

Parodontopatiile

Parodontiul (amfodontiul) este un complex de tesuturi care are rolul de a fixa dintii in oasele maxilare.

Tesuturile componente sunt: gingia, cementul radicular, osul alveolar si ligamentele alveolo-dentare(desmodontiul).

Continutul spatiului periodontal

Suprafata laterala a radacinii dintelui acoperita de cement si suprafata cavitatii alveolare, delimiteaza un mic spatiu , in forma de clepsidra pe sectiune verticala, denumit spatiu periodontal sau alveolo-dentar.

Spatiu periodontal este ocupat de fascicolele ligamentare alveolo-dentare, alcatuind un adevarat ligament denumit desmodontiu. In spatiile rotunde sau ovalare dintre fibrele ligamentare se afla un tesut conjunctiv lax, care contine numeroase celule conjunctive, resturi de celule epiteliale si o bogata retea sangvina, limfatica si nervoasa, ligamentele realizeaza legatura dintre radacina dintelui si osul alveolar, totodata retea de fibre leaga dintele de sinergistii vecini si de gingia marginala.

Ligamentul alveolodentar are urmatoarele functii:

- Transforma fortele de presiune ocluzala in forte de tractiune asupra osului alveolar, dispersandu-le pe toata suprafata compactei alveolare interne.
- Fixeaza bine dintele in alveola.
- Mentine tesutul gingival strans aplicat in jurul coletului dintelui.
- Amortizeaza socul presiunilor ocluzale.
- Protejeaza vasele si nervii periodontali de strivirea lor de peretii alveolari, prin sistemele sale de suspendare si amortizare, actionand totodata ca si invelisuri moi protectoare.
- In cazul unor afectiuni generale sau in diferite abateri functionale , in osul alveolar si cementul radicular au loc procese degenerativ-atrofice, de aceste aspecte trebuie sa se tina seama in terapia restaurative.

In 1945, Academia Americana de Parodontologie, clasifica bolile parodontiului marginal in : inflamatiile care cuprind:-gingivitele

- parodontitele primare
- parodontitele secundare
- distrofii produse prin traumatism ocluzal
- atrofiile prin lipsa contactului ocluzal
- gingivoza si periodontoza

In 1996, FERMIN CARRANZA Jr. descrie urmatoarele forme de imbolnavire a parodontiului marginal: 1- Parodontita lent progresiva, cunoscuta si sub numele de parodontita cronica a adultului.

2-Parodontita rapid progresiva a adultului

3-Parodontita rapid progresiva precoce prezinta doua forme:

- a)-Parodontita prepubertala
- b)-Parodontita juvenila
- 4-Parodontita ulcero-necrotica
- 5-Parodontita refractara la tratament.
- Trauma ocluzala
- Atrofia parodontala
- Manifestarile parodontala ale unor boli generale

Pe baza acestor criterii, in *Catedra de Parodontologie Bucuresti*, clasificarea imbolnavirilor parodontiului marginal:

1. *Parodontita marginala cronica superficiala*:- Cu fenomene hiperplazica
- Pe fond de involutie precoce
2. *Parodontita marginala cronica profunda*:
 - A) la copii: a) prepubertara precoce
b) parodontita juvenila
 - B) la adult: a) parodontita marginala cronica profunda: localizata, extinsa, generalizata
b) parodontita marginala agresiva rapid progresiva
c) parodontita marginala profunda rebela la tratament
d) parodontita distrofica : parodontopatia marginala cronica mixta.

Circumstantele etiologice ale parodontopatiilor marginale cronice sunt locale si generale:

- A) Factori locali:
 - cauzali: placa bacteriana
 - favorizanti: tartrul dentar, trauma ocluzala, cariile dentare, edentatia, anomalile dento-maxilare, parafunctii, obiceiuri vicioase, factori iatrogeni, alti factora locali.
- B) Factori generali, sistemici.



Parodontopatiile marginale inflamatorii

Gingivitele: sunt procese inflamatorii localizate ale fibromucoasei gingivale, fara modificari la nivelul epiteliului de jonctiune si fara alveoliza. In toate formele de afectare gingivale, exista un grad de inflamatie, leziunea debuteaza printr-un proces inflamator, cu instalarea unei gingivite marginale , in special la nivelul papilelor interdentare. Marginal, gingia se tumefiaza, se produce largirea spatiului gingivo-dentar , unde se acumuleaza substante organice, bacterii, tartru, ce întretin inflamatia.



