

4. Hopcraft S. Matthew, Michael V. Morgan *Comparison of radiographic and clinical diagnosis of approximal and occlusal dental caries in a young adult population* Community Dentistry and Oral Epidemiology 2005, 33: 212-8, Blackwell Munksgaard 2005.

5. Stuart C. White, Michael J. Pharoah *Oral Radiology Principles and Interpretation*, Seventh Edition, Elsevier 2014, ISBN: 978-0-323-09633-1. 697 p.

6. Vita Makiulskiene, Guglielmo Campus, Joana Christiana Carvalho, Irene Dige, Kim Rud Ekstrand *Terminology of Dental Caries and Dental Caries Management: Consensus Report of Workshop organized by ORCA and Cariology Research Group of IADR* Caries Research 2019, DOI: 10.1159/000503309.

7. Vladimir Okushko, Vasile Zagnat *Aspecte de Fiziologie a Dintelui* red.șt.: Valeriu Burlacu, Chișinău 2018, ISBN: 978-9975-3196-2-1. 122 p.

CZU: 616.314.8-002-022.7

<https://doi.org/10.52692/1857-0011.2021.2-70.32>

INFLUENȚA FACTORULUI MICROBIAN ÎN APARIȚIA PERICORONARITEI ACUTE

²Daniela SÎRBU, studentă anul V, ²Mihai RACoviȚĂ, student anul V,

¹Nicolae CHELE, dr. hab. șt. med., conf. univ., ¹Gabriela MOTELICA, asist univ.

¹Catedra de chirurgie OMF și implantologie orală „A.Guțan”

a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

²Facultatea Stomatologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

e-mail: gabriela.motelica@usmf.md

Rezumat.

Pericoronarita reprezintă o afecțiune de tip inflamator, apărută în urma erupției molarului de minte inferior, interesând țesuturile pericoronare ale acestuia, ce are o etiologie complexă microbială și traumatică, manifestându-se printr-o tumefiere eritematoasă, hiperemie a gingiei în zona retromolară. Scopul studiului a fost stabilirea spectrului etiologic microbial implicat în etiologia pericoronaritei acute, pentru evaluarea unor agenți farmaceutici de tipul antibioticelor, antiinflamatorilor sau combinația lor în eliminarea focarului septic. În studiu au fost incluși 30 de pacienți (18 bărbați, 12 femei), cu vârsta cuprinsă între 18 și 45 ani (media $27,8 \pm 8,2$ ani) care s-au adresat cu pericoronarită acută a molarului trei inferior. În urma studiului s-a determinat severitatea infecției în funcție de semnele clinice subiective (durere) și obiective (tumefacție, congestie); incidența prezenței diferitelor tipuri de streptococ și antibioticograma pentru determinarea sensibilității acestora; raportul culturilor unimicrobiene față de cele polimicrobiene, dinamica semnelor clinice.

Cuvinte-cheie: pericoronarită, spectru microbial, antibiotice.

Summary. Influence of the microbial factor in acute pericoronitis occurrence.

Pericoronitis is an inflammatory disease that occurs after the eruption of the lower wisdom teeth and affects the surrounding tissues, with a complex microbial and traumatic etiology, manifested by an erythematous swelling and gum hyperemia in the retromolar area. The main goal was to determine the etiological spectrum of the microorganisms involved in acute pericoronitis and to evaluate the antibiotics, antiinflammatory drugs effect on pericoronitis treatment. The study included 30 patients (18 male, 12 female), aged between 18-45 years ($27,8 \pm 8,2$ years) with acute pericoronitis of the lower wisdom tooth. The study determined the severity of infection related to subjective and objective clinical symptoms (pain, swelling, congestion), the incidence of various streptococci; antibiotics resistance analysis was performed for in order to determine the sensibility and the rate between monomicrobial and polymicrobial cultures.

14 references, 4 figures

Key-words: pericoronitis, microbial spectrum, antibiotics.

