

UNELE REZULTATE PREVENTIVE ALE TRATAMENTULUI ENDODONTIC EFECTUAT DE STOMATOLOGII PRACTICI

Valeriu Burlacu, Angela Cartaleanu, Elvira Ursu, Victor Burlacu,
Feodosii Vataman, Chiriac Oleg

Catedra Stomatologie Terapeutică FPM USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Some results of preventive endodontic treatment performed by practising dentists

The analysis of endodontic treatment results of 186 teeth (46 monoradicular and 140 pluriradicular) performed by practising dentists have shown a lot of errors followed by severe local and general complications are still made: roof undermining – 48.3%, step development in the canal – 23.35%, endodontic instruments fractures in the apical and middle third of canal – 9.7%, periodontal mechanical and chemical lesions – 16.5%, periapical endodontic accidents – 5.9%, 2 cases of neuropathy of the lower alveolar nerve and vertical root fractures – 3.2%.

Rezumat

Analiza rezultatelor tratamentului endodontic a 186 de dinți (46 monoradiculari și 140 pluriradiculari) efectuat de medicii stomatologi practici a demonstrat că sunt comise încă multe erori cu consecințe grave locale și generale: subminări de tavan- 48,3%; apariție de trepte pe canal – 23,35%; 9,7% de fracturi de instrumente endodontice în treimea medie și apicală de canal; 16,5% de traumatizme mecanice și chimice periodontale; 5,9% de accidente endodontice periapicale și 2 cazuri de neuropatie a nervului alveolar inferior; 3,2% de fracturări verticale de rădăcină etc.

Actualitatea

Tratamentul endodontic este unul din cele mai complicate proceduri de însănătoșire orală și a întregului organism, fiind obligat în realizarea de factori generanți cum ar fi: numărul crescut de dinți afectați de complicații carioase și hipersensibilizarea microbial-alergică a macroorganismului condiționată de focarele inflamatorii endodonto-periodontale. După datele [1] numărul de canale obturate se v-a majora în apropietii 10-20 de ani de la câteva milioane până la sute de milioane, date care manifestă eforturile stomatologiei mondiale în prevenirea apariției focarelor de infecții odontogene cronice.

Datele ultimilor 5-10 ani manifestă o creștere a frecvenței de răspândire a complicațiilor cariilor dentare la persoane tinere de 25-45 ani – 50% [2].

Cunoscut este faptul, că microorganismele patogene migrează în cimentul și dentina radiculară, iar de acolo în spațiul periodontal și țesutul osos v-or servi în calitate de sursă capabilă să atace țesuturile adiacente, organele și sistemele organismului integru, provocând un șir de „ite” periculoase pentru viața umană.

Conform datelor E. Боровский (1997) dinții monoradiculari prezintă tablou radiologic cu obturație endodontică până la apex 80%, iar cei pluriradiculari doar 24%, la restul dinților fiind obturate canalele de la 1/3 până la 2/3 din lungime.

Calitatea nesatisfăcătoare a obturațiilor endodontice cu păstrarea focarelor de infecție cronică rămâne una din cele mai actuale probleme a stomatologiei moderne.

Obiectivele

Scopul investigațiilor efectuate a constat în monitorizarea clinico-radiologică (radio-viziografică) a calității tratamentului endodontic la pacienții trimiși la consultații în cadrul catedrei Stomatologie Terapeutică, FPM în ultimii cinci ani.

Material și metodici de cercetare

Investigării au fost supuși 85 pacienți (186 dinți), dinți din care monoradiculari au fost 46 și pluriradiculari 140 de dinți, conform datelor fișelor de evidență a pacienților (prezentarea era obligatorie) în țară se prelungește folosirea rezorcin-formalinei în diverse variante de obturare de canal radicular (mai ales în forma pastelor „Foredent” și „Rezodent”) – 96 dinți (51,6%). Restul dinților li sa efectuat obturația endodontică cu paste (cemente) zinc-oxid eugenolice „Endometazon” 51 dinți (27,4%) și rășini epoxide 39 dinți (21%). La toți dinți tratați endodontic a fost realizată radiografie de contact sau radioviziografie (36 de dinți – 19,3%) ambele de control a calității de obturație endodontică, apreciindu-se că la 37,5% cazuri au fost folosite doar sialere.

