

ATITUDINE TERAPEUTICĂ ÎN FAȚA EȘECULUI TRATAMENTULUI RADICULAR LA NIVELUL UNOR DINȚI FRONTALI. PREZENTARE DE CAZ

MONA IONAȘ¹, T. IONAȘ²

¹Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu, ²Cabinet Medicină Dentară, S. C. AMIC S.R.L Sibiu

Cuvinte cheie: tratament endodontic, imagine radiologică

Keywords: endodontic tratment, radiological image

Rezumat: Eșecul tratamentului endodontic poate avea efect invalidant asupra pacientului în cauză. În articol este prezentată abordarea clinică de retratament a unui caz de eșec terapeutic endodontic la nivelul dinților frontali. Este preferabil prima dată să încercăm retratamentul dintelui în cauză deoarece este varianta cea mai conservativă de tratament.

Abstract: Unsuccessful endodontic treatment can have a disabling effect on the patient if it is followed by tooth extraction. In the article, we present the clinical approach of a retreatment case of endodontic therapeutic failure at the frontal-teeth level. First, it will be preferable to try to retreat the tooth because this is the most conservative way of treatment.

INTRODUCERE

Tratamentul endodontic este o manoperă de rutină în practica stomatologică curentă. Succesul tratamentului radicular depinde de o multitudine de factori începând cu diagnosticul inițial, corectitudinea tratamentului propriu-zis și mergând până la reactivitatea individuală a fiecărui pacient. Din păcate avem ocazia să descoperim destul de frecvent eșecurile tratamentelor radiculare abia când acestea devin simptomatice.

În situația unui eșec al tratamentului endodontic avem la dispoziție fie reluarea acestuia, fie tratament chirurgical. În general rezecția apicală se va păstra pentru cazurile în care reluarea tratamentului endodontic nu este posibilă sau nu a avut succes. (1)

SCOPUL STUDIULUI

Dorim să prezentăm abordarea terapeutică a unui caz de eșec al tratamentului radicular la nivelul dinților frontali.

PREZENTARE DE CAZ

Pacienta H.C., de 27 de ani, s-a prezentat la medicul dentist pentru probleme estetice în zona frontală. La examenul intraoral s-a remarcat o lucrare metaloacrilică incorectă din punct de vedere estetic în zona lui 1.1 și 1.2. Anamnezic pacienta știa de efectuarea tratamentului endodontic în urmă cu circa 5-6 ani și nu a avut nici un fel de acuze simptomatice legate de acești doi dinți. La examinarea obiectivă dinții erau asimptomatice la percuția în ax, iar la palparea în vestibulul bucal consistența țesuturilor și sensibilitatea a fost normală.

La controlul radiologic de rutină prin radiografie retroalveolară se observă prezența la amândoi dinții a unei reacții periapicale. Aspectul radiologic al materialului de obturație radiculară este incorect, lipsind omogenitatea așteptată. (Fig. nr. 1)

Etape clinice: Lucrările metalo-acrilice au fost îndepărtate prin secționare cu freze la turație înaltă. La examinarea clinică a stâlpilor de punte (asistată de magnificație cu lupe cu mărire de 3x) s-a constatat că nu se remarcă existența unor soluții de discontinuitate care să fi permis recolonizarea bacteriană exogenă a spațiului radicular. Nemulțumiți de aspectul radiologic al tratamentului radicular am decis reluarea

tratamentului endodontic.

Am izolat dinții folosind un sistem de digă, am îndepărtat obturațiile coronare, am reperat orificiile radiculare. Am constatat că în canalele radiculare existau conuri de gutapercă și urme de material de sigilare radiculară. Dezobturarea canalelor radiculare s-a făcut cu ace Kerr tip burghiu și ace Haedstroem. După determinarea lungimii de lucru atât cu ajutorul apex-locatorului, cât și clinico-radiologic s-a realizat tratamentul mecanic utilizând tehnica telescopării regresive. Tratamentul endodontic a presupus instrumentarea canalelor folosind ace precurbate până la acele de mărimea 50-55 cu conicitate clasică (taper 2). În timpul tratamentului de canal au fost folosite gelul de EDTA, hipocloritul de sodiu, clorhexidina, apa oxigenată și serul fiziologic. Reobturarea canalului radicular s-a efectuat în aceeași ședință prin tehnica de condensare laterală a gutapercii la rece și un sigilant radicular pe bază de hidroxid de calciu (Seal apex, Kerr).

