

Capitolul 10

Curs 8

EXAMINAREA ȘI EVALUAREA PACIENTULUI

INTRODUCERE

Elementele de bază ale pretratamentului constau în *evaluarea pacientului, examenul clinic, diagnosticul și planul de tratament* și reprezintă fundamentul unei terapii conservatoare și restauratoare corecte. Aceste etape urmează o scară progresivă în care diagnosticul și planul de tratament depind direct de examinarea și evaluarea pacientului (Roberson TM și colab; 2006).

În *primul rând* vor fi evaluate statusul general, starea afectivă, sociologică și psihologică, istoricul dentar (Roberson TM și colab; 2006).

În *al doilea rând* va fi examinată cavitatea orală a pacientului și va fi elaborat un diagnostic, fără a omite evaluarea clinică și radiografică a dinților și parodonțiului, examinarea clinică a structurilor faciale și a ocluziei. Tot în această secvență se vor discuta aspectele speciale ale durerii (Roberson TM și colab; 2006).

În *partea finală* se vor aprecia și lua în considerare diverse planuri de tratament, indicațiile pentru tratamentul operator, urmate de procedurile terapeutice adecvate. Se va pune accent pe aspectele interdisciplinare ale planului de tratament (Roberson TM și colab; 2006).

Evaluarea preoperatorie trebuie să fie făcută direct și sistematic. Rezultatele acestei evaluări trebuie să fie înregistrate cu multă atenție și acuratețe în *fișa de examinare și tratament a pacientului*. Înregistrarea este de folos atât pentru un tratament corect acordat pacientului, cât și în scop medical, legal și judiciar (Roberson TM și colab; 2006).

Orice discuție privind diagnosticul și tratamentul trebuie să înceapă cu o apreciere a rolului dentistului în a ajuta pacienții să-și mențină sănătatea orală. Acest rol poate fi rezumat de expresia latină "primum non nocere", care înseamnă "a nu face rău". Această frază reprezintă un principiu fundamental care a fost continuu îmbrățișat de cei ce practicau artele vindecătoare de-a lungul multor secole. Aplicarea acestui concept în odontoterapie constă în faptul că, înainte de a recomanda tratamentul, trebuie să avem încredere în faptul că starea pacientului se va îmbunătăți în urma intervenției noastre. Cu toate acestea, cum putem fi încrezători când ne dăm seama că puținele teste pe care le efectuăm sau evaluarea riscului sunt exacte? Pentru a face lucrurile chiar și mai provocatoare, niciunul dintre tratamentele pe care le oferim nu este lipsit de efecte secundare negative și niciunul nu va dura probabil viața pacientului. Răspunsul este că trebuie să recunoaștem că informațiile sau dovezile pe care le avem nu sunt perfecte și că trebuie să fim conștienți despre posibilele consecințe ale deciziilor noastre. Dacă suntem informați și știm clar opțiunile și consecințele acestora, atunci reducem șansele de a face rău.

Succesul tratamentului depinde în mare măsură de un plan de tratament adecvat, care, la rândul său, se bazează pe o analiză cuprinzătoare a motivelor de prezentare la medicul dentist ale pacientului și pe o evaluare sistematică a stării actuale a pacientului și a riscului de avea viitoare probleme. Aceste informații sunt apoi combinate cu cele mai bune dovezi disponibile privind managementul pacientului, astfel încât să poată oferi un plan de tratament adecvat.

Colectarea acestor informații și determinările pe baza rezultatelor examinării ar trebui să fie cuprinzătoare și realizate în etape. Dacă nu se parcurg toate aceste etape se pot omite informații importante despre nevoile individuale de tratament ale fiecărui pacient. Aceste etape includ:

- motivele prezentării la medicul dentist,
- istoricul medical și dentar,
- examenul clinic
- stabilirea diagnosticelor (inclusiv evaluarea riscului) și
- determinarea prognosticului.

Toți acești pași trebuie parcurși înainte ca planul de tratament adecvat să fie dezvoltat și recomandat.

Atenția sporită acordată alegerii celui mai eficient și mai adecvat plan de tratament a dat naștere interesului în domeniul cercetării. Mai precis, este vorba despre cercetarea care oferă informații despre tratamentele care funcționează cel mai bine în anumite situații și constă în extinderea bazei de cunoștințe a medicinei dentare, ceea ce a condus la sporirea interesului în privința aplicabilității practice a metodelor care îmbunătățesc tratarea pacienților. Această abordare a fost denumită *medicină dentară bazată pe dovezi* și este definită ca fiind "utilizarea conștiincioasă, explicită și judicioasă a celor mai bune dovezi curente în luarea deciziilor privind tratamentul pacienților." Revizuirile sistematice care decurg din accentul pe *medicină dentară bazată pe dovezi* vor furniza medicilor o rafinare a cunoștințelor disponibile despre diverse afecțiuni și tratamente. Autorilor revizuirilor sistematice le revine sarcina de a discuta în mod deschis punctele forte și punctele slabe ale studiilor, precum și valoarea relativă a concluziilor acestora atunci când se aplică în medicina dentară. De exemplu, American Dental Association (ADA) a dezvoltat un site (<http://ebd.ada.org/>), care poate fi utilizat de către medicii dentiști pentru luarea deciziilor de tratament pe baza dovezilor. Acest site îi ajută pe medici să identifice recenziile sistematice, descrie metoda utilizată pentru a aduna cele mai bune dovezi științifice disponibile și oferă o evaluare a probelor prin rezumate decisive. Pe măsură ce medicina dentară bazată pe dovezi continuă să se extindă, asociațiile profesionale vor deveni mai active în elaborarea orientărilor cu scopul de a ajuta medicii dentiști și pacienții lor să ia decizii informate și adecvate.

CONSIDERAȚII GENERALE

Medicina dentară, încă de la origini, în principal s-a concentrat asupra reconstrucției zonelor afectate. Cu toate acestea, nimic din ce proiectăm și creăm nu are capacitatea de a rezista mediului umed, cald, sărat, supus modificărilor termice și a forțelor ciclice caracteristice cavității orale, pentru întreaga viață a pacientului. Prin urmare, accentul în medicina dentară trebuie mutat pe înțelegerea și menținerea condițiilor potrivite unui sistem stomatognat sanatos, astfel încât să se poată lua măsuri pentru prevenirea bolilor dentare. Condițiile specifice ale fiecărui individ trebuie luate în considerare în lumina cerințelor de sănătate orală optimă cunoscute. Obținerea unei perspective asupra circumstanțelor individuale începe cu *evaluarea adecvată a pacientului*. Întrebările din istoricul medical și dentar al pacientului sunt instrumente de bază excelente concepute pentru a facilita acest proces. Răspunsurile la întrebările generale de ansamblu (denumite în general "istoricul medical" și "istoricul dentar") permit explorarea specifică a unor condiții anterioare sau actuale, unice pentru pacient, care pot reprezenta factori sau indicatori de risc pentru boala dentară ca motiv principal care a determinat pacientul să solicite asistența medicului dentist. Acest interviu este apoi urmat de colectarea informațiilor clinice suplimentare prin intermediul unei examinări strategice. *Examinarea clinică a pacientului* este procesul "hands-on" de observare a structurilor extraorale și intraorale și de detectare a simptomelor și semnelor afecțiunilor și a bolilor. În timpul examenului clinic, dentistul trebuie să fie foarte sensibil la simptomele subtile (pe care pacientul le raportează), semnele (pe care le detectează dentistul) și variațiile de la normal cu scopul de a detecta afecțiunile patologice și pentru a determina factorii etiologici. În timpul examinării, pot apărea factori și/sau indicatori de risc suplimentari. Informațiile combinate de

evaluare și examinare a pacienților sunt apoi folosite pentru a *formula diagnostice* (și profiluri de risc), care constau în, detectarea variațiilor de la normal, detectarea stării de boală și stabilirea probabilității dezvoltării unor boli suplimentare. Medicul dentist trebuie să se angajeze să acorde o atenție completă și meticuloasă asupra detaliilor.

10.1. EVALUAREA PACIENTULUI

Înainte de examinarea și diagnosticarea afecțiunilor dinților, parodonțiului și țesuturilor moi oro-faciale, atenția se va concentra asupra controlului infecției, stării generale, stării sociale și psihologice, istoricului dentar și aprecierea riscului la caria dentară (Shugars AD și colab; 2006).

Înainte, în timpul și după vizita pacientului *vor trebui instituite cele mai potrivite măsuri de control ale infecției* (vezi capitolul 2).

10.1.1. Istoricul medical

Pacientul sau persoana împuternicită va completa un formular standard comprehensiv despre *istoricul medical*. Conținutul formularului este focalizat pe interviul pacientului în pre-examinare și ajută la identificarea condițiilor care vor altera, complica sau contraindica procedurile dentare propuse (Shugars DA, Shugars DC; 2006).

Data

Numele Prenumele.....

Adresa: Str Nr. Oraș Țară

Telefon acasă Telefon serviciu Cod numeric

Ocupația Nr. asigurare socială

Data nașterii: ziua luna anul sex înălțime

Greutate Ne/Căsătorit(ă)

Răspunsurile dvs. sunt considerate secret profesional și sunt strict confidențiale.

1.	Sunteți sănătos (oasă)	DA	NU
2.	Au existat modificări ale stării de sănătate în ultimii ani	DA	NU
3.	Ultimul consult medical a fost în		
4.	Sunteți sub îngrijire medicală	DA	NU
5.	Numele și adresa medicului de familie		
6.	Ați avut o boală serioasă, operație sau ați fost spitalizat în ultimii 5 ani	DA	NU
7.	Luați medicamente fără prescripție medicală	DA	NU
	Dacă da, ce medicamente folosiți?		
8.	Aveți sau ați avut una din următoarele boli?		
	a) Afecțiuni valvulare sau valve artificiale, inclusiv murmur cardiac sau boli cardio-reumatice	DA	NU

	b) Boli cardiovasculare (tulburări cardiace, atac de cord, angină, insuficiență coronară, infarct, hipertensiune arterială, arterioscleroză)	DA	NU
	Aveți dureri în piept la efort	DA	NU
	Gâfâiți după efort mediu sau în poziție culcat	DA	NU
	Aveți gleznelor tumefiate	DA	NU
	Aveți defecte cardiace congenitale	DA	NU
	Aveți pacemaker	DA	NU
	c) Alergii	DA	NU
	d) Tulburări sinusale	DA	NU
	e) Astm sau febra fânului	DA	NU
	f) Perioade de pierdere a conștiinței	DA	NU
	g) Diaree persistentă sau pierdere în greutate recentă	DA	NU
	h) Diabet	DA	NU
	i) Hepatită, icter sau boli hepatice	DA	NU
	j) SIDA (AIDS) sau infecție cu HIV	DA	NU
	k) Probleme tiroidiene	DA	NU
	l) Probleme respiratorii, emfizem, bronșite etc.	DA	NU
	m) Artrite sau edeme dureroase articulare	DA	NU
	n) Ulcer gastric sau hiperaciditate	DA	NU
	o) Afecțiuni renale	DA	NU
	p) Tuberculoză	DA	NU
	q) Tuse persistentă sau sanguinolentă	DA	NU
	r) Glande ale gâtului tumefiate persistent	DA	NU
	s) Hipotensiune	DA	NU
	t) Boli transmisibile sexual	DA	NU
	u) Epilepsie sau alte boli neurologice	DA	NU
	v) Probleme cu sănătatea mintală	DA	NU
	w) Cancer	DA	NU
	x) Probleme cu sistemul imunitar	DA	NU
9.	Ați avut sângerări anormale?	DA	NU
	a) Ați avut nevoie de transfuzii sanguine?	DA	NU
10.	Ați avut sau aveți tulburări sanguine, cum ar fi anemia?	DA	NU
11.	Ați făcut tratament pentru tumori?	DA	NU
12.	Sunteți alergic sau reacționați la:		
	a) Anestezie locală	DA	NU

	b) Penicilină sau alte antibiotice	DA	NU
	c) Sulfamide	DA	NU
	d) Barbiturice, sedative, somnifere	DA	NU
	e) Aspirină	DA	NU
	f) Produse iodate	DA	NU
	g) Codeină sau alte narcotice	DA	NU
	h) Altele	DA	NU
13.	Ați avut anumite tulburări asociate cu tratamentele stomatologice? Dacă da, descrieți-le		
14.	Dacă ați avut alte boli sau probleme necuprinse în chestionar, explicați-le		
15.	Aveți eroziuni din cauza lentilelor de contact?	DA	NU
16.	Aveți eroziuni datorate protezelor mobilizabile?	DA	NU
PENTRU FEMEI			
17.	Sunteți însărcinată?	DA	NU
18.	Aveți probleme cu ciclul menstrual?	DA	NU
19.	Sunteți lehuză?	DA	NU
20.	Folosiți anticoncepționale?	DA	NU

Semnătura pacientului

În final, medicul dentist poate să descopere: 1) *boli transmisibile*, care necesită precauții, proceduri speciale sau temporizare 2) *alergii sau o medicație* care pot contraindica folosirea anumitor medicamente 3) *boli sistemice, afecțiuni cardiace sau protezarea articulațiilor* care necesită proceduri nestresante sau antibioterapie de protecție 4) *modificări fiziologice asociate cu vârsta*, care pot modifica aspectul clinic și influența terapia stomatologică. Aceste informații vor fi înregistrate cu detalii în fișa pacientului și vor fi folosite pentru recomandările de tratament (Shugars DA și colab; 2006).