Inflamatiia desmodontiului

Se manifesta initial prin hiperemie, edem, infiltrat inflamator ce disociaza fasciculele ligamentare. Ulterior, fasciculele se necrozeaza si sunt substituite de tesut de granulatie. Tesutul de granulatie ocupa progresiv tot spatiul parodontal, aderă de cement si infiltreaza osul alveolar. Tesutul de granulatie este format din celule reziduale inflamatorii, histiocite, macrofage, fibroblasti, fibrocite, capilare de neformatie. Maturarea tesutului de granulatie determină formarea unei structuri fibroscleroase, cu retractia gingiei, ce are consecință descoperirea radacinii dintelui.

Parodontita marginala cronica superficiala

Este un proces inflamator cronic, limitat la nivelul paradontiului de invelis, caracterizat prin:

- prezenta ligamentelor supraalveolare
- insertia epiteliala supraligamentara
- prezenta tesutului de granulatie în ulceratia epiteliului santului gingival.
- Epiteliul prezinta la nivelul straturilor intermediare leziuni distrofice cu vacuolizare

si aspect balonizat, dar stratul bazal este indem , ceea ce indica reversibilitatea procesului si oportunitatea tratamentului prin îndepartarea factorilor de iritatie cronică. Insertia epiteliala prezinta tendinta la proliferare si un început de desprindere(dar situat deasupra ligamentelor supraalveolar). La nivelul epiteliului santului gingival apare o ulceratie , ce este înlocuită cu tesut de granulatie. In corion se constată prezenta unui infiltrat inflamator cronic limfocitar, plasmocitar, fibroblastic, histocitar difuz sau nodular si leziuni de endarterita, cu reducerea lumenului vascular. Ligamentele supraalveolare sunt disecate de un infiltrat inflamator difuz, cu aparitia de spatii edematoase intre fibre.

Parodontitele marginale cronice profunde:

Debuteaza insidios si se instaleaza fara o simptomatologie subiectiva suparatoare, motiv pentru care bolnavii nu se prezinta la consultatie , decat in stadiul avansat.

Semnele subiective

- senzatiile de tensiune gingivala
- pruritul gingival
- gingivoragia
- cacosmia bucala
- acuze fizionomice.

Semnele obiective

- modificarea culorii gingiei
- modificarea suprafeței epitelului gingival
- modificarea de formă și volum gingivale (papilită, edem, fibroză)
- modificarea adâncimii santului gingival
- modificarea poziției marginii gingivale, față de coletul anatomic al dinților
- prezența de factori iritativi (plăci bacteriene, tartru, detritusuri)
- mobilitate patologică a dinților cu vicierea implantării
- prezența de abcese gingivale, fistule, cicatrici.



Reprezintă procese inflamatorii care determină distrugerea țesuturilor de susținere ale dinților și se caracterizează prin:

- inflamația fibromucoasei;
- formarea de punji parodontale
- alterarea ligamentelor alveolodentare
- alveoliză
- alterări ale țesuturilor dentare - cementoliză
- mobilizare cu expulzia dintelui.

Gingia este violacee, retractată, papilele gingivale hipertrofice, desprinse de dinte iar deplasarea merge spre apex, depășind limita ligamentelor supraalveolare. Se produce distrugerea structurilor desmodontale, necroza cementului, rezorbția osului alveolar.

Epiteliul gingival prezintă zone descoamative, alternând cu zone ulcerate. Cu timpul se produce o altură a celulelor din stratul bazal, cu stergerea structurii papilare, ceea ce demonstrează o vitalitate scăzută.

Evoluția procesului inflamator de la parodontiu de înveliși (gingie) spre cel de susținere (desmodontiu) se face pe două căi:

- Pe cale desmodontală, prin distrugerea ligamentelor supraalveolare, cu migrarea inserției epiteliale, infiltrarea inflamatorie a desmodontului și invazia lui cu țesut de granulație.

-Pe cale vasculoosoasa, in care inflamatia progreseaza prin hiperemia vasculara si expansiunea tesutului de granulatie.

Formarea de pungi paradontale se datoreaza distrugerii ligamentelor supraalveolare, cu proliferarea spre profunzime a insertiei epiteliale insotita de tesutul de granulatie. Cementul se demineralizeaza initial , tardiv se necrozeaza (cementoliza). Osul alveolar este resorbit , datorita tesutului de granulatie.



Parodontita juvenilă(desmodontoza).

Este o leziune distructiva a desmodontiului ce afecteaza copii, adolescentii si tinerii intre 12 si 30 ani, cu evolutie rapida spre edentatie. Intereseaza incisivii si primii molari, in forma localizata, sau toti dintii, in forma generalizata.