Figura nr. 1. Aspect radiologic inițial



Rezultatul final al tratamentelor arată o schimbare netă a aspectului obturației radiculare față de situația inițială. (Fig. nr. 2)

De comun acord cu pacienta am decis realizarea unor lucrări protetice polimerice temporare pe cei doi dinți pentru o perioadă de circa 1-2 ani pentru a putea verifica evoluția leziunilor periapicale. Dacă există semne de vindecare

¹Autor Corespondent: Mona Ionaș, str. Rahova, nr. 14, ap. 11, Sibiu, România, e-mail: stomatologmonaionas@yahoo.com, tel +40- 0722237603
Articol intrat în redacție în 28.09.2011 și acceptat spre publicare în 31.01.2012
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Martie 2012; 2(1)97-98

ASPECTE CLINICE

periapicală la sfârșitul acestui interval se consideră retratamentul reușit și se continuă cu realizarea unor lucrări protetice total fiziomice de tip coroane integral-ceramice. Evoluția nefavorabilă a acestor leziuni periapicale (extindere, acutizarea simptomatologiei) recomandă aplicarea tratamentelor de tip chirurgical precum rezecția apicală. În ultimă instanță se poate efectua extracția dintelui problematic.

Figura nr. 2. Aspect radiologic final



În ceea ce privește simptomatologia clinică nu există o corelație directă între modificările histopatologice și manifestările clinice în raport cu prezența sau absența anumitor tulpini bacteriene în regiunea periapicală (2), iar retratarea canalelor radiculare este o decizie greu de luat deoarece există un risc de eșec deloc neglijabil. (1) Un granulom este în general asimptomatic și este descoperit de obicei la un control radiologic de rutină. Există o corelație între semne și simptome clinice pe de o parte și prezența bacteriilor pe de altă parte, cu toate acestea nu există o corelație între mărimea leziunii radiologice și prezența sau absența bacteriilor. Radiologic leziunea apare ca o radiotransparență cu formă și dimensiune variabilă în funcție de orificiile de deschidere a canalului radicular la nivel apical sau pe lateralul rădăcinii. (3)

Țesutul de granulație periapical are un potențial de vindecare de 100%, dar succesul în endodonție depinde de trei reguli de bază: tratamentul mecanic al canalelor, dezinfectia și obturația radiculară. Succesul unui tratament mecanic corect depinde de dificultățile anatomice și capacitatea medicului de a depăși aceste provocări. Tratamentul mecanic corect oferă posibilitatea de a realiza o dezinfecție (nu o sterilizare) cât mai completă a canalelor radiculare. Eventualele microorganisme care ar supraviețui dezinfecției ar fi blocate în nișele lor de o obturație radiculară tridimensională corectă. În general aceste microorganisme dispar în câteva zile de la finalizarea obturației radiculare. (3)

În ceea ce privește prepararea endodontică, lărgirea și conicizarea unui canal sunt subiect permanent de discuție. În general în cazul canalelor conicizate larg se poate obține o mai bună irigare, curățirea și îndepărtarea mai bună a resturilor și se preferă condensare laterală. (2)

Tratamentul endodontic se poate realiza într-una sau mai multe ședințe, dar în ceea ce privește succesul radiologic pe termen scurt sau lung acesta este asemănător. (4,5,6) Unii autori consideră mai puțin importantă calitatea tehnică a restaurării coronare în comparație cu calitatea radiologică a obturației radiculare. (7)

Concluzii: Considerăm că în fața unui eșec al tratamentului endodontic este preferabil prima dată să încercăm retratamentul dintelui în cauză, deoarece este varianta cea mai conservativă de tratament. Doar în cazul în care nu avem acces complet la spațiul intraradicular pentru a efectua un tratament

mecanic corect este recomandabil un tratament chirurgical precum rezecția apicală. Abia după ce și tratamentul chirurgical eșuează se poate pune problema extracției dintelui cauzal.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

1. Cherlea V, *Tratamentul endodontic*, Editura Național, 2000
2. Vârlan V, Vârlan C. *Elemente de endodonție practică*. Ed. Informatica, București, 1999.
3. Castellucci A, *Endodontics Vol I*, Edizioni Odontoiatriche Il Tridente S.r.l, Florence .2004.
4. Molander A, Warfvinge J. et al. Clinical and radiographic evaluation of one and two-visit endodontic treatment of asymptomatic necrotic teeth with apical periodontitis: a randomized clinical trial. *J Endod.* 2007;33:1145-8.
5. Trope M, Delano EO, Ørstavik D. Endodontic treatment of teeth with apical periodontitis: single vs multiple visit treatment, *J Endod.* 1999;25:345-350.
6. Figini Lara, Lodi Giovanni, Gorni Fabio, Galiani Massimo – Single Versus Multiple Visits for Endodontic Treatment of Permanent Teeth: A Cochrane Systematic Review, *JOE*, 2008;34(9):1041–1047.
7. Tronstad L, Asbjørnsen K, Døving L. et al. Influence of coronal restorations on the periapical health of endodontically treated teeth. *Dent Traumatol.* 2000;16:218-21.