1. Bolile transmisibile

În timpul anamnezei, stomatologul poate recunoaște manifestările clinice ale celor mai comune boli infecțioase a căror prezență poate afecta îngrijirea pacientului sau poate constitui un risc în transmiterea lor prin practica stomatologică. *Stomatologul este uneori primul medic care identifică pacienții cu boli contagioase.*

Un aspect particular îl constituie depistarea și tratarea promptă a *pacienților imunocompromiși*.

Această imunosupresie poate fi cauzată prin afectarea directă a celulelor imune (ex: leucemie, limfoame, infecția cu HIV) sau indirectă, prin folosirea medicației imunosupresive și proceduri terapeutice (ex: administrarea de medicație pentru a preveni respingerea transplantelor și iradierea în anumite cancere).

Manifestările orale ale infecțiilor bacteriene, virale și fungice la indivizii imunocompromiși se manifestă ca leziuni extinse, agresive și dureroase, cu localizare

caracteristică sau necaracteristică și care adesea au ca rezultat diseminarea letală în organele vitale (Shugars AD și colab; 2006).

De aceea, stomatologul trebuie să fie foarte atent când face anamneza sau examinarea părților moi orale, ale capului și gâtului, pentru a fi capabil să depisteze și să identifice aceste afecțiuni.

Herpes simplex virus (HSV)

Această boală infecțioasă este cea mai comună boală virală non-respiratorie care afectează omul (Pindborg JJ; 1973).

HSV se transmite direct prin salivă și infectează de regulă pielea, membranele mucoase, ochii și țesutul nervos.

În funcție de regiunea corpului pe care o afectează, există două tipuri de HSV: tipul 1 afectează țesuturile orale și periorale („deasupra taliei”) și tipul 2 ce implică organele genitale și zonele adiacente („sub talie”).

La indivizii sănătoși, infecția se localizează pe piele și mucoase, pe când la cei cu imunosupresie sau nou-născuți poate da complicații de genul: esofagite, pneumonii, hepatite, meningite sau encefalite virale.

Prima infecție cu HSV tipul 1 se produce în copilărie și manifestarea orală a acesteia este cunoscută ca *gingivostomatită herpetică*. Fig.10.1 (Pindborg JJ; 1973)

În timpul *infecției primare*, virusul își caută drum spre nervii cei mai apropiați de poarta de intrare. HSV migrează de-a lungul lor și se cantonează în ganglionii senzoriali (ganglionul trigeminal pentru leziunile orale), unde dormitează până când este reactivat de o serie de factori cum ar fi: stresul, expunerea la soare, traumele, oboseala sau alergiile. Odată reactivat, virusul se reîntoarce pe aceeași cale la o poartă de intrare, unde produce *leziunea herpetică secundară*, de regulă pe buză (herpes labialis). Fig.10.2 (Pindborg JJ; 1973)

Leziunea herpetică intraorală trebuie diferențiată de *ulcerul aftos*, leziune de regulă cu origine necunoscută, dar adesea asociată cu trauma și infecțiile ulterioare.

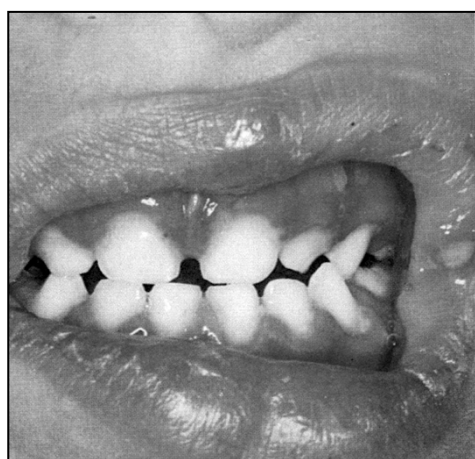


Fig. 10.1. Gingivostomatită herpetică
(Pindborg JJ; 1973)



Fig. 10.2. Leziune herpetică secundară
(Herpes labialis) (Pindborg JJ; 1973)

Infecția cu HSV a degetelor se întâlnește frecvent în stomatologie. Această leziune dureroasă apare după contactul tegumentului lezat al degetelor cu secreția orală infectată. (Fig.10.3) (Pindborg JJ; 1973) În plus, s-au semnalat și cazuri de *infecție oculară*, ca urmare a inoculării dintr-o infecție orală, cu urmări grave, ce pot merge până la orbire.



Fig. 10.3. Infecția cu HVS a degetelor (Pindborg JJ; 1973)

Folosirea mănușilor și ochelarilor de protecție în timpul tratamentului pacienților reduce semnificativ expunerea la infecția cu HSV (Pindborg JJ; 1973).

Varicela și Herpes zoster

Infecția cu *Varicella zoster virus* produce în timpul primei erupții varicela și herpes zoster în boala recurentă (Pindborg JJ; 1973).

Varicela este o boală a copilăriei și se transmite ușor prin picături aeropurtate și contact direct. Frecvent apar leziuni la nivelul mucoasei orale, nedureroase, care seamănă foarte mult cu ulcerul aftos.

După prima infecție, virusul rămâne în stare de latență în rădăcina ganglionilor dorsali ai nervilor senzitivi afectați. Reactivarea în forma de zona zoster apare la pacienții de peste 50 de ani imunocompetenți sau mai devreme la indivizii imunosupresivi. *Reactivarea virusului are loc pe traiectul nervului afectat* și este frecvent asociată cu prurit și nevralgie. La adulții relativ sănătoși, boala activă este sub control și în câteva zile cedează. La vârstnici sau cei imunocompromiși, leziunea dispare lent și durerile neurale pot persista câteva luni. Tratamentul include agenți paliativi pentru a reduce pruritul și durerea, precum și un medicament antiviral, pentru a limita durata și intensitatea simptomelor. Fig.10.4 (Pindborg JJ; 1973)

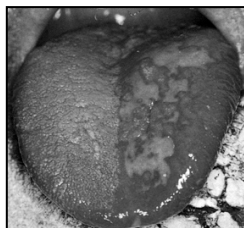


Fig. 10.4. Herpes zoster lingual (Pindborg JJ; 1973)

Pacientul bolnav de varicelă transmite virusul pe cale respiratorie între 1 și 5 zile de la apariția primelor semne. Dacă se tratează în cabinet un pacient infectat în această perioadă, boala poate fi transmisă altor pacienți și chiar personalului medical (Pindborg JJ; 1973).

De aceea, *tratamentele stomatologice de rutină vor fi amânate în cazul pacienților cu varicela, până când leziunea este acoperită de cruste.*

Verucile venerice (Condyloma acuminatum)

La om, verucile venerice sunt cauzate de papillomavirus (Pindborg JJ; 1973). Această boală transmisibilă și autoinoculabilă afectează pielea, mucoasa orală și mucoasa ano-genitală. Leziunile orale se prezintă ca niște noduli mai roz pe gingie sau alte regiuni ale suprafeței mucosale. Fig.10.5 (Pindborg JJ; 1973)

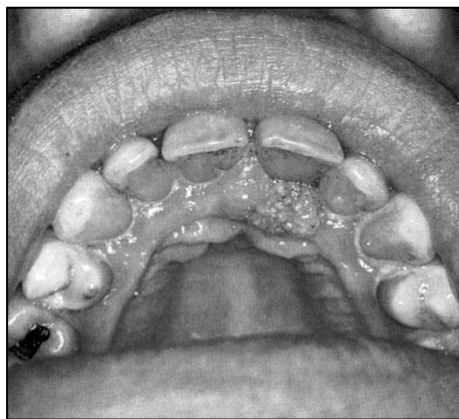


Fig. 10.5. Verucile venerice (Condyloma acuminatum)
(Pindborg JJ; 1973)

Leziunea este asimptomatică și poate fi localizată sau diseminată în cavitatea bucală, cu frecvente recidive. Din cauză că aceste leziuni au un potențial premalign se recomandă îndepărtarea lor prin excizie chirurgicală, criochirurgie sau laserterapie (Pindborg JJ; 1973).

Virusuri respiratorii

Se susține că cele mai frecvente boli transmisibile în cabinetul stomatologic sunt cauzate de virusurile respiratorii (Pindborg JJ; 1973). Acest grup include virușii, care au ca primă manifestare directă afectare a tractului respirator (ex: rinovirusurile, virusul syncytial respirator și influenze virus) și virusurile care se transmit prin secreții respiratorii (ex: rubeola și rujeola). Transmiterea se face prin inhalarea directă sau prin contact cu aerosoli. La indivizii imunocompetenți, infecțiile respiratorii sunt autolimitatoare și prezintă doar câteva sechele serioase, însă la pacienții imunocompromiși sau medical compromiși s-au înregistrat morbiditate și mortalitate serioase. Amantadina este un agent antiviral care se poate folosi pentru a reduce severitatea bolii. Se recomandă vaccinarea anuală pentru influenze virus mai ales la vârstnici și populația susceptibilă, însă fără o acțiune asupra altor virusuri respiratorii (Pindborg JJ; 1973).

Rujeola (pojarul)

Este o maladie contagioasă a copilăriei, care se transmite prin secrețiile respiratorii (Pindborg JJ; 1973).

După o incubatie de 10-12 zile, virusul se multiplică în tractul respirator superior și conjunctiv, cauzând simptome prodromale. În acest stadiu, leziunea intraorală caracteristică este cunoscută ca *semnul lui Koplik*, Fig.10.6 (Pindborg JJ; 1973), care apare pe mucoasa jugală în dreptul molarului 1 și 2 superior, sub forma unor grăunțe de nisip pe un fond eritematos.

Datorită instituirii vaccinării antirujeolice, boala a fost mult limitată. De regulă, boala este autolimitatoare, iar complicațiile pot fi de genul stafilococilor sau cu alte bacterii (Pindborg JJ; 1973).



Fig. 10.6. Semnul lui Koplik (Pindborg JJ; 1973)

Rubeola (pojarul german)

Apare în urma infectării cu togavirus, care este diferit de virusul rujeolei. Se transmite prin picături din cavitatea bucală, nas și gât și este transmisibilă înainte de apariția simptomatologiei. În cavitatea bucală, leziunile sunt de culoare roz și cantonate pe mucoasa palatinală și regiunea posterioară a cavității orale. Manifestarea orală a rubeolei constă din stomatită nespecifică, care afișează un eritem difuz, și din apariția semnelui Koplik (Pindborg JJ; 1973).

Boala este benignă, de regulă, dar pot apărea secundar infecții stafilococice.

Infecția în timpul primului trimestru de sarcină poate cauza defecte serioase congenitale ale fătului. De aceea, femeile medic stomatolog și soțiile stomatologilor se vor proteja prin vaccinare și măsuri potrivite de protecție împotriva infecției.

Oreionul (Parotidita epidemică sau infecția urliană)

Sporirea volumului glandelor parotide, submandibulare și/sau sublinguale sunt semne ale oreionului, care conferă un aspect de „pară” al faciesului. În general este o boală a copilăriei. Agentul etiologic este paramyxovirusul (virusul urlian), care se transmite pe cale respiratorie prin picături și salivă. Din cauza complicațiilor pe care poate să le dea se impune vaccinarea. Ținând cont de calea de transmisie, se vor lua măsuri severe de a limita contaminarea în cabinetul stomatologic. De regulă, boala este autolimitatoare, iar complicațiile pot afecta gonadele, pancreasul și sistemul nervos (Pindborg JJ; 1973).

Mononucleoza infecțioasă

Prima infecție se face cu Epstein-Barr virus și se caracterizează prin limfadenopatie generalizată, febră și pete roșii de aspect tipic pe marginea palatului dur și moale. Virusul este prezent în salivă și exudat, iar contaminarea se face prin contact direct cu saliva (de aceea infecția mai este numită și boala sărutului). Complicațiile sunt foarte rare, iar un tratament specific nu este necesar (Pindborg JJ; 1973).

Hepatita virală B (HBV)

Virusul hepatitei B se transmite prin contactul direct cu fluidele corpului cum ar fi sângele și saliva și reprezintă un risc major pentru profesiunea de medic stomatolog (Lettau LA; 1992). Din fericire, vaccinarea este o măsură binevenită împotriva HBV. După vaccinare se impune verificarea apariției unui răspuns imun. Oricum, două treime din infectați sunt asimptomatici și nu sunt conștienți că sunt purtători de virus. *Indiferent dacă pacienții infectați sunt simptomatici sau asimptomatici, pot transmite virusul și de aceea vor fi luate măsuri de precauție la toți indivizii pentru a preveni transmiterea.* În timpul fazei acute a infecției, pacientul prezintă grețuri, tulburări gastrointestinale, dureri musculare, subfebrilități, oboseală cronică sau icter. În cavitatea bucală nu apar modificări în legătură cu infecția HBV (Crawford JJ și colab; 2006).

Virusul imunodeficienței umane (HIV)

Majoritatea indivizilor infectați cu HIV prezintă aceleași leziuni intraorale, dintre care unele pot fi detectate încă din prima fază a bolii (Shugar AD; 2006). În timpul evoluției bolii cu HIV, răspunsul imun slăbește și se deteriorează progresiv, permițând infecțiilor banale să reapară într-o morbiditate și mortalitate semnificativă. HIV în evoluția sa se asociază cu o mare varietate de manifestări lezionare în regiunea orofacială (Greenspan D și colab; 1988).

❖ *Candidoza orală*

La pacienții cu HIV, candidoza orală (infecție fungică) apare adesea ca prima manifestare a bolii HIV și prezice alte infecții banale.