Резюме. Влияние микробного фактора при возникновении острого перикоронарита.

Перикоронарит – воспалительное заболевание, возникающее после прорезывания нижнего третьего моляра, поражающее окружающие ткани, имеющее сложную микробно-травматическую этиологию, проявляющееся эритематозным отеком, гиперемией десны в ретромолярной области. Целью исследования было установить микробный этиологический спектр, вовлеченный в этиологию острого перикоронарита, для оценки фармацевтических агентов, таких как антибиотики, противовоспалительные препараты или их комбинации, для устранения септи-

ческой вспышки. В исследование были включены 30 пациентов (18 мужчин, 12 женщин) в возрасте от 18 до 45 лет (в среднем 27,8±8,2 года) с острым перикоронитом нижнего третьего моляра. При исследовании определялась тяжесть инфекции по субъективным клиническим признакам (боль) и объективным (отек, заложенность); частота наличия разных видов стрептококков и антибиотикограмма для определения их чувствительности; соотношение мономикробных культур к полимикробным, динамика клинических признаков.

Ключевые слова: перикоронарит, микробный спектр, антибиотики.

Introducere. Patologia erupției molarilor de minte se datorează condițiilor filogenetice, ontogenetice și anatomice. Dintre toate complicațiile asociate erupției sau incluziei dentare, cea mai frecventă și importantă este complicația septică [1, 2]. A fost estimat, că în 23,64% cazuri, patologia molarului de minte este cauza principală a diferitor procese inflamatorii din teritoriul OMF [3].

Pericoronarita acută reprezintă o afecțiune stomatologică, de tip inflamator, cu evoluție acută, ce apare ca și complicație a procesului de erupție a molarului de minte inferior, interesând țesutul pericoronar. Aceasta apare la adolescenți și adulții tineri, reprezentându-se ca o tumefiere eritematoasă, sensibilă a gingiei pe tuberozitatea retromolară [3]. Cauza apariției pericoronaritei, se consideră îmbinarea factorului microbial și a celui traumatic, datorat erupției parțiale. Studiarea acestor factori etiologici și patogenerici este esențială pentru stabilirea unor principii de tratament.

Este cunoscut faptul că infecțiile odontogene nu sunt cauzate de un singur microorganism. Infecțiile polimicrobiene sunt frecvent întâlnite în regiunea maxilo-facială, iar în unele cazuri au fost izolate chiar și până la 6 specii diferite [3-6].

Microflora bacteriană normală a cavității orale cuprinde în mare parte bacterii anaerobe. Prin urmare, nu este surprinzător că studiile despre infecțiile odontogene relevă faptul că numărul bacteriilor anaerobe crește semnificativ în procesele infecțioase acute din regiunea orală [7, 8].

În unele cazuri, prescrierea de antibiotice este empirică și se bazează pe starea clinică a pacientului. Ca urmare, tratamentul este adesea inadecvat și duce la dezvoltarea rezistenței bacteriene și a rezistenței chiar multiple a macroorganismului [14].

Tratamentul stomatologic al pericoronaritei acute variază, în funcție de tipul și stadiul de avansare a infecției: congestiv sau purulent. În urma considerațiilor chirurgicale de a evita extracția „la cald”, tratamentul radical, în cazul pericoronaritei acute, este deseori ocolit, prevalent fiind cel conservativ, cu scopul de a remite fenomenele inflamatorii acute. Acest scop poate fi atins datorită tratamentului medicamentos, atât local, cât și general.

Cunoașterea particularităților de etiologie, patogenie și evoluție ale acestei maladii, precum și cu-

noașterea problemelor de microbiologie orală este de mare importanță și stringentă actualitate pentru medicul stomatolog în stabilirea planului de tratament și controlul mai eficient a măsurilor de prevenție a infecțiilor.

În acest studiu s-a urmărit:

Determinarea legăturii dintre apariția patologiei în erupția molarului trei inferior (pericoronarita), vârsta și sexul pacienților, poziția dintelui de minte și dacă aceste particularități influențează simptomatologia și dezvoltarea acestei afecțiuni septice în cadrul erupției.

