

Diagnosticul cariilor secundare marginale sau recurente

Prevalența mare a restaurărilor coronare și limitele materiale utilizate în a reface pe termen lung morfologia funcțională a dintelui, a făcut ca evaluarea calității restaurărilor și alegerea unor opțiuni terapeutice în cazul unor defecte marginale să reprezinte etape importante în terapia minim invazivă.

Caria secundară marginală este procesul carios ce apare pe coroana unui dinte obturat, la limita de contact dintre materialul obturat și marginea cavității și care are tendința de a evolua în profunzime provocând subminarea și fracturarea pereților cavității, iar în ultimă instanță afectarea pulpei dentare.

Recidiva de carie sau caria recurentă este procesul patologic carios care se dezvoltă sub obturații coronare aparent corect efectuate, care are tendința de a evolua spre camera pulpară provocând în final afectarea pulpei dentare sau spre suprafața dintelui producând fracturarea acestuia.

Majoritatea factorilor patogeni ai cariei secundare marginale și recidivei de carie sunt de natură iatrogenă și intervin în diverse etape ale tratamentului cariei simple sau a cavităților rezultate după tratamentul cariei complicate.

Pentru a ușura diagnosticul acestor leziuni trebuie să cunoaștem factorii etiologici care iau parte în producerea lor.

Factorii etiologici ai cariei secundare marginale la dinții vitali

1. Greșeli în prepararea cavităților

- Pentru cavități de clasa I:
 - Neîndepărtarea smalțului cretos sau pigmentat de la marginile cavității
 - Extindere preventivă neeficientă sau necorespunzătoare
- Pentru cavități de clasa a II-a:
 - Menținerea unor cuspidi subminați și necăptușiți cu ciment policarbosilat
 - Nereducerea din înălțime a pereților laterali de smalț subțiri (sub 2 mm grosime)
 - Neefectuarea bizotării în unghi de 20° a prismelor de smalț de șă nivelul pragului gingival

- Realizarea unui istm prea îngust, prea superficial sau omiterea bizotării muchiei pulpo-osiale
- La cavitățile de clasa a III-a, a IV-a, a V-a
 - Menținerea prismelor de smalț discromice, omiterea finisării conturului marginal

2. Greșeli în obturarea cavităților

- Prepararea incorectă a materialului de obturație
 - Înglobarea unei cantități insuficiente de pulbere de Ag sau a unei cantități prea mari
 - O malaxare a Hg cu pulberea de Ag insuficientă ca timp sau prea îndelungată
 - Utilizarea de materiale expirate

3. Tehnica incorectă de inserare în cavitate a materialului obturat

- Introducerea unei cantități insuficiente de material în cavități
- Condensarea insuficientă a materialului în cavitate
- Pana absentă sau aplicată necorespunzător ca poziție și dimensiune
- Neacoperirea materialului obturat pentru 24 ore cu un loc izolator

4. Modelarea și finisarea reconstrucțiilor

- Un modelaj incorect conceput sau efectuat cu un instrument neadecvat
- Finisarea amalgamului mai recentă de 24 de ore sau la turații mari și timp prelungit
- Neefectuarea finisării și lustruirii materialului obturat va crea retenții la suprafața obturației și la marginile ei

Factorii etiologici ai recidivei de carie

- Neîndepărtarea în întregime a dentinei afectate de pe pereții laterali ai cavităților sau de la nivelul joncțiunii smalț-dentină și de sub bolțile cuspidiene
- Neîndepărtarea dentinei infectate de pe pereții bazali

- Toaleta finală a cavității incolpletă
- Uscarea incorectă a cavității înainte de aplicarea materialului obturant

Din punct de vedere **subiectiv**, leziunea secundară inițială este nedureroasă și se descoperă cu ocazia examenului. În unele cazuri pacienții pot acuza dureri la excitanți fizici (rece) și la excitanții chimici (dulce).

În alte situații pacientul se adresează medicului din cauza modificărilor de culoare a obturației.