Candidoza apare pe mucoasa orală într-una din următoarele patru forme:

- *pseudomembranoasă*, caracterizată prin placarde albe sau gălbui care se îndepărtează ușor prin raclare, evidențiind o suprafață eritematoasă ce sângerează ușor
- *candidoza hiperplazică* apare ca un placard albicios, dar care nu poate fi îndepărtat prin raclare
- *candidoza atrofică* are aspectul unor pete netede și roșii pe palat, mucoasa jugală sau fața dorsală a limbii
- *cheilita angulară* are aspectul unor fisuri sau ulcer ce iradiază din colțurile gurii și frecvent asociate cu placarde albicioase

Candidoza este diagnosticată după aspectul clinic și se confirmă prin colorarea cu hidroxid de potasiu. Candidoza netratată se poate extinde în esofag, producând complicații grave.

Candidoza orală se tratează cu medicație antifungică de genul: Nistatin, Clotrimazol, Ketoconazol etc., iar cazurile refractare, cu chimioterapie antifungică sistemică.

❖ *Leucoplazia păroasă*

Se descrie ca o placă albicioasă, aderentă și filamentoasă care oferă aspectul de încrețit sau „păros”. Leziunea este tipică pe o regiune parakeratinizată de pe marginea limbii uni- sau bilateral. Leziunea este dată de virusul Epstein-Barr, asimptomatică și fără potențial premalign.

❖ *Sarcomul Kaposi*

Este o tumoră malignă care implică tunică endotelială a vaselor sanguine. Această leziune este o manifestare inițială a stadiului avansat al bolii cunoscut sub numele de *sindromul imunodeficienței câștigate (AIDS)*.

Leziunea orală este variabilă, de regulă prezintă o culoare albăstruie, purpurie sau maro cu localizare pe palat, limbă, gingie sau alte structuri orale.

❖ *Gingivita HIV*

Se caracterizează prin gingivita asociată fie cu eritem linear, fie cu eritem difuz, implicând gingia aderentă și mucoasa alveolară. Este prezentă sângerarea spontană și la sondaj, chiar și la pacienții cu o foarte bună igienă bucală. Tratamentul constă din detartraj supra- și subgingival, irigații cu agenți antimicrobieni și lavaje bucale cu clorhexidină.

❖ *Parodontita HIV*

Pe lângă simptomatologia gingivitei, HIV include ulceratii ale țesuturilor moi, necroză gingivală și o rapidă distrucție a ligamentelor și osului alveolar. *Durerea întinsă și sângerarea spontană, asociate cu parodontita HIV, adesea duc pacientul la tratament stomatologic.* Tratamentul este identic cu cel din gingivitele HIV.

❖ *Limfadenopatia*

Este o altă invariabilă manifestare a HIV. Palparea normală a ganglionilor limfatici superficiali de la nivelul gâtului relevă prezența limfadenopatiei cervicale în timpul examenului clinic extraoral.

❖ *Ulcerul aftos*

Acest gen de ulcer din HIV este persistent și se poate asocia cu ulcerul esofagului și faringelui. Tratamentul constă din aplicații topice cu corticosteroizi și corticoterapie sistemică în cazurile refractare.

❖ *Boli ale glandelor salivare*

Anumite infecții HIV se pot asocia cu xerostomia, fără o sporire a volumului glandelor salivare în stadiile primare ale bolii.

Tuberculoza (TBC)

TBC este o boală granulomatoasă puternic contagioasă, cauzată de *Mycobacterium tuberculosis* (Pindborg JJ; 1973). Bacilul se transmite prin inhalatii, picături, aerosoli, ingestie și inoculare directă. Infecția inițială se produce în plămân sau intestin, în funcție de calea de transmisie, fără a pierde din vedere apariția și în alte organe, prin diseminare.

Dacă nu se asociază o terapie susținută, leziunea persistă sub formă de tuberculi. Prin moartea celulelor din centrul tuberculilor se produce un fenomen de *necroză de caseificație*.

Aceste leziuni caseificate se pot fibroza sau calcifica, formând complexe radioopace pulmonare. Într-un punct mic leziunea nu se vindecă și diseminează particule infectate în alte organe ale corpului – fenomen numit *tuberculoza miliară*.

Un diagnostic precis de TBC este o problemă serioasă, pentru că infecția nu se poate suspecta sau recunoaște.

În cavitatea orală leziunile sunt rare și sunt secundare infecției pulmonare, afectând gingia, buzele și limba, sub forma unui ulcer iritativ persistent.

Pacienții cu TBC reprezintă un risc mare pentru personalul cabinetului stomatologic. De aceea vor fi luate măsuri de protecție care includ bariere protective personale (ex.: ochelari, mască, mănuși) și dezinfectante tuberculocide și sterilizante (Pindborg JJ; 1973).

Gonoreea

Un diplococ gram negativ, *Neisseria gonorrhoeae*, este agentul etiologic al gonoreii. Acest microorganism se răspândește prin contact direct cu leziunea mucozală infectată a tractului urogenital, ochilor și cavității orale.

Diagnosticul se pune pe baza culturii microorganismului sau examenului microscopic. Afecțiunea este tratabilă (Pindborg JJ; 1973).

Sifilisul

Este cauzat de bacteria *Treponema pallidum* (Pindborg JJ; 1973). Poate fi contractat congenital, prin contact direct cu muco-membranele infectate ale regiunii orale, genitale și anorectale. Sifilisul este caracterizat prin trei stadii:

Sifilisul primar în cavitatea orală apare ca o leziune ulceroasă cu baza îndurată și nedureroasă (șancru de inoculare). Fig.10.7 (Pindborg JJ; 1973)

Dacă nu se tratează în stadiul primar, evoluează spre *sifilisul secundar*, cu apariția de pete eritematoase pe tegumente și mucoase puternic infecțioase. Dacă nici în această fază nu se efectuează o terapie adecvată, evoluează spre *sifilisul terțiar*, cu implicații neurologice și cardiovasculare. Leziunile intraorale sunt de aspect granulomatos și se numesc gome sifilitice. În acest stadiu, indivizii nu sunt contagioși, pe când în primele două stadii contagiunea este foarte mare.

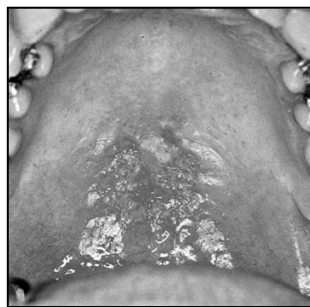


Fig. 10.7. Sifilis primar (șancru de inoculare)
(Pindborg JJ; 1973)

În concluzie, medicul stomatolog trebuie să cunoască simptomatologia bolilor infecțioase și calea de transmitere. *Din cauză că bolile contagioase se pot transmite de la pacientul infectat la personalul medical și la alți pacienți, controlul minuțios al infecției este esențial* (Pindborg JJ; 1973).

2. Alergiile și medicația

În cadrul anamnezei pacientul poate relata că are „sensibilitate” sau alergie la anestezicele locale (Shugars DA și colab; 2006). Adesea, ei se referă la anestezia cu Novocaină. Această reacție alergică este atribuită unui exces de anestezic în perioadă scurtă de timp sau unei injectări intravasculare. *Însă când pacientul susține că prezintă o „sensibilitate” la anestezice, medicul stomatolog îl va crede fără alte investigații, deoarece un șoc anafilactic apare imediat și pune în pericol viața pacientului.* Pacientul poate să fie alergic și la anestezicele de contact.

Alte medicamente folosite de pacient pot afecta diagnosticul și tratamentul. Unele medicamente modifică fluxul și compoziția salivei, aspectul țesuturilor moi orale sau afectează metabolismul sau/și efectul terapeutic al altor agenți farmacologici. Ex.: *antidepresivele* fac pacienții foarte sensibili la epinefrină, *antiepilepticele* cauzează hiperplazie gingivală, iar *antibioticele* reduc eficacitatea contraceptivelor orale (Shugars DA și colab; 2006).

3. Bolile sistemice și anomaliile cardiace

Pacienții cu astfel de boli necesită o atenție deosebită legat de anestezicele cu corectori și mai ales cei cu afecțiuni grave cardiace (Shugars AD și colab; 2006). Lezarea mucoasei orale în timpul actului terapeutic stomatologic poate avea ca rezultat o bacteriemie sanguină cu gravare pe valvele cardiace sau o endocardită bacteriană. Pacienții cu afecțiuni cardiace de genul valvulopatii, valve artificiale, fibrilație cardiacă, endocardită în antecedente și cardiomiopatie hipertrofică constituie un grup de bolnavi cu risc mare de a face endocardită bacteriană după procedurile chirurgicale și dentare. De aceea, pacienții de genul acesta vor fi supuși unei antibioterapii profilactice înainte de tratamentele stomatologice.

Procedurile stomatologice de mare risc includ extracțiunile, procedurile parodontale (sondarea, detartrajul, chirurgia parodontală, plasarea subgingivală de fibre sau benzi), aplicarea de implanturi dentare, reimplantarea dinților avulsionați, profilaxia de rutină dacă se anticipează sângerarea, instrumentarea endodontică dincolo de apex, aplicarea șinelor ortodontice și unele injectări locale cu efect anestezic (Shugars AD și colab; 2006).

În cazul pacienților cu hipertensiune arterială mare (presiunea sanguină sistolică să fie de cel puțin 140mm Hg sau presiunea sanguină diastolică de minim 90mm Hg), la prima vizită se va înregistra tensiunea arterială după ce a fost determinată de două sau trei ori și s-a făcut o

medie. Se recomandă măsurarea tensiunii arteriale la toate celelalte vizite ulterioare. Dacă pacientul prezintă valori tensionale de 180mm Hg/110mm Hg, tratamentele stomatologice vor fi temporizate până când se va ajunge la o tensiune arterială acceptabilă (Glick M; 1998). Ghidurile curente ale pacientului hipertensiv recomandă ca în bolile cardiace severe să se folosească ca vasoconstrictor epinefrina în cantitate limitată de 36-54 micrograme, adică echivalentul a două sau trei carpule de anestezic cu Lidocaină conținătoare 1/100.000 epinefrină. Folosirea firului de retracție gingivală impregnat cu epinefrină ar fi bine să fie evitată, deoarece există și alte alternative hemostatice (Herman WW și colab; 2004).

4. Modificări fiziologice asociate cu vârsta

Odată cu creșterea mediei de viață și înmulțirea locurilor de retenție la nivelul dinților, la pacienții în vârstă, stomatologul are posibilitatea să trateze tot mai mulți pacienți *geriatric* (Shugars DC și colab; 2006). În general pacienții care trăiesc mai mult (în mod special femeile) sunt mult mai educați, posedă o independență financiară mare și este de așteptat să cheltuiască o sumă importantă de bani pe sănătate, comparativ cu tinerii compatrioți (Shugars DA și colab; 2006). Populația geriatrică poate să aibă modificări importante în comportament și dietă, ca și în sănătatea generală și orală. Anumite medicamente pot altera fiziologia orală, igiena orală și statusul odontal, necesitând modificări ale tratamentului (ADAC; 1997). Xerostomia sau reducerea fluxului salivar, indusă prin folosirea anticolinergicilor, antidepresivelor, betablocantelor, antipsihoticilor, antihistaminicilor, diureticilor și antihipertensivelor duce la creșterea incidenței cariei, modificări ale mucoasei orale și retenția de placă. Folosirea stimuletoarelor salivare de genul bomboanelor fără zahăr, saliva artificială sau pilocarpina, simultan cu aceasta poate ameliora simptomatologia. Se vor limita vasoconstrictoarele la pacienții cu boli cardiovasculare grave, se va reduce doza de diazepam pentru a evita supradozarea din cauza unui clearance hepatic sau renal scăzut cu vârsta (Berkey DB și colab; 1996).

La pacienții în vârstă se produc o serie de *modificări fiziologice normale*, care nu vor fi notificate ca patologice. Ex.: tegumentele și vasele sanguine își pierd elasticitatea din cauza degenerării țesutului conjunctiv elastic, iar urmările sunt vindecări dificile după procedurile chirurgicale. Osul devine mai fragil și ușor de fracturat cu vârsta.

Dinții își pot modifica forma din cauza atrofiei, abraziei și uzurii suprafețelor proximale. Modificările din anatomia și fiziologia pulpei pot da discromii însoțite de sporirea fragilității dinților. Mucoasa gingivală devine edemațiată, friabilă, cu pierderea elasticității. Rata fluxului salivar scade cu vârsta, din cauza depunerilor de grăsimi și țesut fibros în glandele salivare. Diminuarea fluxului salivar are ca rezultat scăderea elasticității mucoasei orale și creșterea incidenței cariei dentare.

De primă importanță în planul de tratament este vârsta biologică sau fiziologică a pacienților vârstnici și nu vârsta cronologică (Vissink A și colab; 1996).

Considerarea acestor factori în planul de tratament este crucială pentru un succes de durată al terapiei stomatologice la pacienții în vârstă.

5. Aprecierea statusului psihologic, afectiv și social

Încă de la prima vizită a pacientului, clinicianul va constata atitudinile, prioritățile, așteptările și motivațiile în ceea ce privește îngrijirea dentară (Shugars DC și colab; 2006). Informațiile obținute, combinate cu evaluarea statusului odontal al pacientului, educația, condițiile de viață, ocupația, antecedentele personale fiziologice (ex: cronologia erupției dinților, accidente), antecedentele personale patologice (ex: intervenții chirurgicale, aparate ortodontice) și situația financiară pot să indice succesul sau insuccesul în tratamentul

stomatologic. Toate aceste date vor fi înregistrate în fișa de consultație stomatologică personală a pacientului. Tot în timpul acestei faze preterapeutice, stomatologul va încerca să descopere preferințele pacientului pentru tratamentele dentare. Rezultatul acestei explorări va afecta recomandările de tratament ale stomatologului (Severineanu V; 1977).