1. Analiza spectrului microbial implicat în inducerea pericoronaritei și studierea antibioterapiei electivă prin proba indirectă a antibiogrammei.

2. Familiarizarea cu substanțele medicamentoase utilizate în procesul inflamator și proprietățile acestora, stabilind valoarea antibioticelor, antiinflamatoriilor sau combinația lor cu rol în eliminarea focarului septic.

Materiale și metode. Studiu clinic prospectiv a fost realizat pe 30 de pacienți cu incluzia molarului de minte inferior, care s-au adresat pentru efectuarea tratamentului chirurgical.

Din punct de vedere clinic selecția cazurilor s-a realizat în raport cu adresabilitatea pacienților pe perioada desfășurării studiului.

Criteriile de includere au fost: pacienți cu vârsta de peste 18 ani până la 45 ani, pacienți cu molarul trei mandibular afectat de una din formele de pericoronarită acută.

La cei 30 de pacienți s-a realizat intervenții de extracție dentară a molarului trei inferior afectat de pericoronarită, precedată de administrarea unor antiseptice orale, antibiotic, analgetice sau combinația metodelor.

Variabilele de studiu au fost constituite de:

- Determinarea microbiotei prelevate;
- Determinarea agenților antimicrobieni susceptibili microbiotei analizate;
- Determinarea incidenței pericoronaritei în corelație cu indicii de: durere / scor de confort, trismus, prezența sau nu a supurației, edemul facial.

Examenul clinic al pacienților s-a efectuat conform schemei stabilite: examenul subiectiv și obiectiv (exobucal și endobucal), urmat de examenul paraclinic.



Figura 1. Baghetă cu tampon steril

Din metodele paraclinice s-a recurs la ortopantomografie și examenul bacteriologic.

O direcție importantă a cercetării a fost – în cadrul lotului de 30 de pacienți, identificarea spectrului etiologic al agenților microbieni implicați din prelevatele din colecțiile seroase sau purulente, de aceea, **examenul bacteriologic** posedă, indubitabil, o importanță majoră în atingerea scopului propus. Recoltarea s-a realizat cu un tampon steril, cu mediu, pentru înșământări pe mediile de cultură.

Diagnosticul de laborator

Pentru determinarea diagnosticului de laborator, mediile de cultură folosite sunt: Columbia agar cu 5% sânge de berbec, geloza chocolate, geloza lactozata (CLED), Mediul Mueller-Hinton. Identificarea bacteriilor se realizează cu ajutorul unui sistem automat VITEK 2, cu performanță înaltă, care identifică microorganismul patogen determinant. Acest sistem utilizează carduri cu reactivi deshidratați, destinate pentru identificarea mai multor tipuri de bacterii. Principiul de analiză este colorimetric.

Determinarea sensibilității la antibiotice s-a efectuat și după metoda clasică – Antibiograma difuzimetrică. Interpretarea rezultatelor: S-sensibil, I-indiferent, R-rezistent, se face conform standartului EUCAST.

Identificarea până la nivel de specie și testarea sensibilității la antibiotice se vor face pentru: germeni potențial patogeni (*S. aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, etc); germenii izolați în cultură pură cu o creștere >2+, rezultatul colorându-se cu froțiul Gram (prezența celulelor inflamatorii și a germenilor).

Raportarea rezultatelor:

- rezultat negativ: absența creșterii germenilor sau a florei microbiene patogene;
- rezultat pozitiv: identificarea la nivel de specie și testarea sensibilității pentru izolatele cu semnificație clinică.

Toți cei 30 de pacienți cu patologia de pericoronarită acută au fost supuși inițial tratamentului local-conservativ: lavaj cu antiseptice, pansament cu Levomicol, prescrierea medicamentoasă antibiotic + antiinflamator per os.

