

PERIAJUL DENTAR ÎN CADRUL PROFILAXIEI PRIMARE, SECUNDARE ȘI TERȚIARE A AFECȚIUNILOR ODONTO-PARODONTALE

Valeriu ALEXEEV,

IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Rezumat

Periajul dentar este mijlocul principal de menținere a igienei bucodentare și este eficient doar atunci când se efectuează în mod sistematic și printr-o tehnică corectă. Corelația adecvată, eficientă și individuală a periajului propus cu scopul profilactic sau de tratament al afecțiunilor incipiente odonto-parodontale oferă posibilitatea adaptării în stările asociate cu hipersensibilitate și hemoragii gingivale în parodontitele avansate după intervențiile corespunzătoare cu scopul protecției și profilaxiei spațiului nou-format. În așa mod am obține condiții optime de realizare a acestei metode.

Cuvinte-cheie: periaj dentar, profilaxie, parodontită, leziune endo-parodontală

Summary

Dental brushing within the primary, secondary and tertiary prophylaxis of dental-periodontal disorders

Teeth brushing is the main way of the buco-dental hygiene maintenance and is giving good results only when it done systematically and regularly with a right technique. Correlation between dental and gingival surface with the prophylactic aim or participation in the treatment of odontal-parodontal affection which is associated with hypersensitivity and gingival bleedings during teeth brushing or in advanced periodontitis after intervention for protective and prophylactic aim of the new formed spaces. In this way the optimal conditions for applying of this method would be obtained.

Keywords: dental brushing, prophylaxis, periodontitis, endo-periodontal lesion

Резюме

Гигиена полости рта в рамках первичной, вторичной и третичной профилактики одонто-пародонтальных заболеваний

Чистка зубов является основным средством поддержания гигиены полости рта и выполняется только при систематическом выполнении с использованием правильной техники. Адекватная, эффективная и индивидуальная корреляция между предполагаемой чисткой зубов и профилактическими зубными, дёсенными поверхностями или участием в лечении начинающихся нарушений вышеупомянутых тканей дали бы возможность адаптации и в состояниях, связанных с гиперчувствительностью и кровоточивостью десен, в запущенных процедурах пародонта и профилактики новообразованного пространства. Таким образом, мы получаем оптимальные условия для этого метода.

Ключевые слова: чистка зубов, профилактика, заболевания пародонта, эндо-пародонтальное поражение

Introducere

Igiena dentară este esențială pentru a avea o dantură sănătoasă și frumoasă. Lipsa igienei dentare sau igiena orală neadecvată determină complicații locale, cum ar fi cariile dentare sau boala parodontală, afecțiuni ce conduc la pierderea dinților și atrofia oaselor maxilare, precum și la complicații generale (de exemplu, boli cardiovasculare, metabolice, renale, respiratorii, neurologice, naștere prematură etc.). Se cunoaște că placa bacteriană și tartrul dentar constituie principala cauză a apariției bolii parodontale.

Igiena orală se poate realiza și întreține în două moduri:

- igiena orală *personală*, individuală, efectuată la domiciliu de către pacient zilnic, atât dimineața, cât și seara;
- igiena *profesională*, realizată de medicul-stomatolog o dată la șase sau la patru luni la purtătorii de lucrări și implanturi, ori la trei luni la fumători.

Sănătatea orală este o carte de vizită a stării generale de sănătate a fiecărei persoane. Caria dentară și gingivita sunt două probleme comune de sănătate orală încă din vârsta copilăriei. Unele studii demonstrează prevalența cariilor dentare de 23% la copiii cu vârste cuprinse între 2 și 5 ani, de 21% la cei cu vârste între 6 și 11 ani și de 58% la adolescenții între 12 și 19 ani. Deși prevalența gingivitei este neobișnuită în stadiul incipient al dentiției primare, aceasta crește la aproximativ 50% la copiii de 4-5 ani și continuă să se majoreze odată cu vârsta până la aproape 100% la pubertate și la adulți [5, 6, 7]. Starea de sănătate orală din copilărie este un factor determinant important ale stării generale și al sănătății orale ulterioare. Prin urmare, este necesar de a stabili obiceiuri de igienă orală potrivite la începutul vieții, pentru a preveni efectele dăunătoare pentru dentiția permanentă și parodontiu pentru adulți [11, 13, 16].