10.1.2. Istoricul dentar

Istoricul dentar este divizat în două părți: a) *istoricul afecțiunilor dentare anterioare* și b) *istoricul problemelor dentare curente*.

a) *Trecerea în revistă a istoricului afecțiunilor dentare anterioare* oferă informații despre problemele dentare anterioare ale pacientului și tratamentele efectuate. Frecvența vizitelor la medicul stomatolog este un indicator al viitoarei atitudini a pacientului vizavi de starea sănătății sale orale și al importanței pe care o acordă îngrijirii danturii. Evidențiază dificultăți în tolerarea diverselor proceduri stomatologice sau în îngrijirea danturii, fapte ce vor feri operatorul de acțiuni iatrogene. De asemenea, discuțiile acestea ne vor ajuta să identificăm alte probleme cum ar fi: impactul alimentar, neîndemânarea în utilizarea firului de mătase și a periutei de dinți, zonele dureroase și locul structurilor dentare și/sau restaurațiilor distruse (Shugars AD și colab; 2006).

b) În final, atenția se va focaliza asupra *problemelor curente* și înregistrarea lor în fișă. Pacientul va fi încurajat și condus să discute despre toate aspectele curente care-l deranjează, incluzând debutul, durata și eventualii factori adiționali. Aceste informații sunt esențiale în determinarea și efectuarea unor teste suplimentare, precum și în depistarea și tratarea cauzei care-i produce neplăceri. Este importantă cunoașterea datei și tipului de radiografie pe care le posedă, pentru a evita repetarea lor, minimalizând expunerea pacientului la radiații ionizante (Shugars AD și colab; 2006).

10.1.3. Motivele prezentării

Înainte de inițierea oricărui tratament, problemele care au determinat vizita pacientului trebuie identificate și înțelese clar. Acestea sunt înregistrate detaliat în fișa pacientului. Pacientul trebuie încurajat să discute toate aspectele (simptomele) problemelor curente, inclusiv debutul, durata și toți factorii care legătură motivele prezentării. Aceste informații sunt vitale pentru stabilirea testelor de diagnostic specifice, determinarea cauzei, selectarea opțiunilor de tratament adecvate și de asemenea contribuie la construirea unei relații sănătoase cu pacientul.

10.2. EXAMINAREA ȘI DIAGNOSTICUL

În acest capitol sunt descrise examinarea și diagnosticul problemelor țesuturilor moi oro-faciale, dentare, restaurațiilor, parodonțiului, ocluziei și pacientului cu dureri (Shugars DC, Shugars DA; 2006). Din punct de vedere didactic sunt prezentate separat examinarea clinică, examinarea radiografică și testele specifice de diagnostic. În practică, fiecare dinte este evaluat separat, utilizându-se combinarea examenului clinic și Rx, precum și a testelor specifice de diagnostic necesare potrivite.

Examinarea este procesul de observare atât a condițiilor normale, cât și a celor anormale (Summitt JB și colab; 2006).

Diagnosticul este o stabilire a variațiilor de la normal (Summitt JB și colab; 2006).

Este oarecum artificial să discutăm examinarea ca o entitate separată de evaluarea pacientului pentru unele aspecte ale "examinării" pacientului încep în timpul conversațiilor inițiale cu pacientul. Observarea cu atenție a simetriei extraorale, a aspectului fizic al

pacientului în zona capului și gâtului, mișcarea mandibulei în timpul vorbirii, abilitatea de a articula sunetele și tendința de a zâmbi furnizează informații vitale în legătură cu prezența generală sau absența anomaliilor sau a bolii. Aceste observații se fac în timp ce revizuieste/clarifică informațiile raportate în istoricul medical și dentar și în timp ce se ascultă motivele prezentării. Prin definiție, aceste observații inițiale sunt extraorale.

Multe sisteme de înregistrare a datelor (fișa pacientului) utilizează logica organizațională care începe cu "examinare extraorală" urmată de "examinarea intraorală", cu scopul de a facilita înregistrarea informațiilor observaționale (ceea ce observă dentistul în timp ce interacționează cu pacientul). Utilizarea fotografiilor clinice extraorale pentru a capta imaginea completă a feței și profilului este deosebit de utilă în acest proces. Orice observație va fi în cele din urmă urmată de examenul fizic necesar evaluării aspectelor extraorale ale mușchilor masticatori, articulației temporomandibulare (ATM), ganglionilor limfatici și altor structuri vitale, care vor fi ulterior urmate de examinarea intraorală. Examinarea țesuturilor moi oro-faciale necesită o abordare sistematică (Severineanu V; 1985). Se începe cu examinarea glandelor submandibulare și a ganglionilor cervicali, pentru a se constata modificări în dimensiune, textură, mobilitate și sensibilitate la palpare. Apoi se palpează mușchii masticatori, constatându-se durerea sau modificări ale consistenței (flască sau dură). Pasul următor constă din examinarea vizuală și palparea obrazilor, buzelor, comisurilor bucale, vestibulului, mucoasei, buzelor, mucoasa alveolară vestibulară și orală, palatului, zonele tonsilare, limba și planșeul bucal. Toate aceste structuri se vor examina și evalua înainte de a începe un act operator (Shugars AD; 2006).

În timpul examenului clinic, stomatologul trebuie să fie atent în a detecta semnele ascunse, simptomele și variațiile de la normal pentru a decela condițiile patologice și etiologice. Pentru toate se impune o atenție deosebită, meticulozitate în relevarea detaliilor, care vor forma o bază solidă pentru diagnosticul problemelor pacientului.

10.2.1. Examinarea aspectului estetic

Examinarea aspectului estetic poate fi descrisă ca evaluarea culorii, formei, și expunerii dinților în raport cu fața. Evaluarea trebuie să includă discutarea așteptărilor estetice realiste atunci când se analizează opțiunile de tratament cu pacientul. Obținerea rezultatelor dorite estetice poate fi complicată de expunerea maximă a dinților și a țesuturilor moi. Riscul ca pacienții să fie nemulțumiți în privința rezultatelor tratamentului poate fi redus dacă se acordă o atenție deosebită stabilirii poziției dinților care au fost identificate ca fiind compatibile cu estetica maximă. Acest lucru poate fi realizat conform conceptului "forma urmează funcția"; și anume, atunci când dinții sunt corecți în privința formei anatomice și poziționați pe arcadă pentru o funcție optimă, atunci rezultatul estetic general va fi optim. Evaluarea culorii dinților devine un factor în cazul în care dinții sunt mai vizibili în timpul zâmbetului sau în poziție de repaus. Dinții de culoare mai închisă, dinții cu colorare intrinsecă a smalțului și alte defecte ale structurilor dentare, cum ar fi colorarea tetraciclinică cresc riscul de a nu satisface așteptările estetice ale pacienților. Simetria marginilor gingivale devine foarte importantă la pacienții care prezintă linia surâsului foarte înaltă iar lipsa simetriei crește riscul de a nu răspunde așteptărilor estetice ale pacientului. Prezența mai multor factori de risc necesită o examinare aprofundată și atentă a diferitelor componente / relații ale sistemului stomatognat, abilitatea de a dezvolta un plan de tratament interdisciplinar și abilități excelente de ascultare, pentru a identifica opțiuni realiste în concordanță cu așteptările estetice generale ale pacientului. Toate acestea trebuie realizate fără a compromite sănătatea dentară pe termen scurt și lung a pacientului ("a nu face rău"). În multe dintre aceste situații, restaurările conservatoare directe sau indirecte care conservă cât mai mult smalț sunt mai potrivite pentru gestionarea riscurilor pe termen lung decât preparările mai agresive care îndepărtează mai mult din structura dentară.

10.2.2. Examinarea ocluziei

Trebuie să se efectueze o examinare atentă a schemei curente ocluzale a pacientului, împreună cu potențialul impact asupra mușchilor masticatori și a ATM înainte de planificarea și implementarea tratamentului. Această examinare include *identificarea semnelor de traumă ocluzală*:

- cum ar fi fațetele de uzură și tiparele anormale de uzură care sunt excesive și nepotrivite vârstei, caz în care se interoghează pacientul în privința parafuncțiilor.

- fracturi în smalț sau

- mobilitatea dinților precum și

- anomalii ocluzale care pot contribui la afecțiuni patologice, cum ar fi pierderea osoasă.

Analiza atentă poate identifica necesitatea modificării schemei ocluzale actuale înainte de inițierea oricărui tratament definitiv. Ocluzia statică și dinamică trebuie examinată cu atenție având în vedere faptul că nu există ocluzie "ideală" și că majoritatea pacienților au capacitatea de a se adapta ocluziei proprii fără simptomatologie clinică. Cu toate acestea, clinicianul trebuie să înțeleagă răspunsul fiziologic normal al mușchilor masticatori în funcție de relația ocluzală și să poată identifica unde, pentru un anumit pacient, este prezentă patologia (dentiției, mușchilor masticatori și / sau a ATM) și ce modificări pot fi indicate.

Trebuie înregistrată descrierea:

- *ocluziei în intercuspitate maximă*:

- relația dintre molari și canini (clasa I, II sau III Angle) precum și

- overbite-ul și overjet-ul dinților frontali.

- *ocluziei funcționale dinamice* la toate mișcările mandibulei (lateralitate, protruzie și excursiile intermediare) pentru a determina dacă există ghidajul canin sau de grup. Ghidajul anterior este evaluat pentru determinarea gradului de dezangrenare în zona posterioară.

- *evaluării relației centrice*.

Trebuie să se mai includă:

- evaluarea diferenței dintre ocluzia în relație centrică și cea de intercuspitate maximă.

- edentațiile

- relația dintre linia mediană maxilară și mandibulară

- evaluarea planului ocluzal

- poziția dinților malpoziționați.

- dinții suprapuși, treme, diasteme, dinții fracturați și discrepanțele dintre nivelurile creștelor marginale.

Se înregistrează:

- contactele excursive de pe partea nelucrătoare care se referă la orice constatare a unor problemelor legate musculatura masticatorie și / sau ATM.
- contactele excursive de pe partea lucrătoare au legătură cu riscul de fractură al cuspizilor.

- contactele protruzive la nivelul molarilor.

Se identifică și se clasifică ca traumatism ocluzal primar sau secundar dacă sunt prezente:

- fațete de uzură intensă pe pantele cuspidiene ale dinților posteriori, - mobilitatea dinților sau

- fremitus în timpul funcției.

Analiza completă a ocluziei poate necesita modele de diagnostic articulate. Se observă mișcarea mandibulei din intercuspitate maximă la deschiderea maximă a gurii și se măsoară această deschidere maximă neasistată; orice "mișcare" a discului articular în timpul mișcărilor mandibulare este observată și poate avea legătură cu o traumă în antecedente, interferențe

ocluzale pe partea nelucrătoare sau alte posibile modificări patologice. Palparea bimanuală a articulațiilor temporo-mandibulare, a condililor și a spațiilor retrocondiliene (la deschiderea maximă a gurii) se realizează cu scopul detectării tensiunilor/durerii ca semne ale inflamației.

Relațiile ocluzale dentare sunt evaluate pentru detectarea cuspizilor plonjanți unde prezența acestora poate crește probabilitatea impactării alimentelor și a fracturii dintelui sau restaurării.

Rezultatele examenului ocluziei trebuie să fie incluse în fișa pacinetului trebuie și luate în considerare în cadrul planului de tratament restaurator. Aspectele acceptabile ale ocluziei trebuie să fie păstrate și nu este indicată modificarea acestora în timpul tratamentului. Atunci când este posibil, este de dorit îmbunătățirea ocluziei (eliminarea interferențelor), bazată pe cunoașterea răspunsului muscular masticator fiziologic; interferențele ocluzale nu trebuie perpetuate în cadrul tratamentului restaurator.

10.2.3. Examinarea dinților și a restaurărilor

10.2. 3.1. Măsurile preliminare în examinarea clinică

Manoperele de examinare și notare în fișă a datelor culese iau mult timp medicului dentist (Shugars DC, Shugars DA; 2006). O asistentă instruită și familiarizată cu terminologia, sistemul de notare și modul de completare a fișei pacientului poate să examineze dinții și restaurările existente ale pacientului și să înregistreze informațiile pentru economisirea timpului medicului dentist. Acesta efectuează ulterior examinarea și confirmă fișa. Pentru a putea pune un diagnostic corect și a elabora un plan de tratament, examinarea clinică trebuie să urmeze o linie sistematică, într-o cavitate orală curată, uscată și bine iluminată. Vor fi folosite instrumente curate, sterile și de bună calitate, care includ oglinda dentară, sonda dentară, sonda parodontală și excavatorul dentar. Se va începe examinarea cu 1.8 din cadranul superior dreapta. O examinare corectă și eficientă va avea loc numai în cazul în care dinții sunt curați și uscați. Aceasta înseamnă că, în primul rând, vor fi efectuate un detartraj și un periaj înainte de examenul clinic. Izolarea dinților se va face cu rulouri de vată absorbantă aplicate în fundurile de sac vestibulare și paralingual, în asociere cu aspiratorul de salivă. Se va folosi mătasea interdentară pentru a detecta restaurațiile debordante, conturate necorespunzător, contactele deschise interproximale și leziunile carioase incipiente.