În cercetările noastre ne-am folosit de următorul algoritm:

1. Calitatea deschiderii camerei pulpare;
2. Calitatea deschiderii orificiului radicular;
3. Formarea treptelor retentive în timpul lărgirii de canal;
4. Perforația laterală a peretelui de canal în rezultatul formării treptei;
5. Perforarea apicală a peretelui de canal radicular;
6. Fractură de instrument în orificiul radicular;
7. Fractură de instrument în părțile medii și apicale de canal;
8. Traumă mecanică (chimică) a periodontului;
9. Subobturare de canal;
10. Supraobturarea de canal;
11. Depășire în canalul mandibular;
12. Fractura verticală a rădăcinei;
13. Accident cu hipoclorit de sodiu;
14. Dureri postobturative;
15. Discromie dentară endodontică.

Majoritatea etapelor algoritmice au fost apreciate radiologic sau radioviziografic (36 dinți).

Rezultatele obținute, discuții și recomandări

Conform datelor imagistice calitatea deschiderii camerei pulpare a fost bună la 40 de dinți din blocul monoradicularilor (87%): accesul fiind realizat din partea orală la dinții frontali și ocluzală la premolarii 15; 25; 34; 35; 44; 45. La 6 dinți (13%) au fost încălcate principiile accesului, fiind cointeresate și marginile incizale la 3 dinți frontali și distruse bureletele intercuspidale la 3 premolari.

La majoritatea dinților pluriradiculari accesul spre camera pulpară a fost efectuat prin suprafața ocluzală, în același timp fiind prezente subminări de tavan la 52 de dinți (27,9%) superiori și 38 de molari inferiori (20,4%). Insuccesul a fost mai frecvent întâlnit la dinții 7-8. La 50 de dinți pluriradiculari (26,9%) subminări de tavan nu au fost întâlnite. În schimb, la 9 dinți (4,83%) care prezentau cavități cariate de clasele V(4) și II(5) accesul spre camera pulpară a fost realizat cu încălcarea principiilor de păstrare a integrității țesuturilor dentare. La clasa a V a fost trepanată cavitatea dentară de pe suprafața vestibulară, făcându-se trecere preparativă spre ocluzală cu trepanarea tavanului și de pe această suprafață, înlăturându-se o cantitate masivă de țesut dentar dur ne afectat. O procedură asemănătoare a fost efectuată și la obținerea accesibilității spre camera pulpară la clasa a II Black, deosebirea fiind prezentă dinspre suprafețele anterior-distale spre ocluzală.

Aprecierea calității descoperirii orificiului radicular a demonstrat rezultatele bune obținute la tratamentul endodontic a tuturor dinților frontali, pe când aceeași procedură efectuată la dinții premolari monoradiculari nu a manifestat succese exemplare, la majoritatea păstrându-se trecerea ușor subminată a camerei pulpare în canalul radicular.

Cunoscut este faptul, că în rădăcinile curbate, preventiv realizărilor de lărgire a canalului magistral, întru efectuarea accesului spre apexul fiziologic (A3) este nevoie ca instrumentul endodontic să fie curbat, în caz contrar apar condiții de formare a treptei (elor). Ele la rândul său

pot favoriza falsificării traiectului de canal și apariției perforurilor de perete radicular. Din cei 186 de dinți supuși tratamentului endodontic în zonele rurale și urbane a țării au prezentat trepte determinate radiologic 23 de dinți (12,4%) din care din blocul frontal la 5 dinți (2,7%), (1 dinte – 12; 1 – 22; 2 dinți – 32; 1 – 42); din premolarii (2 – 34 și 1 – 44) și la 15 molari (8,06%); din care la 6 molari superiori (4 – 16 și 2 – 26 în rădăcinile anterior jugale) și la 3 – 17 și 1 – 27 – în rădăcinile posterior jugale. La molarii inferiori trepte de canal au fost determinate numai în patru dinți (câte o treaptă în 36 și 46 – în rădăcinile anterioare), iar în 37 – 2 și 47 – 1 în aceleași rădăcini.