La nivelul grupului lateral pacientul acuză dureri la masticăție – sindromul de dinte fisurat în care smalțul de la nivelul cariei secundare se fisurează . Uneori fisura implică și dentina și în acest caz ea se poate releva cu ajutorul unui fascicol luminos puternic, fie prin colorarea cu fuxină bazică 1% în etilen glicol.

Din punct de vedere **obiectiv**, caria secundară marginală în formă de leziune incipientă se manifestă prin apariția la limita material obturant – țesut dur dentar a unei soluții de continuitate ce se evidențiază prin palpate cu sonda. Într-o formă mai avansată poate apare o pierdere de substanță dură importantă, cu depistarea la palpate.

Recidiva de carii, în forma sa inițială este oligosimptomatică sau asimptomatică și nu se poate diagnostica.

Simptomatologia subiectivă și obiectivă devine evidentă cand:

- Leziunea a evoluat spre acmera pulpară
- Leziunea a evoluat spre suprafața dintelui, producând modificări de culoare ale smalțului atât la limita smalț obturație cât și la distanță.

Diagnosticul devine evident în momentul în care se intervine, înlăturându-se obturația coronară și se evidențiază dentina cariată pe peretele pulpar sau lateral, sub obturație sau sub cea de bază.

La îndepărtarea dentinei alterate nu se mai expune dentina scleroasă, ci pulpa dentară și apare durere la palpate și hemoragie.

Tratament: pulpectomie vitală.

Probleme de diagnostic în caria secundară marginală sunt enorme și încercarea de a le soluționa este una dintre probleme mari ale stomatologiei preventive.

Articole recente au demonstrat faptul că stomatologii lasă în cavitați dentina cariata reziduală; ei au folosit un detector de carie (colorant) în cavități. Ei pretind că această colorare în roșu sporește recunoașterea vizuală a cariei prin colorarea dentinei demineralizate infectate care se va îndepărta.

Metode clinice de diagnostic

Ca și în cazul diagnosticării cariei primare, clinicianul are nevoie de lumină bună, dinți curați și uscați, ochi buni, palpare blândă și o Rx bună mușcată.

În 1985 Mjor susține că boala recurentă apare cel mai frecvent la nivelul marginilor cervicale și proximale.

O leziune nouă adiacentă restaurației se va evidenția clinic observându-se un aspect roz, gri sau maroniu al smalțului subminat de carie.

Colorația marginală a restaurațiilor compromise ridică probleme dificile de diagnostic; ea reprezintă o deteriorare marginală = carie.

Culoarea produșilor de eroziune din jurul restaurațiilor de amalgam pot crea probleme deoarece discromiile gri sau albaștrui pot indica o carie.

Palparea cu o sondă ascuțită poate cauza deteriorarea marginilor cavității sau ale obturației. De mare ajutor în depistarea cariei secundare cervicale este sonda curbă (sau sonda 9, 10 sau 17) ea folosindu-se cu mare grijă și fără forță.

Radiografia cu film mușcat (bite-wing) este foarte importantă, mai ales dacă leziunea este în dentină; din cauză că materialul de restaurație este radioopac, radiografia este de o valoare certă în detectarea cariilor proximale și ocluzale.

O decizie corectă se poate lua numai comparând datele clinice cu testele suplimentare, dintre care cele mai utilizate sunt:

- Transluminarea cu fibre optice (FOTI)
- Utilizarea coloranților pentru explorarea etanșezării obturației
 - Pentru dinții laterali: albastru de metilen, eozină
 - Pentru dinții frontali: fluoresceină
- Examenul Rx și radioviziografia
- Utilizarea firului interdental
- Testele de vitalitate și evaluarea statusului pulpar
- Evaluarea gradului de uzură

Bibliografie:

- 1. Gafar M., Iliescu A. – „Odontologie”, Ed. Medicală, București 1998*
- 2. S. Andrian, Șt. Lăcătuș – „Caria Dentară – Protocoale și tehnici”, Ed. Apolonia, Iași 1999*
- 3. S. Andrian – „Tratamentul Minim Invaziv al cariei dentare”, Ed. Princeps Edit, Iași 2002*