Examinarea clinică adesea necesită mijloace auxiliare de magnificație pentru vizualizarea și evaluarea detaliilor de la nivelul țesuturilor moi și dure ale cavității orale. În acest sens de mare ajutor sunt lupa binoculară și, în ultimii ani, microscopul dentar.

Pentru culegerea și notarea datelor privitoare la dinții examinați, se impune folosirea unui sistem de notare și a unei reguli de examinare. Există diverse sisteme de adnotare, dar cel mai folosit este *sistemul universal*.

În acest sistem, dinții sunt numerotați de la 1-32, examinarea derulându-se în sensul acelor de ceasornic, pornind de la molarul 3 maxilar dreapta, continuând cu molarul 3 mandibular stânga și sfârșind cu molarul 3 mandibular drept = 32.

În cazul în care se utilizează sistemul de adnotare OMS încetățenit în medicina dentară din România, Fig.10.10 (Cârligeriu V și colab; 2002), examinarea se derulează în maniera de mai jos:

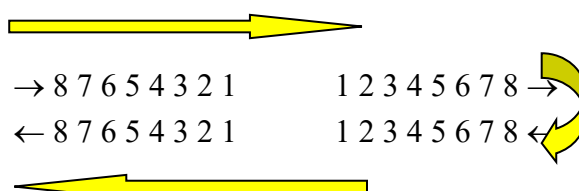


Fig. 10.10. Sistemul de adnotare OMS și modalitatea de examinare
(Cârligeriu V și colab; 2002)

10.2. 3.2. Fișa stomatologică și înregistrarea

Înregistrarea sănătății orale se va referi la următoarele categorii de informații: datele de identificare, cum ar fi numărul de telefon al pacientului sau numele persoanei care trebuie contactată în caz de urgență, dar și alte date relevante: istoricul medical, istoricul dentar, datele culese în urma examenului clinic, diagnosticul, planul de tratament, declarația de consimțire a tratamentului (Collins D; 1996).

Constatările clinice și radiografice, atât normale, cât și anormale, sunt notate detaliat în fișă, ca parte permanentă a înregistrării pacientului. Se vor înregistra următoarele categorii de informații: datele de identificare, antecedentele medicale, antecedentele stomatologice și istoricul dentar, examenul clinic, diagnosticul, prognosticul și planul de tratament.

Există un număr variat de fișe stomatologice, dar un sistem de fișă acceptabilă trebuie să fie conform cu anumite standarde (Shugars AD; 2006). Fișa va fi (ADA; 1987):

a) *necomplăcată* – să fie ușor de înțeles de medic și de colaboratori, să fie un mijloc eficient și clar de înregistrare a condițiilor dentare

b) *cuprinzătoare* – să permită înregistrarea tuturor condițiilor normale și anormale ale dinților, incluzând date detaliate despre locație, natură și dimensiune

c) *accesibilă* – să fie ușor de găsit atât în timpul tratamentului, cât și în cazul vizitelor de control

d) *actualizabilă* – să permită adaptarea continuă la tratamente și la modificarea condițiilor medicale sau dentare

Folosirea computerelor în cabinetele dentare oferă o nouă și atotcuprinzătoare tehnologie, între care și înregistrarea electronică a pacientului. Aceasta permite încorporarea de radiografii digitale și fotografii intraorale.

Localizarea exactă, statusul tuturor dinților, restaurațiilor, defectelor, cariilor, precum și observații privind țesuturile dure și moi sunt necesare din mai multe motive, Fig. 10.11 (Summitt JB și colab; 2006), Fig.10.12 (Riethe P și colab; 1988), oferind date despre (Shugars AD și colab; 2006):

1) calitatea tratamentului – fișa poate să furnizeze date despre acuratețea și comprehensivitatea planului de tratament

2) legalitatea cu agențiile de asigurare – o înregistrare corectă reglementează o relație legală cu casa de asigurări

3) practica auditului și evaluarea calității – fișa stomatologică și înregistrarea reprezintă fundația pentru multe programe de evaluare a calității

4) măsurile legale – fișa stomatologică și înregistrarea sunt considerate evidențe legale și admise în judecarea cazurilor de malpraxis sau neglijență

5) folosirea judiciară – în ultimă instanță, înregistrarea dentară reprezintă singura cale de identificare a decedaților

Managementul contemporan al cariei, care include abordări nonoperatorie extinse și intervenții operatorie conservative, se bazează pe îmbunătățirea determinării riscului la carie și a metodelor de detecție și clasificare a cariilor dentare. Așa cum au arătat Nyvad și colab., evaluarea activității leziunii carioase este fundamentală în decizia clinică de tratament. Ideea este susținută de membrii comitetului Sistemului Internațional de Evaluare și Detecție a Cariilor Dentare (SIEDCD), International Caries Detection and Assessment System (ICDAS). Scopul SIEDCD este dezvoltarea unui sistem de evaluare și detecție clinică integrală a cariei dentare pentru cercetare și practica de la nivel clinic, care să fie capabil să înregistreze vizual atât caria smalțului, cât și caria dentinei (Pitts NB; 2009).

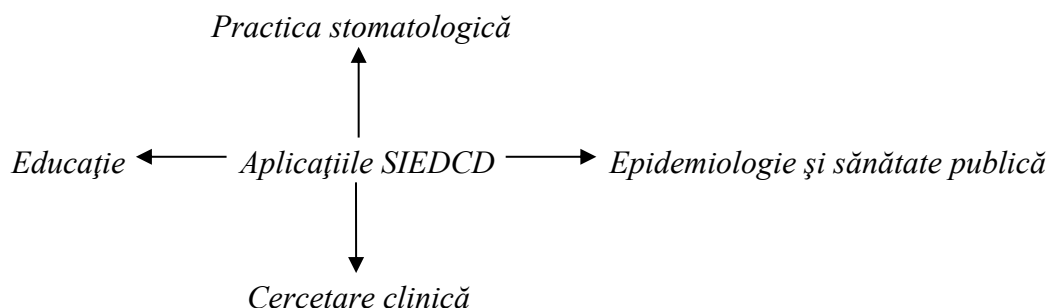
Aplicațiile sistemului de codare SIEDCD (ICDAS)

**** În activitatea de practică stomatologică***

Încă de la început, SIEDCD a fost destinat nu numai pentru cercetare și epidemiologie, ci și pentru utilizarea în practica stomatologică. Codul de detecție al cariei SIEDCD, prin el însuși, nu poate da toate informațiile cu privire la planul de management al cariei dentare. Acest cod simplu reprezintă nu numai un limbaj comun pentru comunicarea în cadrul ariei de cercetare și epidemiologie, dar are și altă sferă de aplicabilitate în practica stomatologică (Pitts NB; 2009).

În primul rând, înregistrarea detaliată a statusului cariei va fi parte integrantă a evaluării orale inițiale a pacientului care va permite o comparație în timp. Codurile SIEDCD permit șapte puncte de înregistrare a cariei dentare. Folosind aceste coduri, practicianul poate să observe, în timp, ce măsuri de prevenție eficiente poate să instituie (Pitts NB; 2009).

În al doilea rând, folosirea codurilor SIEDCD este o metodă excelentă de comunicare cu pacientul despre starea sa de sănătate dentară și despre noile leziuni apărute. Schema de mai jos (Pitts NB; 2009).



Aproape întotdeauna examinarea în cadrul SIEDCD este pur vizuală, dar poate să se folosească și o sondă dentară cu biluță în loc de vârf pentru a îndepărta resturile de placă și resturile și să confirme cavitățile minore. Nu se va utiliza o sondă dentară cu vârful ascuțit, pentru că aceasta nu sporește detecția cavitației, dar poate distruge suprafața intactă a unei leziuni incipiente (Pitts NB; 2009).

Codurile SIEDCD pentru detecția și clasificarea leziunilor carioase și a statusului restaurator

SIEDCD înregistrează în două etape stausul cariei dentare. Primul este un cod al severității leziunilor carioase iar cel de al doilea este pentru a evalua statusul restaurator al dinților.

1. Codurile severității cariei dentare se întind pe o scară de la 0 (sănătos) la 6 (cavitate cu vizualizarea dentinei) (Pitts NB; 2009).

****Codul 0***

Suprafața dentară este sănătoasă. Fig. 7.69 (Pitts NB; 2009)

***Codul 1**

Prima modificare vizuală în smalț (*opacitate sau discromie*) (Pitts NB; 2009). Aceasta reprezintă primul semn al cariei dentare ce poate să fie detectată după o uscare prelungită cu aer. Demineralizarea smalțului este limitată la 1/3 externă a smalțului.



Fig. 7.69. Suprafețe dentare sănătoase
(Pitts NB; 2009)

Codul 1 – pentru fisuri și fosete

Se va usca timp de circa cinci secunde (considerat timpul necesar al dehidratării leziunii carioase în smalț) suprafața de smalț și va apărea o opacitate sau o discromie carioasă, inconsistentă în cazul smalțului sănătos. Acest gen de leziuni se va nota cu codul 1 dacă discromia apărută se limitează numai la baza fisurii sau fosetei, Fig. 7.70 (Pitts NB; 2009)

Codul 1 – pentru suprafețele netede

Leziunile carioase incipiente nu apar în mediul umed, dar, după uscare prelungită cu aer, se evidențiază o opacitate carioasă puțin consistentă în raport cu smalțul înconjurător sănătos. Fig. 7.71 (Pitts NB; 2009)

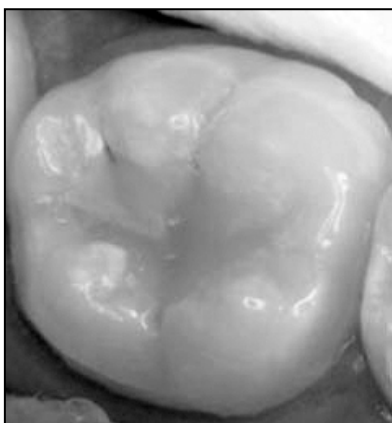


Fig. 7.70. Opacitate carioasă discromică într-o fisură codată 1
(Pitts NB; 2009)



Fig. 7.71. Opacitate carioasă discromică pe o suprafață netedă codată 1
(Pitts NB; 2009)

***Codul 2**

Modificări vizuale distincte în smalț (opacitate sau discromie) sunt vizibile chiar dacă smalțul este umed. Când dintele este umed și are codul 2, arată fie o pată albă cretoasă (Fig. 7.72.A), (Pitts NB; 2009), fie o pată brună (Fig. 7.72.B) (Pitts NB; 2009), care este mai largă decât baza fisurii sau fosetei și nu este consistentă comparativ cu smalțul înconjurător sănătos. Acest gen de modificări se poate vedea și când dintele este uscat. În caz de cod 2 SIEDCD nu este necesară uscarea dintelui pentru evidențierea leziunilor (Pitts NB; 2009). Demineralizarea implică tot smalțul și treimea externă a dentinei.

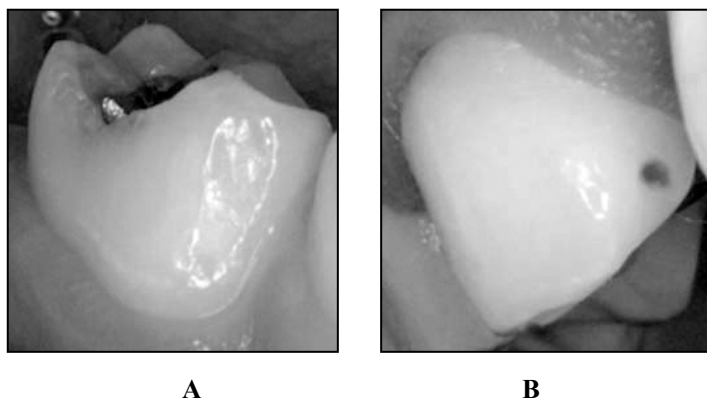


Fig. 7.72. Leziune carioasă codată SIEDCD 2.
A. Pată alba cretoasă. B. Pată brună (Pitts NB; 2009)

***Codul 3**

Cavitate carioasă în smalț fără vizualizarea dentinei discromice subiacente. Când aceste leziuni sunt examinate în mediu umed, apare o discromie carioasă evidentă. În fisuri și fosete, aceste modificări discromice sunt mai largi decât lățimea naturală a acestora. După cinci secunde de uscare cu aer, fisura sau foseta devine vizibilă și arată o extindere substanțială și anormală (Pitts NB; 2009). Codul 3 nu arată o dentină vizibilă la baza cavității. Fig. 3.73 (Pitts NB; 2009) Pentru confirmare se va palpa cavitatea cu ajutorul unei sonde dentare cu bilă în loc de vârf ascuțit (Pitts NB; 2009).

***Codul 4**

Dentina subiacentă colorată cu sau fără cavitate în smalț, dar fără cavitate în dentină (Pitts NB; 2009). Leziunile carioase codate SIEDCD 4 arată o discromie dentinară vizibilă prin smalțul intact care poate avea sau nu cavitate. Discromia este mai notabilă dacă dintele este umed și apare de aspect gri, maro sau albastrui. Fig. 7.74 A (Pitts NB; 2009) Codul 4 se va înregistra numai pentru caria primară a suprafeței dintelui. Probleme de confuzie pot apărea pe suprafețele proximale. În această situație, dentina discromică este văzută ca o umbră pe suprafața ocluzală, chiar dacă leziunea carioasă primară nu își are originea în fisura sau foseta acestei suprafețe. Fig. 7.74 B (Pitts NB; 2009) Suprafața ocluzală nu va fi notată cu codul 4, deoarece caria primară nu s-a produs la acest nivel.