Este bine știut că prezența plăcii bacteriene joacă un rol important în dezvoltarea și progresarea cariilor dentare și a gingivitei [1, 3, 8]. Cu toate acestea, siturile interdente prezintă riscuri suplimentare la susceptibilitatea cariilor dentare și a gingivitei. S-a dovedit că acumularea plăcii în siturile interproxi-

male este mai acidogenă decât cea din alte zone ale cavității bucale [9]. În plus, contactele interdentare ale dinților primari permit o creștere bacteriană favorabilă, deoarece zonele de contact nu sunt la fel de strânse ca cele dintre dinții permanenți.

Strategia stomatologiei preventive este complexă și cuprinde profilaxia *primară, secundară și terțiară*. Se referă la concepția preventivă în cadrul tratamentului curativ, deci când aceste afecțiuni stomatologice sunt deja instalate, și în faza avansată în cadrul evoluției lor. În realizarea acestor scopuri este folosit și periajul dentar. Fiind mijlocul principal de menținere a igienei bucodentare, dă rezultate doar atunci când se efectuează în mod sistematic și regulat cu o tehnică corectă. În cadrul profilaxiei terțiare pentru leziunile endo-parodontale, terapia combinată îi permite clinicianului să moduleze și să intervină în funcție de răspunsul celor două țesuturi implicate în leziune. Debutul terapiei constă întotdeauna în tratamentul endodontic, și anume în prepararea mecanică a sistemului endodontic și asanarea acestuia. Focarul endodontic primar sau secundar, prin riscul ridicat de progresare a patogenilor dinspre canalul radicular spre parodontiul marginal, trebuie eliminat prioritar, altfel dezinfecția parodontală singură devine inutilă, oricât de riguroasă ar fi ea [4].

Definiția sănătății orale (a Federației Dentare Internaționale): sănătatea orală este polivalentă și include capacitatea de a vorbi, zâmbi, mirosi, gusta, atinge, mesteca, înghiți și de a exprima o serie de emoții prin expresii faciale cu încredere și fără durere, disconfort și boli craniofaciale complexe.

Alte attribute ale sănătății orale [14, 15, 16]:

- ✓ Este o componentă fundamentală a sănătății și a stării fizice și mentale bune.
- ✓ Există de-a lungul unui proces continuu, influențat de valorile și atitudinile oamenilor și ale comunităților.
- ✓ Reflectă attributele fiziologice, sociale și psihologice esențiale pentru calitatea vieții.
- ✓ Este influențată de experiențele, percepțiile, așteptările și capacitatea de a se adapta la circumstanțe.

Scopul studiului constă în sublinierea necesității controlului plăcii interdentare ca parte a igienizării orale zilnice a pacientului, descrierea pe scurt a tipurilor de profil ale pacientului întâlnite în cadrul cercetării și reamintirea unor metode mecanice de igienizare interdentară, potrivite necesităților pacientului.

Ne-am propus ca prin urmărirea clinică a unui număr semnificativ de pacienți după intervențiile

corespunzătoare să se evidențieze evoluția modificărilor odonto-parodontale, cu scopul protecției și profilaxiei spațiului biologic nou-format. În așa mod am obține condiții optime de realizare a acestor metode. Corelația adecvată, eficientă și individuală a periajului propus cu suprafețele dentare, gingivale cu scop profilactic sau participarea în tratamentul afecțiunilor incipiente și al celor avansate ale țesuturilor menționate ar oferi posibilitatea adaptării și în stări asociate cu hipersensibilitate la periaj și hemoragii gingivale.

Material și metode

Din considerentele enumerate mai sus, am folosit următoarele metode de cercetare a plăcii bacteriene și a modificărilor parodontale: indicele de placă (Quigley-Hein), indicele gingival (Silnes-Loe), indicele de sângerare (Muhleman și Son); valorile în milimetri ale recesiunilor și pungilor parodontale, pentru țesuturile dentare dure – aparența țesuturilor respective și corelațiile în timp ale obturațiilor cu metodele de periaj asociate cu defectele cuneiforme, abraziuni, eroziuni, carii și efectele iatrogene ale periajului folosit.