Ligamentele se tumefiaza , se fragmenteaza si in final se necrozeaza. Necroza ligamentelor determina un proces reparator, prin aparitia tesutului de granulatie. Dupa expulzia dintelui , osul alveolar regenereaza , ceea ce dovedeste ca osteoliza este un proces secundar. Cauza acestei leziuni nu este inca elucidata. Studii recente converg spre un determinism bacterian din placa bacteriana si spre o perturbare a chimiotactismului neutrofilelor. Aceste bacterii ar produce o substanta , leucotoxina , ce distruge polimorfonuclearele neutrofile. Alte bacterii ar elabora factori care inhiba chimiotactismul polimorfonuclearelor neutrofile , reducand fagocitoza.

Parodontopatiile marginale degenerative(parodontozele)

Sunt parodontopatii cu modificari distrofice si degenerative, fara modificari inflamatorii, urmate de o retractie limitata sau generalizata a parodontiului marginal, fara formare de pungi. Procesul debuteaza la nivelul structurilor desmodontale prin leziuni degenerative, cu atrofie progresiva si interesara ulterioara a osului alveolar. Parodontoza se intalneste si la varsta tanara , cu modificari atrofice generalizate ale parodontiului marginal , in absenta disfuncției ocluzale . Are o cauza pur endogena si se manifesta prin leziuni atrofodistrofice, ca o reactie particulara a parodontiului la actiunea unor solicitari. *In parodontoza se descriu doua forme:*

-Parodontoza marginala-

-Prezinta reducerea de volum a parodontiului marginal prin atrofia orizontala a osului alveolar si retractie gingivala generalizata. Osul alveolar prezinta modificari de osteoporoza, cu rarefierea trabeculelor osoase, care prezinta imagini lacunare, maduva osoasa avand tendinta de fibrozare, acest proces se observa in senescenta, ca o involutie senila, sau la varsta tanara, ca urmare a predispozitiei locale a osului alveolar in declansarea acestui proces.

-Parodontoza desmodontala-

Prezinta fenomene degenerative primitive la nivelul ligamentelor desmodontale. Se constata reducerea numarului de fascicule, care isi pierde orientarea normala si sunt distribuite difuz. Lama dura alveolara are un aspect crenelat. Aceasta forma de parodontoza ar constitui un raspuns local in cadrul unor boli generale.

Parodontopatiile mixte(mixte si inflamatorii)

Reprezinta asocieri lezionale ce pot aparea ca atare de la debutul bolii sau sunt rezultatul suprapunerilor lezionale in cadrul unor pusee , reprezentand in acest caz leziuni de diferite varste, eventual sechele alaturi de procese evolutive. Prezenta unui proces inflamator supraadaugat celui distrofoatrofic parodontal face ca incadrarea acestei leziuni sa fie in parodontopatii mixte.

-Tratamentul trebuie sa fie:

- precoce, sansele de reusita sunt cele mai bune.
- sustinut de proceduri menite sa conduca spre procesul de ameliorare, spre vindecare.
- simpla indepartare a factorilor locali nu este suficienta,
- sustinut si completat prin suprimarea microulceratiilor peretelui moale al santului gingival si de proceduri de biostimulare.
- complex prin proceduri multiple de ordini
 - medicamentos (antibiotic si antiinflamator)
 - chirurgical
 - de restaurare a morfologiei dintilor si arcadelor
 - de echilibrare a ocluziei
- cu atat mai diversificat , cu cât boala prezinta un grad mai avansat in evolutie.
- individualizat, este principala conditie de succes, spre ameliorare, spre vindecare.
- Tratamentul bolii parodontale trebuie sa tina seama si de starea generala a bolnavului parodontopat, tratamentul poate fi atat local cat si general.

Bibliografie-

- ANDREESCU C., ILIESCU A.- Compozitia si structura dintelui. Ed. Cerma, Bucuresti, 1992.
- V. RANGA., I.TEODORESCU EXARCU - Anatomia si Fiziologia Omului. Editura Medicala-Bucuresti-1970
- GROSU L., PRELIPCEANU FELICIA- Biosistemul orofacial. Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1983
- GROZA P.-Fiziologia umana, ed. A III-a. Ed. Medicala, Bucuresti, 1980.
- BURLIBASA C.- Chirurgie orala si maxilo faciala. Vol. I. Ed. Medicala, 1995.
- BRATU D.- Dintii umani permanenti. Ed. Signata, Timisoara, 1991.
- BOBOC GH.-Aparatul dento-maxilar. Formare si dezvoltare. Ed. Medicala, Bucuresti, 1979.
- STEFANIA C., MARIA F., MIHAI C.,- Cavitatea Orala. morfologia normala si patologica Ed. Med. Buc. 1999.
- V. SEVERINEANU.- Odontologie si Parodontologie. Ed. Didactica si Pedagogica., Bucuresti-1977.