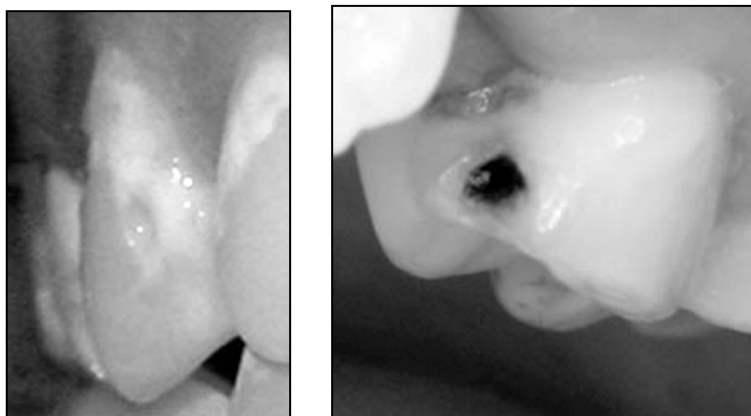


Fig. 7.73. Cavitate carioasă a smalțului fără dentina subiacentă vizibilă codată SIEDCD 3 (Pitts NB; 2009)

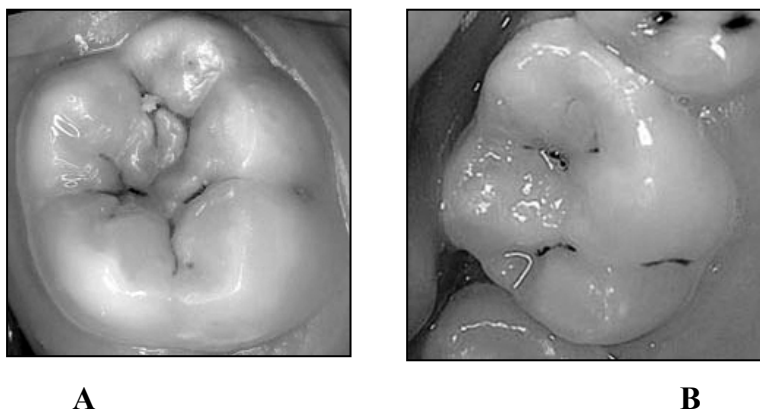


Fig. 7.74. Leziune carioasă codată SIEDCD 4. A. Discromie gri, maro sau albastruie în mediul umed. B. Umbră pe suprafața ocluzală. Leziunea carioasă nu își are originea la acest nivel (Pitts NB; 2009)

***Codul 5**

Cavitate carioasă distinctă cu vizualizarea dentinei (Pitts NB; 2009). Leziunea carioasă este codată SIEDCD 5 când este prezentă cavitația din cauza cariei în smalțul opac sau discromic cu vizualizarea dentinei subiacente. Leziunea codată 5 implică mai puțin de jumătate din suprafața dintelui. O sondă dentară cu bilă în loc de vârf confirmă prezența cavitației în dentină, iar bila își va avea frontul în dentină. În fisuri și fosete, grosimea smalțului este cuprinsă între 0,5 mm și 1,0 mm. Nu se va măsura adâncimea pulpară a dentinei. Fig. 7.75 (Pitts NB; 2009)

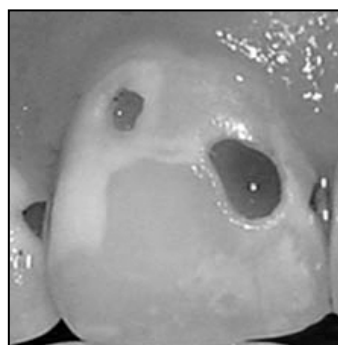


Fig. 7.75. Exemplu de leziune carioasă codată 5 SIEDCD (Pitts NB; 2009)



Fig. 7.76. Exemplul de leziune carioasă codată SIEDCD 6 (Pitts NB; 2009)

***Codul 6**

Cavitate carioasă distinctă extinsă cu dentina vizibilă (Pitts NB; 2009). Este implicată jumătate sau mai mult din suprafața dintelui. Fig. 7.76 (Pitts NB; 2009). Întotdeauna, în această situație clinică, este vizibilă dentina și codul este 6. Cavitatea este adâncă, largă și dentina net vizibilă pe pereții și baza cavitației (Pitts NB; 2009).

2. Codurile statusului restaurator al dinților se combină cu codurile descrise anterior.

***Codul 0** - nerestaurat sau sigilat

***Codul 2** - sigilat parțial

***Codul 3** - sigilat în totalitate; restaurare directă estetică

***Codul 4** - restaurare din amalgam

***Codul 5** - restaurare indirectă metalică

***Codul 6** - restaurări indirecte: ceramice, aur, metalo-ceramice, coroane sau fațete

***Codul 7** - restaurare pierdută sau defectuoasă

***Codul 8 - restaurare temporară**

Detalii despre SIEDCD precum și instruirea necesară folosirii sistemului printr-un tutorial online se găsesc la <https://www.iccms-web.com/>

Managementul cariei dentare prin evaluarea riscului (CAMBRA) include principiile SIEDCD în privința examinării vizuale și a evaluării leziunilor carioase. Mai mult, SIEDCD a fost condensat de către American Dental Association (ADA) în Sistemul de Clasificarea al Cariiei (SCC ADA), Tabel 10.1. Evaluarea cariilor dentare necesită, de asemenea, și evaluarea activității leziunilor carioase pentru a face posibilă luarea deciziilor de tratament, Tabel 10.2. Obiectivul acestor sisteme îmbunătățite de detectare și clasificare a leziunilor carioase este de a identifica cu precizie leziunile incipiente ale smalțului care pot beneficia de tratamente de remineralizare. Prin urmare, se poate încerca un tratament nonoperator adecvat, iar leziunile care necesită tratament operator pot fi identificate cât mai devreme posibil. Cu ajutorul acestei abordări, tratamentul operator va fi cât mai conservator.

Leziunile carioase pot fi detectate:

- 1) observând modificările texturii de suprafață ale dintelui sau a culorii;
- 2) prin senzația tactilă la palparea cu sonda dirijată ușor la suprafața dinților, pentru a depista eventualele rugozități; se crede că folosirea sondei în această manieră poate avea o oarecare relevanță în evaluarea activității cariei.








Oricum, sonda dentară nu se folosește pentru a evalua senzația de "agățare" (rezistența pe care o opune la îndepărtarea din fisură sau fosetă). S-a demonstrat că această folosire intempestivă a unei sonde ascuțite transformă o suprafață integră dar demineralizată într-o posibilă cavitație cu risc de progresie. Forțarea sondei în fosete și fisuri, teoretic poate produce și contaminarea încrucișată. Din contră, în cazul cariilor radiculare, palparea cu sonda este necesară pentru detectarea texturii suprafeței.


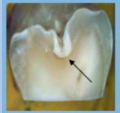


- 3) metode complementare: radiografiile care arată modificări ale densității dinților;

- 4) diverse tehnologii care ajută la detectarea leziunilor carioase și a activității acestora.

Un test diagnostic ideal detectează cu acuratețe aria de dinte care este sănătoasă = *specificitate*; care este demineralizată sau cu carie = *sensibilitate* și dacă *demineralizarea* este prezentă, fie că este *activă* sau nu, fie că este *cavitate* în suprafață sau nu. La ora actuală nu dispunem de o tehnologie rafinată pentru a detecta cu acuratețe activitatea leziunilor carioase și de aceea decizia de intervenție încă se bazează pe prezența cavitației.

Examinarea este ajutată de cunoașterea locurilor de elecție ale cariei, a riscului de carie și a indicelui de susceptibilitate. Exemplu: istoricul, igiena orală, dieta și vârsta sugerează o anumită activitate carioasă. Cariile tind să evolueze bilateral și pe suprafețe adiacente proximale. Se va examina cu sonda fiecare suprafață a dintelui, pentru a depista cavitația, și se va acorda atenție modificărilor de culoare, transluciditate și textură.

ADA CCS		Carie inițială		Carie moderată		Carie extinsă	
Protocol ocluzal***							
ICDAS	0	1	2	3	4	5	6
							
Definiție	Suprafață sănătoasă; fără carie după uscarea (5 sec); fără hipoplazie, uzură, eroziune sau alte leziuni necarioase	Prima modificare vizuală, pată albă cretoasă vizibilă doar după uscarea; modificări vizibile limitate la	Modificare vizuală distinctă, vizibilă în mediu umed, albă sau colorată brun, mai largă decât fisura/foseta	Cavitație localizată a smalțului fără expunerea dentinei sau discromie a smalțului adiacent; discontinuitatea	Discromia smalțului adiacent cu sau fără cavitație localizată	Cavitație distinctă cu vizibilitatea dentinei; cavitație francă care implică mai puțin de jumătate din	Cavitație distinctă extinsă, cu dentină vizibilă; cavitația este adâncă și implică mai mult de jumătate din

		baza fisurii sau fosetei		suprafeței smălțului, lărgirea fisurii		suprafața ocluzală	suprafața ocluzală
Adâncime histologică		90% în smălț, 10% în dentină 	50% în smălț, 50% în 1/3 externă a dentinei 	77% în dentină	88% în dentină 	100% în dentină	100% în dentină, până în 1/3 internă 
Recomandări Risc scăzut	Sigare opțională; DIAGNOdent -ul poate fi util	Sigare opțională; DIAGNOdent -ul poate fi util	Sigare opțională; RCP dacă DIAGNO- dentul arată 20- 30	Sigare sau RCC	Restaurare compozită minim invazivă	Restaurare compozită minim invazivă	Restaurare compozită minim invazivă
Recomandări Risc mediu	Sigare opțională; DIAGNOdent -ul poate fi util	Sigare recomandată; DIAGNOdent -ul poate fi util	Sigare opțională; RCP dacă DIAGNO- dentul arată 20- 30	Sigare sau RCC	Restaurare compozită minim invazivă	Restaurare compozită minim invazivă	Restaurare compozită minim invazivă
Recomandări Risc mare și risc extrem	Sigare recomandată; DIAGNOdent -ul poate fi util	Sigare recomandată; DIAGNOdent -ul poate fi util	Sigare opțională; RCP dacă DIAGNO- dentul arată 20- 30	Sigare sau RCC	Restaurare compozită minim invazivă	Restaurare compozită minim invazivă	Restaurare compozită minim invazivă

* Pacienții cu una sau mai multe leziuni cavitare sunt pacienți cu risc mare

** Pacienții cu una sau mai multe leziuni cavitare și xerostomie sunt pacienți cu risc extrem

*** Toate sigilările și restaurările se fac minim invaziv. Sigilanții se limitează la smălț. Restaurările ajung în dentină. O restaurare pe două suprafețe este definită ca o preparare care are o parte în dentină iar prepararea se extinde pe o a doua suprafață (care nu trebuie să fie neapărat în dentină). Sigilanții pot fi pe bază de rășină sau CIS. Fisurile sigilate cu rășină ar trebui să fie minim preparate pentru o adeziune optimă. CIS se folosește când smălțul este imatur, când nu se dorește prepararea fisurilor sau când nu este posibilă izolarea cu digă.

Tabel 10.1. Diagnosticul vizual al cariei după SIEDCD și (SCC ADA). (Modificat după Young DA, Nový BB, Zeller GG, et al.: The American Dental Association Caries Classification System for Clinical Practice, A report of the American Dental Association Council on Scientific Affairs, J Am Dent Assoc 146(2):79–86, 2015; and Jenson L, Budenz AW, Featherstone JD, et al.: Clinical protocols for caries management by risk assessment, J Calif Dent Assoc 35:714, 2007.)

Caracteristicile leziunilor carioase active și inactive		
	Evaluarea și descrierea activității leziunilor carioase	
Factor de evaluare a activității cariei	Posibil inactivă/oprită în evoluție	Posibil activă
Localizarea leziunii	Leziunea nu se află într-o zonă retentivă pentru biofilm	Leziunea se află într-o zonă retentivă pentru biofilm (fosete/fisuri, proximal, 1/3 gingivală)
Leziune acoperită de biofilm	subțire și neaderent	gros și aderent
Aspectul suprafeței	Lucioasă; culoare maro-neagră	Mată/opacă/pierderea luciului; culoare albă-galbenă
Senzația tactilă	Neted, smălț dur/dentină dură	Smălț rugos/dentină moale
Statusul gingival (dacă leziunea este localizată lângă gingie)	Fără inflamație, fără sângerare la sondare	Inflamație, sângerare la sondare

Tabel 10.2 Caracteristicile leziunilor carioase active și inactive (După Young DA, Nový BB, Zeller GG, et al.: The American Dental Association Caries Classification System for Clinical Practice, A report of the American Dental Association Council on Scientific Affairs, J Am Dent Assoc 146(2):79–86, 2015.)