Prezența treptelor a favorizat formării perforurilor laterale, care au fost determinate prin mici expulzări laterale de obturant endodontic la 3 dinți molari și apariția focarelor de rezorbare osoasă, localizată de asemenea lateral la un dinte (molarul 16). Nu sunt excluse perforurile laterale la mai mulți dinți cu trepte însă localizarea lor posibil fiind vestibulo-orală nu a permis determinarea radiologică. De asemenea nu au fost determinate radiologic perforații apicale, fapt care putea vorbi fie despre o calitate bună de lărgire endodontică a magistralului sau despre o localizare a lor vestibulo-orală. Pentru o apreciere mai corectă a acestor presupuneri au fost efectuată testare oarbă la 7 dinți prin radioviziografie, care a confirmat lipsa a astfel de perforații.

V-om menționa, că efectuarea practică a regulii a trei A insistă prezența instrumentelor endodontice corespunzătoare standartelor internaționale ISO 3630, argumentat sistematizate de Боровский Е. В. (1997) în 5 grupe. Instrumentele endodontice de performanță cum ar fi Protaperele (6 instrumente) sau Protapere Universale (8 instrumente) de o flexibilitate ideală, la menținerea regulilor de folosire a lor, nu v-or prezenta pericolul de fracturare.

Cercetările noastre nu au depistat cazuri de fracturare a instrumentelor endodontice la nivelul orificiului radicular sau dacă și posibil au apărut, au fost lichidate pe parcursul tratamentului endodontic precedent. În schimb au fost determinate 18 cazuri (9,7%) de fractură de instrument în părțile medii (15 cazuri) și apicale (3). Din cele 15 fracturi de instrumente endodontice în părțile medii de canal magistral majoritatea fragmentelor au fost ocolite și doar în trei cazuri a fost efectuată imprignarea cu soluție rezorcin-formalinică (din fișa de evidență), iar canalul până la fragmentul instrumentului în toate cazurile a fost obturat cu Foredent sau Forfenan. Aceiași procedură a fost efectuată și în cadrul fracturii de instrument endodontic în partea apicală.

Conform datelor fixate în fișele de evidență și celor anamnestice traumele mecanice și chimice ale periodonțiului apical sunt prezente în jur la 16,5% cazuri. Aceste situații măresc durata tratamentului cu 2-5 zile, fapt care insistă necesitatea strictă de a fi determinată lungimea de lucru a dintelui (până la apexul fiziologic, iar în cazul periodontitelor distructive până la cel anatomic), în limitele căreia v-a fi realizată instrumentarea și irigarea antiseptică [3, 4, 5]. Mai mult decât atât, soluțiile de irigare v-or fi de concentrații capabile să provoace antisepticitate și nici decum iritație periodontală. V-om reaminti că OMS interzice folosirea în endodonție a soluțiilor cu rezorcin-formaldehidă, care sunt capabile să manifeste efecte: alergice, mutagene și cancerogene, cumulate și de discromii dentare endogene. Cele 5 accidente 5,9% cu hipoclorit de sodiu determinate în urma analizei statistice a fișelor de evidență a pacienților trimiși la consultație manifestă iresponsabilitatea profesională și inatenție, și grabă în realizările endodontice mai ales în acordarea serviciilor stomatologice în sfera bugetară (medicii stomatologi sunt limitați în timp de diagnosticare și tratament endodontic și slab aprovizionați cu tehnici și instrumente moderne). Nu excludem că numărul a astfel de cazuri este mai mare, dar situațiile accidentale posibil că nu sunt fixate în fișe. Într-un caz, în urma expulzării minimale de hipoclorit de sodiu 3% prin canalul dintelui 5 inferior în canalul mandibular au apărut semnele neuropatiei, manifestările clinice fiind ilucidate ulterior în text.

