

STAGIU NR.8

TRATAMENTUL CARIEI RADICULARE

STRATEGII TERAPEUTICE PREVENTIVE ȘI CHIMIOTERAPEUTICE

Odată ce s-a stabilit că pacientul prezintă un risc crescut de a dezvolta carii radiculare trebuie luat în considerare un protocol preventiv agresiv bazat pe patru strategii primare.

1. Îmbunătățirea ratei fluxului salivar și a capacității tampon.
2. Modularea biofilmului cariogenic din cavitatea bucală.
3. Reducerea cantității și a frecvenței ingestiei de carbohidrați rafinați
4. Remineralizarea leziunilor inițiale și prevenirea formării de noi leziuni carioase radiculare.

Studiile in vivo și in situ au demonstrat succesul în prevenirea și/sau stoparea cariilor radiculare, prin îndepărtarea plăcii, modificarea dietei și prin aplicații topice de fluor.

- **Remineralizarea.** Observațiile clinice sugerează faptul că leziunile carioase radiculare pot fi oprite în evoluție, prevenind terapia restaurativă. Remineralizarea leziunii carioase radiculare este posibilă, pentru că leziunea inițială este superficială și ușor de penetrat de către ioni și prin urmare fortifiată. Potențialul de remineralizare depinde de câțiva factori:
 - gradul de scleroză al tubulilor dentinari;
 - gradul infecției bacteriene;
 - gradul progresiei leziunii;
 - localizarea leziunii.
- S-a arătat că **îndepărtarea plăcii bacteriene** joacă un rol important în stoparea cariilor radiculare active. Studii in situ au confirmat că atât grosimea plăcii bacteriene, cât și răspunsul acidogenic la expunerea la zahăr se reduc semnificativ atunci când leziunile devin inactive. În tratarea cazurilor de carie radiculară se pot folosi, de asemenea, clătiri cu clorhexidină 0,12%. Clorhexidina folosită în tratamentul antimicrobian al gingivitei și bolii parodontale este foarte eficientă în eliminarea bacteriilor cariogene.

- **Aplicarea topică de fluor** este acceptabilă ca metodă chimioterapeutică adecvată în managementul cariei radiculare. Atât prin studii in situ, cât și prin studii clinice s-a demonstrat prevenirea/stoparea leziunilor suprafeței radiculare prin folosirea apei fluorizate, a gelurilor fluorurate, a apelor de gură, pastelor de dinți, lacurilor și gumelor de mestecat cu fluor.
- S-a demonstrat, de asemenea, efectul sinergic benefic al **radiației laser cu argon și al fluorofosfatului acidulat (APF)** – gel, asupra leziunii radiculare in vitro. Rămâne să se determine sistemul optim de eliberare a fluorului, pentru a asigura protecția împotriva cariei radiculare.
- Un număr mare de studii au arătat beneficiile înlocuitorilor dietetici pentru zahăr în gumele de mestecat. **Xilitolul** a fost investigat încă de la începutul anilor 70 și s-a dovedit un substituent alimentar sigur și eficient pentru om, aprobat de FDA în 1963 în scopuri speciale alimentare. Xilitolul nu este metabolizat de *S. mutans* și s-a arătat că are un efect anticariogenic, scade formarea plăcii, crește pH-ul plăcii și intensifică remineralizarea. Cercetări extinse în ultimii 25 de ani au demonstrat că un consum zilnic de 5-10 g xilitol sub formă de gumă poate scădea cu 30-85% caria dentară.
- **Fosfatul de calciu** a fost, de asemenea, utilizat ca o metodă de stopare a cariei radiculare și la orizont se prefigurează multe strategii preventive noi.

Model de tratament pentru pacienții cu risc la caria radiculară

Eliminarea infecției active

- pentru leziunile cavitare (fie coronare, fie radiculare) tratament restaurator
- sigilarea șanțurilor și fosetelor adânci și retentive

Aplicarea măsurilor profilactice:

1. educarea conștiinței pacientului în legătură cu eventualele probleme stomatologice;
2. în ceea ce privește dieta, se recomandă modificarea, dacă este cazul;
3. instructaj despre profilaxie și igienă orală (recomandarea periutelelor de dinți electrice și a dispozitivelor de irigare)

În cabinet:

- efectuarea terapiei parodontale, dacă este necesar
- evaluarea ratei fluxului salivar
- efectuarea de fluorizări în cabinetul stomatologic
 - geluri: 1,23% fosfat acid fluorurat sau 2% fluorură de sodiu neutră; 4 minute per ședință, patru aplicații la două – patru săptămâni
 - varnish-uri: Durafluor, Duraphat, Fluor Protector; se izolează fiecare cadran cu rulouri de vată, se aplică pe dinți, se repetă la 3 sau la 6 luni

La domiciliu:

- fluorizări la domiciliu: paste de dinți cu fluor, geluri, lavaje bucale (de preferat de cel puțin trei ori pe zi)
- gumă de mestecat cu Xilitol: a se mesteca două pastile timp de cinci minute de trei ori pe zi (preferabil cinci minute după fiecare masă)
- prescrierea de lavaje bucale antibacteriene (după ce s-au eliminat leziunile carioase active)
 - gluconat de clorhexidină (0,12%): clătiri cu o jumătate pahar de apă timp de 30 de secunde dimineața și seara timp de două săptămâni.