Rezultate obținute

În studiu au fost incluși 30 de pacienți (18 bărbați, 12 femei), cu vârsta cuprinsă între 18 și 45 ani (media $27,8 \pm 8,2$ ani) care s-au adresat cu pericoronarită acută a molarului trei inferior. Niciun pacient nu a fost exclus din studiu, toți având simptomele asociate patologiei de pericoronarită. Examinarea clinică, prelevarea probelor microbiologice, identificarea microbiană au fost efectuate după modelul descris anterior.

Acest studiu a arătat că femeile au prezentat mai frecvent simptome, au fost 12 (40%) pacienți de sex feminin și 18 (60%) pacienți de sex masculin.

Pacienții au fost împărțiți în cinci grupuri, variind de la 18 la 45 de ani; fiecare grup extinzându-se pe o perioadă de 10 ani. S-a constatat că pacienții cu vârste cuprinse între 18 și 25 de ani au fost cei mai susceptibili la incluzia molarilor de minte simptomatici, dintr-un total de 20 de cazuri (66.5%), urmat de pacienții cu vârste cuprinse între 26 și 36 de ani, în 8 cazuri (26.5%).

Din cele de mai sus, este evident că simptomele legate de incluzia dentară scad odată cu creșterea corespunzătoare a vârstei pacienților.

Prevalența simptomelor legate de angularea molarului de minte în acest eșantion a fost înregistrată și s-a constatat că poziția verticală a predominat (38.3%), urmat de incluzia mezioangulară (32.4%), incluzia orizontală (28.1%). Poziția distangulară a fost cel mai puțin întâlnită (1,2%).

Manifestările clinice ale infecțiilor de cauză dentară sunt extrem de variate, iar terapia lor poate fi foarte simplă, dar uneori și extrem de dificilă, necesitând intervenții chirurgicale de amploare, precum și consultări interdisciplinare.

Pe lângă elementele generale de anamneză, examen clinic general și locoregional, există o serie de elemente specifice care este necesar să fie luate în considerare în diagnosticul și adoptarea celei mai judicioase atitudini terapeutice.

Edemul, trismusul și supurația au fost prezente în 91%, 50% și respectiv 23% dintre pacienți.

Cercetarea s-a orientat în direcția identificării spectrului etiologic al agenților microbieni prezenți în prelevatele de sub capșonul molarului 3 inferior. Astfel rezultatele analizelor microbiologice ne-au identificat:

- culturi pozitive polimicrobiene în 32,58 % din cazuri
- culturi unimicrobiene în 67,42% din cazuri (Fig. 3.)

Dintre culturile unimicrobiene a fost demonstrată prezența streptococilor din grupul Viridans. (Fig. 4).

În ceea ce privește spectrul microbian în cazul culturilor polimicrobiene a dominat combinația mi-

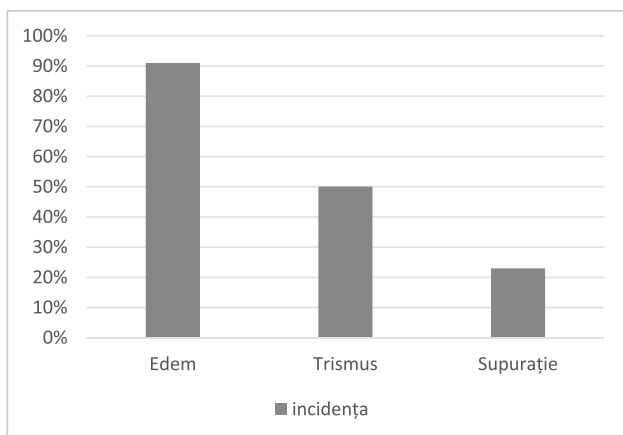


Figura 2. Incidența edemului, trismusului și supurației

croab anaerob + microb aerob, facultativ anaerob.