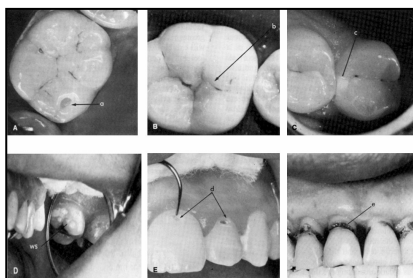


Fig. 10.13. Caria poate fi diagnosticată clinic printr-o inspecție atentă (Shugars AD și colab; 2006)

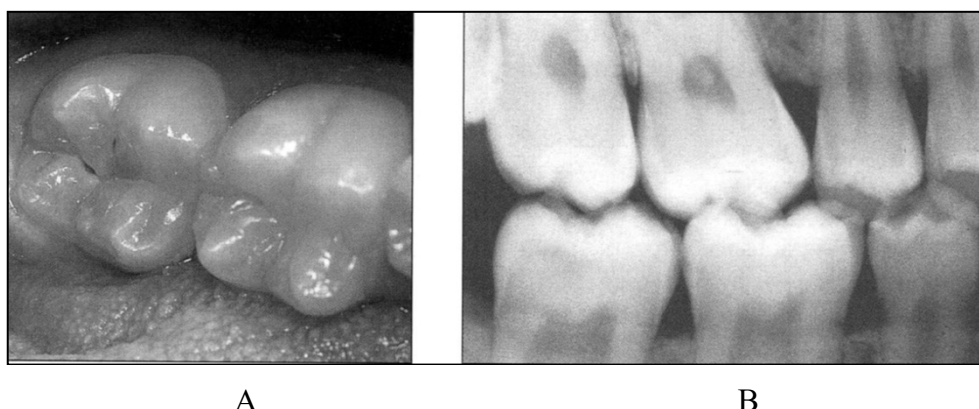
Suprafețele ocluzale

Cariile se formează frecvent în *fosetele și fisurile defectuoase* ale suprafeței ocluzale, unde dezvoltarea lobilor dinților posteriori realizează o incoalescență parțială sau totală. Fig. 10.13 B (Shugars AD și colab; 2006)

De aceea este important să se facă diferența dintre șanțurile și fosele primare ocluzale și fosetele și fisurile ocluzale. *Șanțurile și fosele primare ocluzale* sunt netede (aspect de farfurioară), indicând o coalescență completă a dezvoltării lobilor. Normal, acestea nu sunt susceptibile la carie, deoarece nu reprezintă *nișe* pentru biofilm (bacterii) și în plus sunt ușor de curățat prin acțiunea alimentelor în timpul actului masticator (Shugars AD și colab; 2006).

Opus acestora, *fosetele și fisurile ocluzale* sunt adânci, înguste, crăpături în smalț cauzate de incoalescența lobilor, parțială sau totală. Numeroase studii au arătat că utilizarea sondei dentare în diagnosticarea cariei în fose și fisuri nu sporește validitatea diagnostică comparativ cu inspecția vizuală. S-a demonstrat că folosirea sondei dentare pentru acest scop duce la fractura smalțului și servește ca vector pentru transferul bacteriilor patogene la alți dinți. *Prin urmare, utilizarea sondei dentare în acest scop este contraindicată* (Ekstrand K și colab; 1987).

O suprafață ocluzală va fi examinată vizual și radiografic. Fig.10.14 (Rose Jr WF și colab; 2006)



A

B

Fig. 10.14. A) Carie ocluzală. Umbra din jurul fosetei discromice a molarului 2 mandibular indică prezența cariei și a dentinei cariate de la baza fisurei. B) Imaginea radiografică arată extinderea leziunii carioase în dentină (Rose Jr WF și colab; 2006)

Examinarea vizuală se va face într-un câmp curat, uscat și bine luminat, fie prin vizualizare directă, fie indirectă, în asociere cu lumina reflectată de oglinda dentară (Ashley PF; 1998).

O suprafață ocluzală este diagnosticată ca fiind afectată de carie dacă este prezent unul din următoarele semne clinice – Fig.10.14 A (Rose Jr WF și colab; 2006):

- aspectul cretos al suprafeței externe (cariu smalțului) sau
- opacitatea subsuprafeței smalțului (cariu dentinei), sau
- cavitația structurilor care formează foseta sau fisura;
- uneori este prezentă o discromie gri-maronie care iradiază de la periferia fosetei sau fisurii, Fig.10.14 A, ceea ce indică progresia cariei în dentină, sub smalțul translucid.

În cazul în care suprafața ocluzală are șanțuri și fose superficiale neretentive, pacientul are risc scăzut la carie, iar radiografia nu arată radiotransparență și totuși acestea sunt colorate, ne vom referi la *colorațiile superficiale extrinseci care apar de-a lungul anilor prin expunerea la mediul oral*.

Ocazional vom găsi fose necariate sau cariate pe *vârful cuspizilor*. Aceste fose sunt rezultatul dezvoltării defectuoase a smalțului sau ca urmare a pierderii smalțului (cu expunerea dentinei) din cauza eroziunii, abraziiei sau parafuncțiilor. Prezența cariei în aceste zone, care de obicei sunt autocurățabile indică de obicei un risc crescut la carie al pacientului.

Cariu șanțurilor și fosetelor are loc și în cele două treimi ocluzale ale dinților laterali, pe fața vestibulară și orală, precum și pe fața orală a incisivilor maxilari.

Interpretarea clinică a modificărilor subtile a structurii dinților poate beneficia de ajutorul simultan al determinării riscului la carie și de tiparele anterioare de susceptibilitate ale pacientului. Istoricul medical și dentar, igiena orală, dieta și vârsta, printre alți factori și indicatori de risc pot sugera activitatea carioasă prezentă și viitoare. În plus, *cariile ocluzale tind să apară bilateral*.

Suprafețele proximale

O formă de carie a *suprafețelor netede* este reprezentată de *cariile suprafețelor proximale* care, în mod uzual, sunt diagnosticate radiografic. Ele pot fi detectate pe cale vizuală după separarea dinților sau cu ajutorul transiluminării cu fibră optică. Când cariul a invadat fața proximală și a demineralizat dentina, ea apare ca o pată albă-opacă sau ca o umbră sub creasta de smalț marginală mezială și/sau distală. Fig.10.15 (Kidd EAM; 2005)



Fig. 10.15. Leziune carioasă prezentă pe fața distală a premolarului 1 superior. Leziunea se observă direct prin creasta de smalț ca o pată albă-gri translucidă (Kidd EAM; 2005)

Explorarea cu sonda a acestei suprafețe detectează cavitația care este definită ca o întrerupere a continuității suprafeței de smalț. Diagnosticul final poate fi pus numai prin utilizarea mai multor metode de examinare (Shugars AD; 2006).

Petele maronii pe suprafața de smalț dură, intactă, proximală și adiacentă gingiei la zona de contact sunt adesea văzute la pacienții vârstnici a căror activitate carioasă este redusă. Aceste zone discromice sunt rezultatul colorării extrinseci a leziuni incipiente carioase a smalțului,

care s-a remineralizat în urma înlăturării condițiilor de retenție. Aceste zone nu mai sunt considerate a fi carioase și sunt de obicei mai rezistente atacului acid datorită formării fluorohidroxiapatitei. *Nu se indică tratament restaurator.* Fig.10.13.F (Shugars AD; 2006). Leziunile carioase proximale inactive uneori sunt greu de diagnosticat din cauza evidențelor radiografice vagi care arată o pierdere minerală anterioară.

Cariile suprafețelor proximale de la nivelul dinților anteriori pot fi identificate prin inspecție vizuală (și transiluminare opțională), examinare radiografică și sondare. Fig.10.16 (Summitt JB și colab; 2006)



Fig. 10.16. Leziune carioasă pe fața mezială și distală a incisivului 2.1 și pe fața mezială a incisivului 2.2, evidențiate direct prin transparența smalțului (Summitt JB și colab; 2006).

Transiluminarea poate fi efectuată prin plasarea oglinzii sau a unei surse de lumină pe fața orală a dinților anteriori, proiectând fascicolul de lumină perpendicular pe aceștia. Aceste carii apar ca niște zone întunecate de-a lungul crestei de smalț. Asociind transiluminării explorarea tactilă, se confirmă existența cavitației, pentru că aceste fețe sunt mult mai accesibile și vizibile decât regiunile posterioare. Leziunile mici incipiente se detectează numai radiografic (Shugars AD.; 2006).

Alte forme ale cariei suprafețelor netede se găsesc adesea pe *suprafețele vestibulare și orale ale dinților*, în mod special în zona gingivală, care este mai puțin accesibilă curățirii, la pacienții cu o activitate înaltă a cariei, Fig.10.17 (Kidd EAM; 2005).

Caria incipientă a acestor suprafețe apare sub forma unor „pete albe”, care sunt vizibile diferit de smalțul adiacent translucid și vor dispărea parțial sau total vederii în mediul umed. Uscarea zonei o va face din nou vizibilă (Shugars AD; 2006). În cazul petelor albe cretoase trebuie instituite terapiile nechirurgicale de remineralizare.



Fig. 10.17. Pata albă cretoasă în treimea cervicală a molarilor și premolarului (Kidd EAM; 2005)

Prezența cariilor pe suprafețele netede vestibulare (sau orale) sugerează o rată înaltă a leziunii carioase ca rezultat al unei igiene necorespunzătoare și/sau al unei diete bogate în

mono- și dizaharide. La un pacient cariosusceptibil, treimea gingivală a suprafeței vestibulare a dinților maxilari superiori și treimea gingivală a suprafeței linguale a dinților posteriori mandibulari vor fi examinate cu atenție (Shugars AD; 2006).

Caria avansată a suprafețelor netede va prezenta o discromie accentuată și o demineralizare ce va fi străpunsă cu ușurință de sondă. Discromia poate merge de la alb la maro-închis, în funcție de ritmul evoluției cariei. În caz de ritm lent, închiderea la culoare are loc din cauza colorărilor extrinseci și a modificărilor fizice de la nivelul matricii de collagen dentinare, Fig.10.18 (Kidd EAM; 2005).

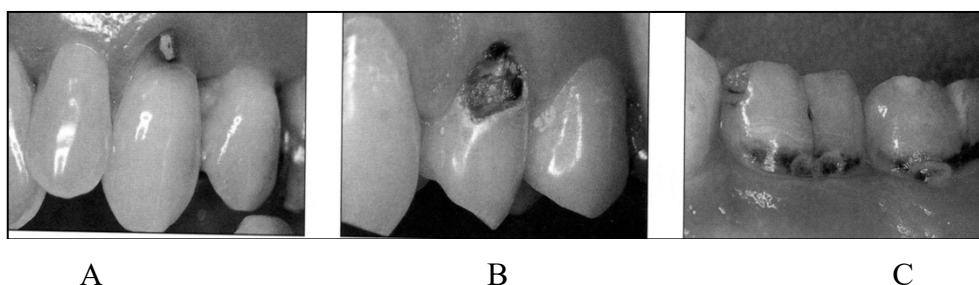


Fig. 10.18. Leziune carioasă oprită în evoluție pe molarul 4.6, probabil prin extracția molarului 2 temporar (Kidd EAM; 2005)

Remineralizarea acestor leziuni va restaura duritatea structurilor ceea ce constituie o dovadă că leziunea s-a oprit în evoluție. Dentina din aceste leziuni oprite în evoluție prin remineralizare este numită *eburnată* sau *scleroasă*, Fig. 10.13 F (Shugars AD.; 2006). Suprafața acestor leziuni poate fi rugoasă dar curățibilă iar restaurarea lor nu este indicată, cu excepția dezideratului estetic sau când pacientul trebuie ajutat în procedurile de control al cariei. Aceste leziuni sunt inactive dar rămân susceptibile la activare în viitor.

Suprafețele radiculare

La pacienții în vârstă se va acorda atenție sporită inspectării *suprafețelor radiculare*. Expunerea rădăcinilor, combinată cu o dietă modificată, boli sistemice și medicația, vor afecta cantitatea și natura salivei, predispunând bătrânii la carii radiculare. Leziunea carioasă se găsește localizată la nivelul joncțiunii smalț-cement sau mai apical pe cement sau dentina expusă la pacienții vârstnici și la cei operați pe parodonțiu. Fig.10.19 (Summitt JB și colab; 2006)



**Fig. 10.19. A) Leziune carioasă radiculară pe un dinte cu retracție gingivală.
B) Leziune carioasă radiculară care a subminat smalțul coronar
C) Leziune carioasă activă extinsă lateral (Summitt JB și colab; 2006)**

În stadiile incipiente, caria apare ca o zonă discromică bine delimitată în apropierea gingiei, lângă JSC. Deși nu există criterii clinice universal acceptate pentru diagnosticul cariilor radiculare, în general se consideră că prezența cementului sau a dentinei de o consistență moale

în comparație cu țesuturile înconjurătoare este un semn caracteristic. Caria radiculară activă este descoperită datorită prezenței țesutului moale și a cavitației. Detectarea cariei radiculare se poate face și radiografic, dar examenul clinic este cel crucial. Probleme de diagnostic apar atunci când pierderea inserției epiteliale nu este însoțită de retractor gingivală limitând accesul pentru examenul clinic al leziunilor radiculare proximale. Astfel de leziuni progresează rapid și numai examenul radiografic cu film în mușcătură le poate evidenția, însă *este esențială diferențierea leziunii de artefactele translucide care apar pe radiografii în zona cervicală a dinților.*

10.2.5. Examinarea clinică a restaurațiilor din amalgam

Evaluarea restaurațiilor de amalgam va fi făcută în mod sistematic, într-un câmp curat, uscat și bine luminat. Evaluarea clinică a restaurațiilor din amalgam necesită vizualizarea directă sau indirectă, palparea cu sonda, utilizarea radiografiilor, a aței dentare și evaluarea probabilității unor complicații ulterioare (Shugars AD; 2006).