În cadrul studiului desfășurat pe o perioadă de trei luni, 41 de persoane (30 femei și 11 bărbați) au fost evaluate cu privire la igiena orală, în special controlul plăcii bacteriene interproximale. Pentru înregistrarea cantitativă a plăcii am folosit indicele de igienă orală (OHI) după colorarea cu un revelator (Plaque test, Compania Ivoclar Vivadent) a zonelor cu placă. După examinarea inițială a subiecților, li s-a făcut o igienizare profesională și au fost atent informați doar cu privire la importanța și metodele de realizare a igienizării interproximale. Scorul OHI a fost înregistrat din nou la două săptămâni, apoi la trei luni.

Tehnica BASS modificată, propusă pentru periajul dentar, este prezentată în figurile 1 și 2.

Caracteristici:

- tehnica creviculară – realizează curățarea șanțurilor gingivale;
- protejează fața vestibulară a caninului, evitând apariția recesiunii gingivale;
- se efectuează pe grupe dentare secvențiale;
- realizează curățarea feței dentare a ultimului molar;
- este o tehnică mixtă gingivo-dentară (îndepărtează placa bacteriană de la nivelul dinților și stimulează circulația sangvină la nivelul gingival);
- metoda folosește mișcările vibratorii [11].

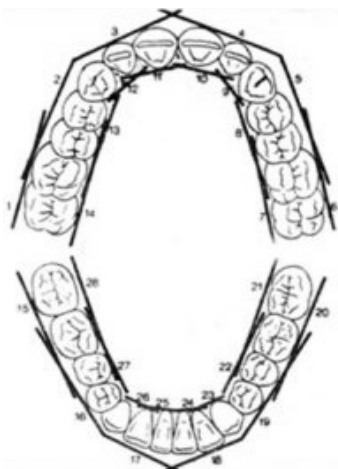


Figura 1. Diagrama secvențială a tehnicii de periaj Bass

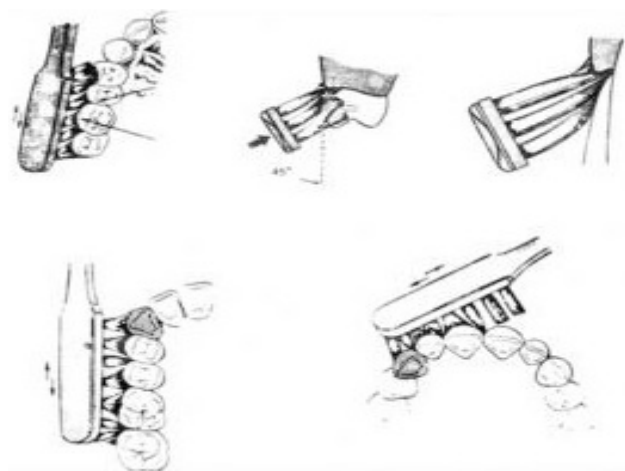


Figura 2. Periajul fețelor dentare

Periajul a fost realizat prin antrenarea parțială a firelor periuței de dinți pe suprafețele imune dentare (ca puncte de reper) și ghidarea mișcărilor firelor libere cu pasta respectivă, având aspectul de lunecare pe suprafețele corespunzătoare, cantitatea lor și forța aplicată fiind în dependență directă de gradul de afectare a țesuturilor și de sensibilitatea individuală a pacientului.

Tehnicile de periaj descrise i s-a atribuit rolul secundar, cel principal fiind acordat pastei de dinți prin timpul comparativ mai îndelungat de aplicare (de la 10 minute).

Rezultate obținute

Studiul a cuprins 41 de pacienți cu:

- gingivite catarale generalizate forma medie – 15 cazuri;
- parodontite generalizate (pungi parodontale până la 3 mm) – 10 cazuri;
- leziuni ale țesuturilor dentare dure (menționate anterior) – 5 cazuri;

- leziune endo-parodontală cu leziune endodontică primară și implicare parodontală secundară (clasa II după Hamp, Nyman, Lindhe) – 6 cazuri.