Pe lângă cele 18 cazuri de dinți cu fracturi de instrumente endodontice în părțile medii și apicale la care au fost subobturate canale, au mai fost prezente situații clinice în care infraobturarea canalelor magistrale a fost determinată radiologic (radioviziografic): la dinții incisivi doi superiori și inferiori și premolarii unu mandibulari (9 cazuri 4,8%). Însă cea mai frecvent întâlnită a fost infraobturarea la dinții molari superiori: la dinții șase obturare

endodontică la $\frac{1}{2}$ din lungimea rădăcinii posterior-jugale (aproximativ sumar 25% cazuri), palatinală fiind obturată până la apex. V-om menționa, că dacă la dinții masticatori superiori mai frecvent este prezentă infraobturarea endodontică, apoi la cei mandibulari, mai ales la molari (mai rar la premolari și dinți frontali) sunt determinate supraobturările de canal cu mici expulzări de material. Este cunoscut faptul că masele de obturație endodontică expulzate în periodonțiu pot fi supuse rezorbării sau incapsulării, însă în ambele situații ele sunt iritante în această zonă prezentându-se ca corpuri străine.

Un pericol deosebit, cu consecințe destul de grave nu numai locale, dar și medico-sociale, pot prezenta depășirile endodontice în canalul mandibular, unde poate fi lezat nervul alveolar inferior. Manifestarea clinică demonstrează duritate în sectorul dintelui tratat endodontic cu iradiere pe traiectul nervului, amorțire într-o jumătate de buză, de mucoasă gingivală, de menton, scăderea sau pierderea tuturor semnelor senzitive în aceeași zonă.

Situație clinică cu semnele neuropatiei nervului alveolar inferior a fost determinată la doi pacienți (2,35%) - ambii de gen feminin.

Într-un caz dinții mandibulari au fost supuși depulpării în scopul tratării sindromului parodontal la indicațiile proteticianului pentru metalo-ceramică (de la 3 până la 8 pe ambele părți), imprignați cu rezorcin-formalină, care a difundat în canalul mandibular și obturați cu pastă rezorcin-formalinică, fără expulzări a masei în periodonțiu. Pacienta de 28 de ani în momentul prezentării la consultație a acuzat dureri violente localizate dominant în sectorul dinților 48, 47, 46, 45, 44, amorțeală a buzei inferioare și mentonului (jumătatea din dreapta) insistând extragerea dinților 46, 47, 48.

Atât în cazul expulzării hipocloridului de sodiu (uite mai sus), cât și în cel cu rezorcin-formaldehidă proiectate în canalul mandibular măsurile tratamentului au fost următoarele:

1. Efectuarea decompresiei nervului prin calea canalelor radiculare a dinților 45, 46, 47 și 48;
2. Combaterea hipertensiunii intraductale cu prescrierea diureticilor și euofilinei i/v;
3. Restabilirea circulației sanguine a nervului alveolar inferior cu trental;
4. Tranchilizantele mici.

În cazul pacientei cu hipoclorid de sodiu au fost primite rezultatele pozitive peste 0,5 lună, cu efect major de tratament calitativ abia peste 1,0 lună, pe când pacienta cu expulzarea rezorcin-formalinei în canalul mandibular a fost trimisă la consultația neurologilor, care au spitalizat-o, prescriindu-se câteva cure de tratament repetate odată la 3-4 luni, îmbunătățindu-se sănătatea.

Conform datelor radiologice (dinții 15, 25, 34, 35, 44, 45) au prezentat apariția pungilor parodontale osoase verticale, înguste numai pe o laterală peste 1,5-6 luni după tratamentul endodontic cu obturarea de canal bună prin condensarea laterală. La unul din cei șase dinți (3,2%) enumerați a fost fixat un pivot șurup-ancoră, demonstrând punga parodontală verticală îngustă doar în sectorul coronar. Apariția pungilor parodontale osoase după tratamentul endodontic posibil au demonstrat fractură verticală a rădăcinii, susținută de toți pacienții care au menționat că imediat după tratament a apărut disconfort în dinții tratați, mai ales la mișcările masticatorii ocluzal-orizontală. Tuturor pacienților a fost recomandată retratarea endodontică, obturarea de canal fiind finalizată cu sistemul ProRut MTA. [6, 7]

