenția restaurării era exclusiv mecanică. Principiile restauratoare ale lui G.V. Black care includeau conicitatea inversă și unghiurile liniare ascuțite erau executate cu ușurință cu ajutorul frezelor din carbură cu formă de fisură dreaptă sau con invers.

Scurgerea marginală a materialelor restauratoare reprezenta o problemă la fel de mare ca și astăzi. În 1952, Nelson și colab. au adus în discuție efectul modificărilor termice din cavitatea orală asupra variațiilor volumetrice ale materialelor de obturație acrilice, generând dezvoltarea unui spațiu între suprafața dintelui și materialul de obturație. Această spațiere permitea apariția unui schimb constant de fluide între cele două suprafețe, ducând la carie secundară.

În acest articol vorbim despre importanța diagnosticării precoce și tratamentul conservativ al cariei dentare care poate preveni intervențiile repetate operatorii inutile. Tendința abordării terapeutice a cariilor este aceea de a trata leziunile patologice date mult mai devreme decât în etapa de cavitație sau de a recurge la tratament cu pastrarea principiului minim invaziv a leziunii carioase. După o examinare și evaluare, riscul carios poate fi: 1. redus - se recomandă măsuri preventive și modificări ale stilului de viață. În cazul unui pacient cu risc carios moderat sau crescut - obiectivul este acela de a reduce nivelul acestuia și de a preveni caria ulterioară. În cazul unor leziuni carioase precavitate - unde a apărut demineralizarea smalțului, dar încă există