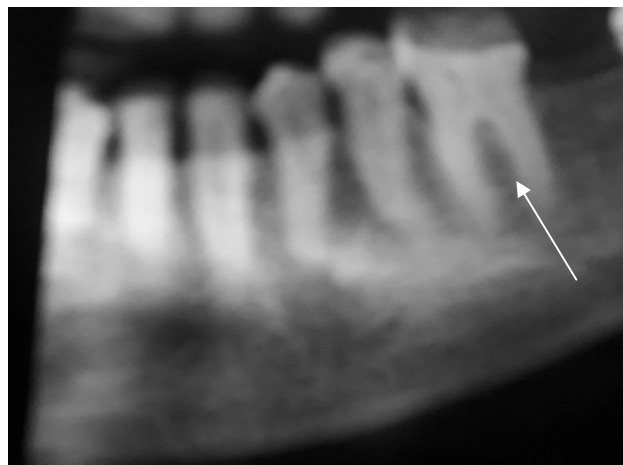
Periajul a fost propus după înlăturarea factorilor locali de iritație (înlăturarea depunerilor dentare, chiuretaj, obturarea plăgilor dentinare evidente).

În ciuda faptului că periajul dentar este metoda cea mai eficientă de întreținere a igienei orodentare, prin această metodă nu se reușește întotdeauna să se îndepărteze resturile alimentare sau placa bacteriană din zonele mai puțin accesibile, cum sunt spațiile interdentare (suprafețele aproximale) sau alte zone retentive. Pentru leziunile endo-parodontale a fost efectuat tratamentul endodontic și cel parodontal – debridare ultrasonică, scaling și root-planing cu chiurete Gracey, precum și instilații și irigații cu clorhexidină 0,2%.

În cadrul examinării OHI la două săptămâni, toți subiecții au prezentat un indice de placă mai scăzut față de cel din examinarea inițială, cu un câștig de scor cuprins între 28,44% și 78,32%. Complanța tuturor subiecților a fost foarte bună. În cadrul examinării OHI la trei luni, OHI a rămas redus semnificativ față de examinările anterioare, dar există trei evoluții ale scorului: în 9,52% din cazuri a rămas constant (grupul nr. 1), în 23,8% s-a îmbunătățit (grupul nr. 2) și în 66,68% a crescut ușor (grupul nr. 3).

I. Până la tratament – valorile indicilor:

- a. De placa 0–4, gingivali și de sângerare 2-3.
- b. Valorile recesiunilor și pungilor parodontale – până la 3 mm.
- c. Examen radiografic pentru leziunile odonto-parodontale: radiotransparențe periapicale la rădăcinile respective, radiotransparență la nivelul vârfului septului interradicular (*radiograma 1*).



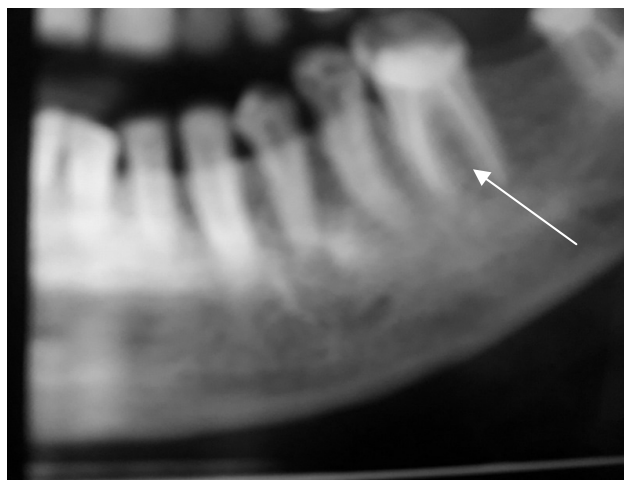
Radiograma 1. Leziune endo-parodontală (până la tratament)

II. După tratament:

- a. Valorile indicilor respectivi – 0-1.

b. Valorile indicilor respectivi – 1-1,5 mm.

c. Pentru leziunile odonto-parodontale – reducerea completă a defectelor și buna definiție a corticalei alveolare (*radiograma 2*).