Mai menționăm, că la pacienții la care din fișele de evidență de ambulator au fost determinate traume periodontale chimice (mecanice) și expulzări de material obturativ endodontic în spațiul periapical au fost prezente dureri postobturative de la 3 zile până la 1,5-2 săptămâni, care au dispărut, după scoaterea dinților cauză din ocluzie, într-un timp relativ scurt (1-3 zile).

Rezultatele analizei clinico-radiologice a eficacității tratamentului endodontic a celor 85 de pacienți au manifestat apariție a discromiilor dentare 62,4% în toate cazurile de obturație a canalelor cu rezorcin-formalină (96 dinți), 7 dinți cu amestecul zinc-oxid eugenol și la 13 dinți cu subminări de tavan. Gradul de discromii dentare endodontice a fost divers de la ușor gri (45 dinți) până la gri-roșietic și gri-gălbui (51 dinți). Tuturor acestor dinți a fost efectuată sau

recomandată albirea endodontică, cu refacere compozițională directă. Procedura a durat de la 3 seansuri până la 5-7 în dependență de severitatea discromiei endodontice.

Concluzii

1. Pentru o asistență endodontică calitativă v-om avea la dispoziție tot complexul de instrumente endodontice;
2. Pentru efectuarea unui bun acces pe canal va fi necesar de înlăturat obligatoriu totalmente subminările de tavan și cele de orificiu radicular;
3. În canalele curbate pentru preîntâmpinarea formării treptelor retentive și perforului lateral, debutul v-a fi efectuat cu instrumente mai flexibile (nitiflexfailul sau flexicatfailul), după care v-or fi folosite K-reamerul și K-failul curbate;
4. Instrumentele preparate prin metoda torsionării (K-instrumentele) v-or fi introduse pe canal prin mișcări rotative „ac ceasornic mecanic” pe axă – „în dreapta și în stânga”. Instrumentul deformat va fi scos din lucru;
5. Instrumentele elaborate prin tocire (pilire) – H tip, nu v-or fi introduse pe canal prin mișcări rotative, dar prin cele verticale în lungul axului canalului radicular. H – tip instrumente pot fi folosite numai după activitatea K-tip instrumentelor;
6. Pentru lărgirea canalelor înguste, slab penetrabile v-or fi folosite preparate medicamentoase, capabile să dizolve dentina (EDTA, hipocloridul de sodiu, Largal Ultra, Parcan, Canal + etc);
7. Înstrăinarea rumegușului de dentină format la procedura de lărgire va fi efectuată cu soluții antiseptice slabe irigate cu seringă și ace endodontice (obligatoriu), care v-or preîntâmpina traumele chimice ale periodontului;
8. Cea mai corectă metodologie de apreciere a lungimii de lucru a canalului va fi cea radiologică cu un instrument endodontic pe canal. Rămâne performantă apexlocația. În lipsa posibilităților radiologice (sau electronice), v-om apela la indicii medii din tabele speciale. O lungime de lucru apreciată corect v-a preîntâmpina traumele mecanice, depășirile de canal și supraobturările manifestate cu dureri postobturative;
9. Prelucrarea instrumentală a canalelor radiculare infectate devine mai eficace realizată prin sistema „Crown-down” – tehnică, folosind în acest scop Profaillele sau Protaipere;
10. Prioritatea unui tratament endodontic cu succes îi va reveni realizării corecte a regulii a trei A (acces la camera pulpară – A1; acces la orificiile radiculare – A2; acces la apexul fiziologic – A3);
11. Interzicerea folosirii amestecului de rezorcin formaldehidă, limitarea folosirii ermeticilor de canal zinc-oxid eugenate și cu conținut de argint, înlăturarea calitativă a subminărilor endodontice și rămășițelor necrotice pot servi cu măsură de prevenție a discormiilor endodontice;
12. Realizarea grijulie și ne forțată a obturației de canal prin condensarea laterală și cele de fixare a pivoților ancoră pot preîntâmpina apariției fracturilor verticale de rădăcină.