Reexaminarea după trei luni:

- aprecierea și reîntărirea măsurilor profilactice
- aprecierea gradului de sigilare
- efectuarea testului bacterian (testul pentru Streptococcus Mutans)
 - Dacă rezultatul este 0 sau 1 se continuă fluorizarea la domiciliu și revenirea la control peste trei luni;
 - Dacă rezultatul este 2 sau 3 se repetă întreg programul de prevenție;

Motive posibile de persistență a nivelului mare de microorganisme cariogenice:

- Pacientul consumă în continuare dietă bogată în carbohidrați rafinați
- Neefectuarea programului de către pacient
- Nedetectarea leziunilor carioase adânci și prezente în zone ascunse
- Inoculare posibilă de la o sursă exogenă (ex. partenerul de viață)

STRATEGII TERAPEUTICE RESTAURATOARE ALE CARIEI RADICULARE

Multe leziuni carioase radiculare *nu necesită tratament restaurator*.

- Leziunile accesibile, superficiale pot deveni necarioase și ușor de curățat cu instrumentar de mână, freze de finisat și/sau discuri de lustruit.
- Leziunile oprite în evoluție cu suprafață dură până la consistența pielii tăbăcite răspund deseori la tratamentul cu aplicații topice de fluor în combinație cu clătirile cu clorhexidină.

Atunci *când caria radiculară a progresat* astfel încât se impune restaurarea structurii pierdute, stomatologul se confruntă cu *dificultăți* care diferă considerabil de cele ridicate de multe leziuni coronare. Printre acestea ar fi:

- vizibilitatea redusă,
- accesul dificil,
- controlul fluidelor bucale,
- apropierea de pulpă și
- însăși natura substratului dentinar.

Acești factori tind să compromită restaurarea ideală, care ar trebui să conserve structurile dentare restante și să ofere o integritate pe termen lung a închiderii marginale.

În prezent, există un acord general în ceea ce privește faptul că, atunci când este posibil:

- sunt preferate materialele de restaurare adezive cu eliberare progresivă de fluor iar
- izolarea este cheia succesului pe termen lung în restaurările suprafeței radiculare. Imposibilitatea de a obține un câmp operator uscat, acces liber și vizibilitate adecvată duce frecvent la compromiterea restaurației. Utilizarea digii și a depărtătoarelor, a firului de retracție și/sau expunerea chirurgicală vor satisface, de obicei, criteriile necesare. Uneori, pentru a obține un rezultat satisfăcător, izolarea poate lua mai mult timp decât prepararea și restaurarea.

Designul preparației pentru leziuni cervicale și proprietățile materialelor dentare sunt descrise în celelalte capitole. Prepararea ar trebui să implice îndepărtarea structurilor dentare demineralizate, cu îndepărtare minimă de țesut sănătos, atât cât să asigure accesul și retenția.

Cimenturile ionomere de sticlă și restaurările directe de pe suprafața radiculară

Cimentul ionomer de sticlă modificat cu rășină (CISMR) este materialul de elecție pentru restaurarea majorității leziunilor carioase radiculare.

Acest material oferă adeziune chimică, eliberare de fluor pe termen lung și capacitatea de „reîncărcare” sau de absorbție de fluor când este expus unei surse externe (ex. aplicații topice, ape de gură) dar efectul anticarie este posibil numai în cazul în care pacienții reîncarcă materialul cu fluor prin periaj cu pastă de dinți conținând fluor sau utilizând alte produse care conțin fluor, de minim 3 ori/zi. Educarea pacienților în privința necesității expunerii la fluor de trei ori pe zi le poate oferi o motivație în plus pentru a se conforma.

Studiile clinice au demonstrat o longevitate de zece ani, cât și un succes rezonabil în cazul pacienților cu xerostomie.

Bibliografie

1. Graham J. M, Wyatt R. H, Hien C. N, Mark S. W. (ed) Preservation and Restoration of Tooth Structure, 3rd Edition. Wiley-Blackwell; 2016.
2. Fejerskov O, Nyvad B, Kidd EAM. (ed). Dental caries - The disease and its clinical management. 3rd Edition. Oxford: Wiley-Blackwell; 2015.
3. Hilton TJ, Ferracane JL, Broome JC. Summitt's Fundamentals of Operative Dentistry: A Contemporary Approach. 4th Edition. Quintessence Publishing Co Inc; 2013.
4. Kidd EAM, Fejerskov O. (ed) Essentials of Dental Caries. 4th Edition. Oxford University Press; 2016.
5. Ritter AV, Boushell LW, Walter R. (ed). Sturdevant's Art and science of Operative Dentistry. 7th ed. Mosby; 2018.