Radiograma 2. Leziune endo-parodontală (după tratament)

Din punct de vedere clinic, adâncimile de sondaj se mențin în limitele stabile, după terapia combinată se remarcă fixarea perfectă a rezultatului și chiar apariția unei creste supraalveolare, ceea ce indică *restitutio in integrum* parodontală. Referitor la leziunile dentare dure, acestea aparent sunt stopate, fără a fi observat decolajul obturațiilor în cazurile întâlnite.

Discuții

În prezența suprafețelor de reper (porțiunea cuspizilor de pe suprafața masticatoare), mișcările au fost concepute a fi un întreg cu antrenarea porțiunilor dentare conform aportului lor în timpul masticației și posibilele variațiuni ale lor. Din aceleași motive, suprasolicitările mecanice frecvent întâlnite asupra țesuturilor parodontale au fost înlocuite cu mișcări direcționate, aspectul aparent fiind un masaj al gingiei marginale. Timpul comparativ îndelungat al aplicării pastei de dinți este argumentat prin acțiunea antiseptică, astringentă (de exemplu, pH-ul pe care îl posedă permite gravajul țesuturilor descrise, ce promovează reparația țesutului conjunctiv și previne epitelizarea în parodonțiu) specifică pentru orice pastă.

În studiul de față, periajul mecanic este susținut și de efectul curativ al pastelor de dinți aplicate. Timpul comparativ îndelungat al periajului exercită, posibil, anumite perturbări în interacțiunile de durată ale factorilor locali și în unele modificări patologice ale țesuturilor parodontale [1, 6].

Pentru pastele de dinți, ca și pentru oricare material folosit ca formă farmaceutică, cerința principală este biocompatibilitatea, care în cazul de față, fiind

aplicată pe un termen comparativ de durată, revine în prim plan. O pastă de dinți ideală este încă utopică, deoarece există interacțiuni între constituenți, care ne obligă să privilegiem anumite produse – se vorbește de rolul pastelor de dinți la nivelul profilaxiei primare a parodontopatiilor. Exigențele față de pastele respective pentru profilaxia secundară și cea terțiară ar trebui considerate la alt nivel, datorită evoluției individuale a parodontopatiilor în cazurile clinice concrete.

Pastele comercializate nu sunt întotdeauna echilibrate din punctul de vedere al pH-ului. Parametrul dat a fost evidențiat cu un rol benefic în periajul propus. Substanțele antiseptice iritante pentru mucoase, aplicate pe un termen comparativ îndelungat, pot produce dezechilibrarea florei saprofite bucale, astfel provocând un stres local de origine chimică cu efecte imprevizibile. Ele vor fi înlocuite cu alte paste de dinți, pentru a preîntâmpina aceste neajunsuri, și se va recomanda folosirea pastelor ce au la bază un studiu riguros fundamentat pe dovezi științifice. În ultimul timp se recomandă tot mai mult pastele pe bază de săruri minerale, ce conțin substanțe biologice esențiale. Stabilirea clară a cauzelor concrete ale unei leziuni endo-parodontale este însă dificilă [4, 5].

Suferința pulpară este mult mai evidentă decât suferința parodontală, pe care de cele mai multe ori o maschează [5]. Gradul de afectare parodontală, variabil de altfel, poate masca de multe ori suferința subiectivă pulpară [2].

Examenul paraclinic de asemenea poate duce la stabilirea unui diagnostic greșit sau incomplet. Datele de studiu trebuie completate cu:

- analize histobacteriologice și imunobacteriologice pentru depistarea speciilor microbiene – corelații cu parametrii clinici ai leziunilor endo-parodontale;
- analiza fenomenelor de coagregare și asociere în cadrul biofilmelor;
- corelații între prevalența biofilmelor și succesul tentativelor terapeutice, întrucât dinții cu leziuni endo-parodontale se pot constitui în dinți refractari la tratament.

Concluzii

1. Instrucția igienei interproximale dezvoltă o mai bună complianță a pacientului.

2. Conform studiului realizat, există cel puțin trei tipuri de profil al pacientului: pacientul cu profilul nr. 2 este foarte conștiincios, cu o bună complianță și o îmbunătățire continuă a igienei orale. Pacientul cu profilul nr. 3, întâlnit frecvent, are nevoie de o terapie de menținere susținută. Chiar dacă este bine instruit cu privire la periajul dentar și folosirea aței dentare,

controlul plăcii bacteriene scade în timp, abilitatea sa se menține, dar complianța se diminuează. Pacientul cu profilul nr. 1 este constant, dar poate evolua către profilul nr. 2 sau nr. 3.