Bibliografie

1. Incl JI, Vanland LK. Endodontics . 1994; (ed.4) p.3
2. Боровский Е. В. Проблемы эндодонтического лечения. Клиническая стоматология. 1997; Nr. 1, стр. 5-8
3. Николишин А. К. Современная эндодонтия практического врача. Полтава, 1998, 156 стр
4. Бризенко Б. Препарирование корневых каналов с использованием механических никель-титановых систем. Клиническая стоматология. 2000; Nr. 3, стр 28-33
5. Максимовский Ю. М., Чиркова Т. Д. Медикаментозная и инструментальная обработка канала. Новое в стоматологии. 2001; Nr. 6, стр 54-60
6. Уэббер Д., Машко П. ПроТейпер: кривизна проходимая легко. DentArt, 2001; Nr. 2

7. Pertot W. ProRoot MTA (Mineral trioxide aggregate). Quintessence du congres. 2000; ADFand FDI, p. 15.

TACTICA TRATAMENTULUI CONSERVATIV AL AFECȚIUNILOR PARODONTALE INFLAMATORII.

**Valeriu Burlacu, Angela Cartaleanu, Ana Eni, Ala Ojovan, Victor Burlacu,
Anatol Cușnir, Vasile Zagnat**

Catedra Stomatologie Terapeutică FPM USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Tactics of conservative treatment of inflammatory parodontal lesions

A survey of conservative treatment of gingivitis and parodontitis world wide is presented, with the accompanying recommendations concluded from the analytical process of the mentioned problem added.

It's a sure fact that the treatment of mild, moderate and severe forms of parodontitis can only decrease the speed of the process, and transforms it into a slowly-developing pathology lasting for years.

Rezumat

Este supusă analizei starea efectuării tratamentului conservativ al gingivitei și parodontitei la nivel mondial, cu recomandări sintetice reeșite din procesul analitic a problemei în cauză.

Rămâne cert faptul, că tratamentul parodontitei formele ușoară, medie și gravă este doar cel de frânare a evoluției rapide a procesului, transferându-l în patologie parodontală de dezvoltare lentă pe parcursul anilor.

Actualitatea

Cunoscut este faptul că semnele inflamației gingivale sunt prezente la copii de la cea mai mică vârstă pe când reacția inflamatorie a întregului complex parodontal mai frecvent este întâlnită la pacienții cu vârsta trecută de 35-40 de ani.

Apariția parodontitei - proces patologic complicat cu formarea pungii parodontale, mobilității și migrațiunii dentare la momentul actual doar poate fi supusă frânării evoluției ei și nici de cum tratării totalmente, chira folosindu-se cele mai sofisticate tehnologii chirurgicale. Deoarece celulele epiteliale ale parodonțiului de înveliș dezintegrat își v-or îndeplini funcția de refacere a integrității, încet cu încet expulzând dintele din apofiza alveolară.

Rezultate

Ne v-om opri la expunerea situației moderne asupra tratamentului conservativ al afecțiunilor inflamatorii parodontale, accentul făcându-se pe tratamentul incipient și cel de întreținere a rezultatelor terapiei efectuate.

Etapa tratamentului chirurgical-corigant, prezentând specificul intervențiilor invazive poate fi expus în detalii de stomatologii chirurghi specializați în parodontologie.

Tratamentul incipient include:

1. Motivația și instruirea pacientului în realizarea corectă a igienei individuale orale;
2. Controlul colaborării pacientului cu medicul stomatolog, gradul de participare a pacientului în măsurile curative și profilactice;
3. Ameliorarea stării igienice locale;
4. Înlăturarea acumulărilor de depuneri bacteriene și focarelor de iritări iatrogene ale parodonțiului marginal;
5. Înstrăinarea depunerilor supragingivale și subgingivale într-o ședință cu polizarea rădăcinii;