Când se evaluează o restaurație din amalgam vor fi luate în considerare următoarele aspecte (Shugars AD.;2006): (1) culoarea gri-albăstruie a dintelui restaurat; (2) debordările proximale; (3) defecte marginale; (4) șanțuri marginale; (5) liniile de fractură; (6) linii indicând interfața dintre restaurațiile limitrofe; (7) contur anatomic impropriu; (8) creste marginale necorespunzătoare; (9) contact proximal necorespunzător, (10) contact ocluzal necorespunzător și (11) caria secundară.

1. *Zona discromică* sau „*amalgamul albastru*” este adesea observată direct prin transparența smalțului dinților care au fost restaurați cu amalgam. Culoarea albăstruie este fie rezultatul difuziunii produșilor corozivi ai amalgamului în tubulii dentinari, fie rezultă din cauza transparenței amalgamului direct prin smalț. Fig.10.20 (Shugars DA și colab; 2006) Aceasta se întâmplă în situația în care smalțul nu are suport dentinar și vine în contact direct cu amalgamul. Dacă alte aspecte ale restaurației sunt corespunzătoare, amalgamul albastru nu este o carie și nu clasifică restaurația ca necorespunzătoare și, ca atare, nu necesită tratament. Oricum, dacă s-ar impune tratament, acesta ar fi numai de ordin estetic sau pentru a preveni fractura structurilor subminate (Shugars DA; 2006).

2. *Debordările proximale* sunt diagnosticate prin inspecție, palpate și radiografie. Joncțiunea dinte-amalgam este evaluată cu sonda prin mișcări în patru direcții perpendiculare una pe alta. Dacă sonda stopează la joncțiune și se oprește în amalgam, debordarea este prezentă. Debordarea se poate evidenția și cu ajutorul firului de mătase care se agață, se scămășează sau se rupe. Aceste debordări sunt trape pentru placă, obstacol pentru o igienă orală bună și de regulă duc la inflamația țesutului gingival diacent. Deoarece vor cauza probleme, se indică înlocuirea restaurației incorecte. Fig.10.21 (Shugars DA; 2006)

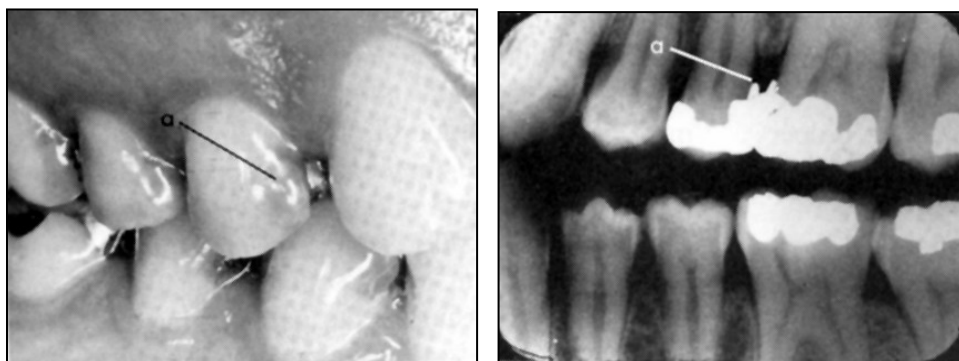


Fig. 10.20. Discromia amalgamului (a)
(amalgamul albastru)
(Shugars DA și colab; 2006)

Fig. 10.21. Debordările proximale se pot
diagnostica radiografic
(Shugars DA și colab; 2006)

3. *Defectele marginale* sunt reprezentate de deteriorarea interfeței amalgam-dinte de-a lungul conturului marginal, ca rezultat al vechimii, uzurii, fracturii sau preparării incorecte de cavități. Fig.10.23 A (Shugars DA și colab; 2006) Diagnosticarea se face prin inspecție și prin palpare cu sonda, care se plimbă perpendicular pe această joncțiune. Din cauza proprietăților de autosigilare ale amalgamului, aceste restaurații în mod normal arată mai rău decât sunt în realitate și în general o distanță mai mică de 0,5 mm poate să fie considerată normală, deoarece poate fi curățată și întreținută în mod satisfăcător (Kidd, AEM; 1995). Oricum, dacă interspațierea este mai adâncă și greu de curățat sau periclitează structurile dentare rămase, se indică îndepărtarea restaurației defecte și refacerea corectă. Fig.10.23 B (Fejerskov O și colab; 2004)

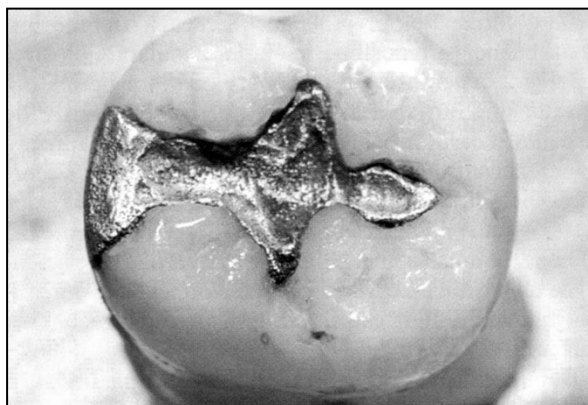


Fig. 10.22. Defect marginal (Fejerskov O și colab; 2004)

Caria secundară se găsește frecvent în defectele marginale din apropierea peretelui gingival și restaurațiile din această arie vor fi înlocuite (Mjor IA; 1985). Fig. 10.22 (Fejerskov O și colab; 2004) și Fig. 10.28 B (Shugars DA și colab; 2006)

4. *Șanțul marginal*. Între conturul marginal și amalgam poate exista un spațiu mai mare decât defectele marginale, cauzat de absența materialului de restaurare din diverse cauze. Dacă această distanță și absență de material este de cel puțin 0,3 mm adâncime și este localizată în treimea gingivală a coroanei dentare, restaurația este considerată incorectă și se va repara (se recomandă materialele adezive) sau se va reface în întregime. Dacă șanțul marginal este mic și situat în alte zone ale conturului marginal cu un smalț restant gros, se poate recorecta prin finisare sau prin realizarea de mici restaurații adezive (Newbrun E; 1993).

5. *Liniile de fractură*. O atenție deosebită va fi acordată examinării liniilor transversale de pe porțiunea ocluzală a restaurațiilor din amalgam. O linie prezentă în regiunea corespunzătoare istmului, în general, indică fractura amalgamului și astfel necesitatea refacerii restaurației. Fig.10.24 (Shugars DA; 2006)



Fig. 10.23. Defect marginal semnificativ
(Shugars DA și colab; 2006)



Fig. 10.24. Linie transversală pe suprafața ocluzală a unei restaurații din amalgam
(Shugars DA și colab; 2006)

6. Se va avea mare grijă la evaluarea liniilor din regiunea medio-ocluzală, pentru că acestea pot fi *linii interfață* și sunt rezultatul a două restaurații efectuate în perioade diferite și dacă aspectul general este satisfăcător, nu necesită înlocuirea. Fig.10.25 (Shugars DA; 2006)



Fig. 10.25. O linie interfață care arată că două restaurații au fost aplicate în perioade diferite
(Shugars DA și colab; 2006)

7. Restaurația de amalgam va fi duplicatul *conturului anatomic normal* al dintelui. Restaurațiile care presează țesuturile moi, au ambrazuri necorespunzătoare și contact incorrect (fie este absent, fie împiedică folosirea aței dentare) vor fi calificate ca necorespunzătoare și vor fi refăcute. Fig.10.26 (Shugars DA; 2006)

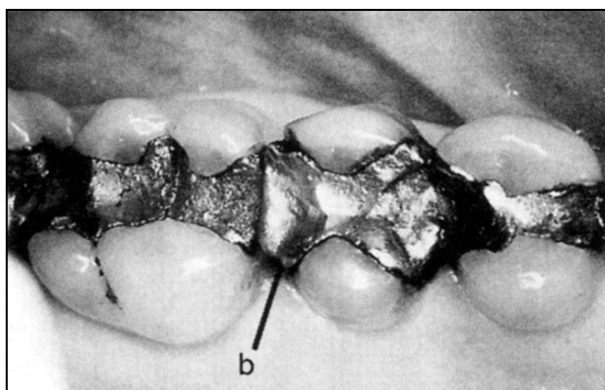


Fig. 10.26. (b) Contur impropriu
(Shugars DA; 2006)

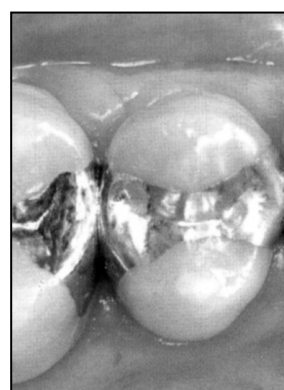


Fig. 10.27. Contur marginal corect
(Riethe P și colab; 1988)

8. Zona de *creastă marginală* refăcută de restaurația din amalgam va fi asemănătoare cu creasta marginală adiacentă. Fig.10.27 (Riethe P și colab; 1988)

Ambele creste vor fi aproximativ la același nivel cu o ambrazură corectă ocluzală, formând un punct de contact corect. Dacă crestele marginale sunt necorespunzătoare și asociate cu țesuturi afectate, impact alimentar sau imposibilitatea de curățire cu ața dentară, ele sunt considerate incorecte și se vor reface (Shugars DA; 2006).

9. De asemenea, va fi evaluată *aria de contact proximal* dintre restaurație și dintele adiacent (contactul trebuie să fie „închis”), care trebuie să fie la un nivel corespunzător și cu o ambrazură de formă corectă. Fig.10.27 (Riethe P și colab; 1988) Dacă se suspectează a fi inadecvat, se va evalua cu ajutorul aței dentare, care va trebui să o traverseze cu aceeași rezistență întâmpinată între două zone intacte și prin încercarea de a vedea lumina între dinți la nivelul de contact prin reflectarea ei cu oglinda ținută oral în dreptul regiunii respective interproximale. Dacă contactul este „deschis”, el va fi asociat cu impactul alimentar și afectarea țesuturilor interproximale. Se indică refacerea restaurației (Shugars DA; 2006).

10. *Contactele ocluzale incorecte* pe restaurațiile din amalgam pot cauza dereglări ale funcției ocluzale sau/și migrări nedorite ale dinților.

11. *Caria secundară* care se dezvoltă la marginea restaurației se detectează prin inspecție, palpare și/sau radiografie și este o indicație absolută de înlocuire a vechii restaurări. Fig.10.28 (Shugars DA; 2006)

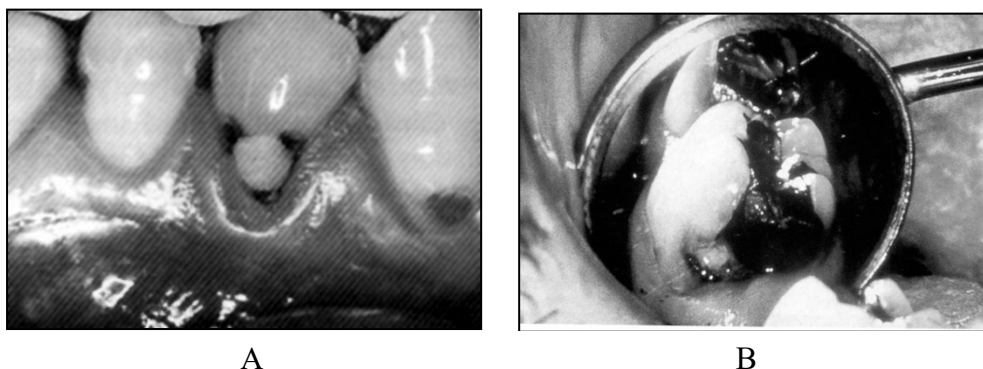


Fig. 10.28. Carie secundară lângă o restaurație estetică (A) și o restaurație din amalgam (B) (Shugars DA și colab; 2006)

10.2.6. Examinarea clinică a restaurărilor estetice

Evaluarea clinică a acestor restaurări se va face în aceeași manieră ca în cazul restaurațiilor din amalgam. Prezența contururilor și a contactelor interproximale necorespunzătoare, a debordărilor marginale, a cariilor secundare sau a inreferențelor ocluzale trebuie notate și luate în considerare pentru corecție. Procedurile de corectare constau în reconturarea, lustruirea, repararea sau înlocuirea restaurării defecte. Una dintre provocările cele mai importante ale dinților anteriori este esteticul și dacă restaurația are marginile colorate sau/și este discromică, evidențiind un aspect neplăcut, va fi înlocuită. Fig.10.29 A

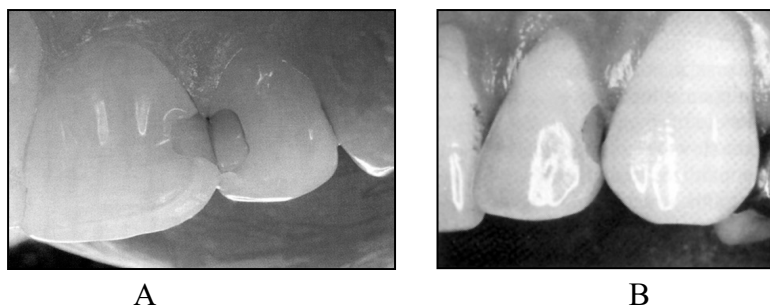


Fig. 10.29. Colorație inestetică extrinsecă a unei restaurații estetice
(Shugars DA și colab; 2006)

Colorația marginală care se dovedește a nu fi carie se poate corecta printr-o mică restaurație de reparație de-a lungul marginii. Dacă modificarea de culoare are o cauză extrinsecă și este superficială, se corectează prin degrosare, refinisare și reglazurare. Fig.10.29 B (Shugars DA; 2006)