Mediile de cultură compuse din anaerobe au fost predominant facultative. Anaerobii facultativi cel mai frecvent izolați au fost identificați ca *Porphyromonas gingivalis* + *Streptococcus viridans*, *Prevotella intermedia* + *Streptococcus equi*, *Peptostreptococcus* + *Staphylococcus aureus* coagulază-negativ stafilococi, streptococi orali și gram-negativi nefermentativi. Acest lucru este în contrast cu un studiu realizat de Heimdahl și colab, care a demonstrat predominanța anaerobilor obligatorii precum *Bacteroides*, *Prevotella* și *Fusobacterium*. Studiile anterioare efectuate de alți anchetatori au raportat *Porphyromonas*, *Prevotella*, *Fusobacterium*, *Peptostreptococcus* și streptococii, ca fiind principalele bacterii patogene izolate de infecțiile dentare.

Întrucât procesele septice de cauză dentară au o evoluție foarte rapidă, iar germenii provin din flora saprofită a cavității bucale, în 20% din cazuri speciile microbiene fiind streptococi aerobi și anaerobi, peptococi, peptostreptococi și bacterii, se recurge de regulă la o antibioterapie empirică de rutină, fără să se facă antibiograma, aceasta, întrucât actualele metode

de laborator nu permit testarea sensibilității la antibiotice mai devreme de 24 de ore, timp în care procesele septice de cauză dentară se pot extinde sau agrava.

Din aceste considerente, ținând seama de testările de laborator privind sensibilitatea la antibiotice a florei microbiene din supurațiile de cauză dentară, se folosesc, în ordine: penicilina, eritromicina, clindamicina, cefalosporinele și tetraciclinele. În alegerea antibioticului se va ține seama de gravitatea cazului clinic, alegându-se antibioticul în funcție de aceasta, dar antibioticul cel mai puțin toxic, cu acțiune verificată în supurațiile perimaxilare.

În studiul nostru, la toți cei 30 de pacienți li s-a realizat antibioticograma postprelevare a secrețiilor de sub capșonul molarului trei inferior. A fost determinată sensibilitatea, rezistența sau indiferența la 13 preparate antibiotice: Amoxicilina, Amoxyclav, Ampicilina, Benzilpenicilina, Cefotaxim, Cefepim, Tetraciclina, Eritromicina, Claritromicina, Azitromicina, Clindamicina, Levofloxacin, Trimetropim/Sulfametoxazol.

În general, antibioticele β -lactamine precum amoxicilina în combinație cu inhibitorul β -lactamazei, antibioticele macrolide precum azitromicina, cefalosporinele generația a treia cu inhibitorul β -lactamazei, fluoroquinolona ca și alte medicamente au demonstrat niveluri ridicate de activitate antimicrobiană. Dintre diferitele antibiotice utilizate în studiu, rezistența maximă a fost demonstrată de cefalosporinele din prima generație, cum ar fi cefazolin, urmate de antibiotice β -lactamice, cum ar fi ticarcilina, azlocilina, ampicilina și alte medicamente precum metronidazolul, cotrimoxazolul, tetraciclina și eritromicina.

Metodele terapeutice adjuvante antibioterapiei propuse au fost: administrarea de antiinflamatorii de tip NSAIDs, Ibuprofen 200 mg – 1tb/3 ori pe zi, Dexamethasone sodium phosphate – 1 fiolă 2 ml (8 mg substanță activă) / 6 ore.