3. Lipsa unei educații sanitare privind igiena cavității bucale, a tehnicii de periaj corect, lipsa controlului stomatologic periodic condiționează declanșarea leziunilor dento-parodontale.

4. Metoda de periaj descrisă, fiind inofensivă pentru țesuturile odonto-parodontale, poate fi acceptată și de persoanele care abandonează alte metode din considerente cum ar fi: hemoragii, dureri, hipersensibilitate etc.

5. Există o legătură intimă între pulpa dentară și parodontiul înconjurător.

6. Realizarea unei igiene orale sporite și controlul periodic al leziunii sunt imperios necesare menținerii unui statut funcțional adecvat.

Bibliografie

1. Alexeev V. *Aspecte patogenice în evoluția afecțiunilor parodontale*. Recomandare metodică. Chișinău, 2012. 20 p.
2. Castellucci A. *Endodontics*. Vol. III. First edition. 2009, p. 756-829.
3. Dye B.A., Thornton-Evans G., Li X., Iafolla T.J. Dental caries and sealant prevalence in children and adolescents in the United States, 2011–2012. In: *NCHS Data Brief*. 2015, pp. 1–8.
4. Faveri M., Gursky L.S., Feres M., et al. Scaling and root planning and chlorhexidine mouth rinses in the treatment of chronic periodontitis. In: *Journal of Clinical Periodontology*. 2006, vol. 33(11), pp. 819-828.
5. Glick M., Monteiro da Silva M., Seeberger G.K., et al. FDI Vision 2020: shaping the future of oral health. In: *Int. Dent. J.* 2012, nr. 62, pp. 278–291.
6. Kiran S.D., et al. Comparison of Plaque Removal Efficacy of a Novel Flossing Agent with the Conventional Floss: A Clinical Study. In: *Int. J. Clin. Pediatr. Dent.* 2018, nr. 11, pp. 474–478. Disponibil pe: <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1560>
7. Loomer P.M. Microbiological diagnostic testing in the treatment of periodontal diseases. In: *Periodontol.* 2004, pp. 49-56.
8. Makedonova Y.A., Firsova I.V., Mokrov E.A., et al. The comparative analysis of microcirculation in the treatment of inflammatory-destructive diseases of the oral cavity. In: *Journal of Scientific Articles Health and Education in the XXI Century*. 2016, vol. 18, nr. 2, pp. 80-83.
9. Tarabinejad M., Walton R. *Endodontics. Principles and practice*. Forth edition. 2009, pp. 68-93.
10. Terezhalmay G.T., Bartizek R.D., Biesbrock A.R. Plaque-removal efficacy of four types of dental floss. In: *J. Periodontol.* 2008, nr. 79, pp. 245–251. Disponibil pe: <https://doi.org/10.1902/jop.2008.070345>
11. Vataman R., Danila I. *Profilaxie odonto-parodontală*. Iași, 2000.
12. *Scientific Reports (2020)* 10:3052. Disponibil pe: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-59705-w>
13. American Dental Association Health Policy Institute. *Oral health and well-being in the United States*. Disponibil pe: <http://www.ada.org/en/science-research/health-policy-institute/oralhealth-and-well-being>
14. *International Dental Journal*. 2016, nr. 66, pp. 322–324.
15. World Dental Federation. *FDI in brief*. Disponibil pe: <http://www.fdiworldental.org/about-fdi/fdi-in-brief/fdi-in-brief.aspx>
16. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health: *Final report*. Disponibil pe: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/
17. *FDI's Definition of Oral Health*. 2020. <http://www.fdiworldental.org/oral-health/vision-2020/fdis-definition-of-oral-health.aspx>

Valeriu Alexeev, dr. șt. med.,
conferențiar universitar,
Catedra de odontologie, parodontologie și
patologie orală,
IP USMF Nicolae Testemițanu,
tel.: 068255420,
e-mail: valeriu.alexeev@usmf.md