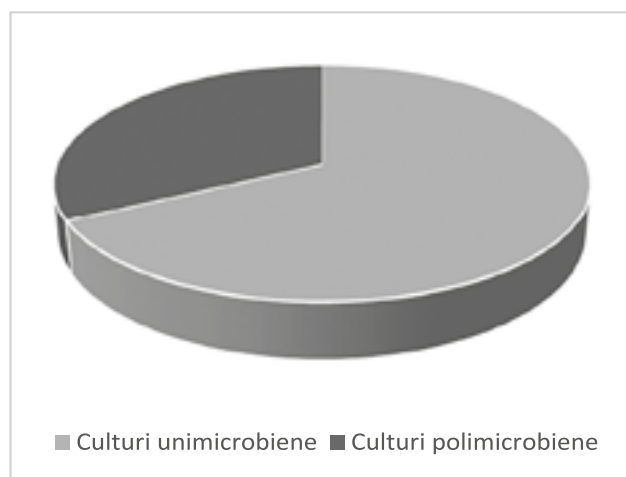


Figura 3. Raportul culturilor unimicrobiene față de cele polimicrobiene

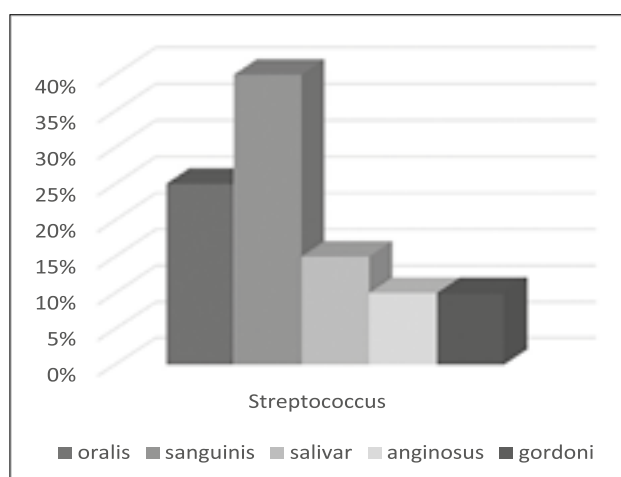


Figura 4.

Evaluarea durerii postoperatorii am realizat-o pe baza scorului de confort postoperator.

Intensitatea durerii – Scorul de confort

Scor 0 – absența durerii

Scor 1 – unele acuze dureroase minore sau moderate

Scor 2 – acuze dureroase moderate/ majore

Scor 3 – acuze dureroase majore

Terapia edemului cu antialgice și antiinflamatorii are ca țintă combaterea durerii asociate distensiei tisulare și a fenomenelor congestive locale, astfel, s-a observat evaluarea a durerii în primele 24 de ore postoperator cu scor 3, observând un edem pronunțat la 80% dintre pacienți, după 48 de ore se observă o ameliorare a durerii fiind notată cu scorul 2, iar edemul se diminuează spre moderat fiind prezent la 70% dintre pacienți, după 72 de ore fenomenele inflamației acute se remit considerabil, durerea căpătând scorul 0, iar edemul fiind prezent la doar 30% dintre pacienți.

Discuții. Este cunoscut faptul că patologia erupției molarilor de minte se datorează condițiilor filogenetice, ontogenetice și anatomice. Dintre toate complicațiile asociate erupției sau incluziei dentare, cea mai frecventă și importantă este complicația septică [1, 2]. A fost estimat, că în 23,64% cazuri, patologia molarului de minte este cauza principală a diferitor procese inflamatorii din teritoriul OMF [3].

Cele mai frecvente microorganisme implicate în infecțiile orofaciale în acest studiu au fost anaerobii facultativi precum *Haemophilus influenzae* și enterobacteriile urmate de anaerobii obligatorii. Predominanța bacteriilor anaerobe facultative și prezența anaerobilor obligați relevă natura polimicrobiană complexă a leziunilor odontogene și neodontogene.

Cu toate acestea, s-a sesizat o creștere a numărului total de specii bacteriene. Pentru a confirma datele acestui studiu, vor fi necesare viitoare programe de supraveghere bacteriologică a cavității orale. Anaerobe obligatorii au fost extrem de sensibile la majoritatea antibioticelor, inclusiv penicilinele, în timp ce rezistența la gentamicină și tetracilină a fost observată în rândul acestor specii. Sensibilitatea mai mare de 95% a fost demonstrată de streptococii orali la antibiotice β-lactamice în comparație cu eritromicina și medicamente cu spectru larg de acțiune, cum ar fi tetraciclina și cotrimoxazolul. Cu toate acestea, majoritatea izolatelor de streptococi alfa și beta-hemolitici au prezentat o susceptibilitate mai mare la antimicrobieni decât speciile streptococice orale. Rata de susceptibilitate a stafilococilor coagulazo-negativi

a fost semnificativ mai mică decât cea a tulpinilor *Staphylococcus aureus*, deși ambele grupuri au prezentat o susceptibilitate mai mare la antibiotice β-lactamice decât medicamentele cu spectru larg. Enterobacteriile au prezentat cea mai mare sensibilitate la piperacilină / tazobactam, cefalosporine de generația a treia și a patra, în timp ce a existat o rezistență neobișnuit de mare la ampicilină. Bacilii gram-negativi nefermentativi au fost mai sensibili la cefalosporinele de generația a treia și la antibioticele polipeptidice. Izolatele *H. influenzae* au fost susceptibile la o gamă largă de β-lactamaze, antibiotice cu spectru larg, cum ar fi cloramfenicolul și cefalosporine de a doua generație. *Moraxella catarrhalis* și speciile *Corynebacterium* s-au dovedit a fi susceptibile la antibiotice β-lactamice.

Concluzii

Pericoronita are o corelație cu vârsta pacientului. S-a constatat că femeile au prezentat mai frecvent simptome. Pacienții cu vârste cuprinse între 18 și 25 de ani au fost cei mai susceptibili la incluzia molarilor de minte simptomatici, dintr-un total de 20 de cazuri (66.5%), evident că simptomele legate de incluzia dentară scad odată cu creșterea corespunzătoare a vârstei pacienților.

Din microbiota colectată s-a descoperit faptul că anaerobii preponderent facultativi sunt implicați în apariția pericoronitei. Cele mai frecvent izolate anaerobe facultative au fost identificate ca *Porphyromonas gingivalis* + *Streptococcus viridans*, *Prevotella intermedia* + *Streptococcus equi*, *Peptostreptococcus* + *Staphylococcus aureus* coagulază-stafilococi negativi, streptococi orali și cele gram-negative nefermentative. Din tulpinile izolate am depistat mai multe microorganisme Gram pozitive și coci fermentativi ca: *S.salivarius*, *S.sanguinis*, *S.oralis* etc. Streptococul a fost cel mai frecvent întâlnit microorganism în caz de pericoronarită acută.

Datorită etiologiei pericoronitei, în general, antibioticele β-lactamice precum amoxicilina în combinație cu inhibitorul β-lactamazei, antibioticele macrolide, cefalosporinele generația a treia cu inhibitorul β-lactamazei, fluorochinolonele și alte medicamente trebuie utilizate ca tratament medicamentos și măsură profilactică la alte complicații severe. Luând în considerație testările de laborator privind sensibilitatea la antibiotice a florei microbiene din exudatele prelevate, am determinat ordinea folosirii antibioticelor: penicilinele, cefalosporinele, macrolidele, chinolonele și în ultima instanță tetraciclonele.

Bibliografie

1. Aldescu C., „Radiologie pentru studenți și medici stomatologi”, Editura Polirom 1998, p.82-86.

2. Bartzokas and GW Smith, ed. (1998). Managing Infections: Decision-making Options in Clinical Practice.

Informa Health Care. p. 157. ISBN 1-85996-171-1. Retrieved 2008-05-31.

3. Bucur A., Popescu M., Dincă O., "Patologia erupției dentare", București 2009, p.106-150.

4. Burlibașa C. „Chirurgie orala și maxilo-facială”, București: Editura Medicală 2007, p.259 -291.

5. Cawson RA, Odell EW (2002). *Cawson's essentials of oral pathology and oral medicine* (7th ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone. pp. 82,166. ISBN 9780443071058.

6. Mandell GL, Petri WA Jr. Antimicrobial agents. Penicillins, cephalosporins, and other β -lactam antibiotics. In: Hardman JG, Limbird LE, Molinoff PB, Ruddon RW, Gilman AG, Editors. *Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics*, 9th Edn. New York: The McGraw-Hill Co., 1996: 1073–1101.

7. National Committee for Clinical Laboratory Standards. *Methodology for the Serum, Bactericidal Test: Tentative Guideline*. Villanova (PA): NCCLS; 1992 (Publication No. NCCLS M21-T).

8. Kravitz, ND; Kusnoto, B (April 2008). „Soft-tissue lasers in orthodontics: an overview.”. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 133 (4 Suppl): S110–4. doi:10.1016/j.ajodo.2007.01.026. PMID 18407017.

9. Laskaris, George (2003). *Color Atlas of Oral Diseases*. Thieme. p. 176. ISBN 1-58890-138-6. Retrieved 2008-05-31.

10. Neville BW, Damm DD, Allen CA, Bouquot JE. (2002). *Oral & maxillofacial pathology* (2nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders. pp. 73,129,133,153,154,590,608. ISBN 0721690033.

11. Johri, A; Piecuch, JF (November 2011). „Should teeth be extracted immediately in the presence of acute infection?”. *Oral and maxillofacial surgery clinics of North America* 23(4): 507–11, v. doi:10.1016/j.coms.2011.07.003. PMID 21982602.

12. Nastas L., Popovici T. Pericoronarita – complicație a patologiei de erupție a molarului de minte. *Analele științifice*. Chișinău 2008, p. 677-679

13. National Committee for Clinical Laboratory Standards. *Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing: Eighth Informational Supplement*. Villanova (PA): NCCLS; 1998 (Publication No. NCCLS M100-S8).

14. Dodson TB (Sep 2012). „The management of the asymptomatic, disease-free wisdom tooth: removal versus retention. (review)”. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 20 (2): 169–76. doi:10.1016/j.cxom.2012.06.005. PMID 23

CZU: 616.314-007.23

<https://doi.org/10.52692/1857-0011.2021.2-70.33>

REFERINȚE LA HIPOPLAZIA DENTARĂ

¹Iuliana ȚURCAN, studentă anul V, ²Silvia RAILEAN, dr. șt. med., conf. univ.,

³Lucia AVORNIC, dr. șt. med., conf. univ., ²Igor CIUMEICO, dr. șt. med., conf. univ.

¹Facultatea de Stomatologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

²Catedra de Chirurgie OMF pediatrică și pedodontie „Ion Lupan”, USMF „Nicolae Testemițanu”

³Catedra de ortodontie, USMF „Nicolae Testemițanu”

e-mail: ion.ciumeico@usmf.md

Rezumat.

Hipoplazia este atribuită unei defecțiuni primare a ameloblastului care secretă tranzitoriu o substanță anormală inaptă mineralizării normale. Odată cu încetinirea acțiunii factorului distrofiant, ameloblastul reia funcția normală. Liniile de creștere, striatiile Retzius, ale zonei hipoplaziate sunt mai pronunțate, iar lățimea acestei zone corespunde duratei de acțiune a factorului distrofiant.

Cuvinte-cheie: anomalie dentară de structură, hipoplazia dentara, hipoplazie de sistem

Summary: References to dental hypoplasia.

Hypoplasia is assigned to a primary defect of the ameloblast that transitory secretes an abnormal substance incapable of normal mineralization. Once the action of the dystrophic factor slows down, the ameloblast resumes normal function. The growth lines, Retzius striations, of the hypoplasia area are more pronounced, and the width of this area corresponds to the duration of action of the dystrophic factor.

Key-words: anomaly of dental structure, dental hypoplasia, systemic hypoplasia.

Резюме. Ссылки на дентальную гипоплазию.

Гипоплазия относится к первичной недостаточностью ameloblasta, который временно вырабатывает необычное вещество, непригодное для нормальной минерализации. Как только действие дистрофического фактора