

Dr. M. Paul Renner

Paul a absolvit Universitatea din Queensland în 1981. A lucrat mai întâi în serviciul de stat și apoi, din 1991 încoace în privat în Dalby, Queensland. În ultimii 15 ani, Paul a lucrat, cu jumătate de normă, ca supraveghetor clinic la Universitatea din Queensland, supraveghind studenții din anul terminal. În plus, este în prezent Lector Asociat la Universitate.

Paul a fost activ în Asociația Stomatologică Australiană Queensland, unde a fost președinte timp de două mandate și a primit calitatea de membru pe viață.

De când a început să trateze dinții cariati simptomatici folosind terapia pulpară vitală, în urmă cu opt ani, acest tratament a devenit parte din ce în ce mai importantă a practicii lui Paul. Din cauza imposibilității multor pacienți de a-și permite un tratament de canal și o restaurare indirectă pe dinte respectiv, Paul a putut salva mulți dinți de la extracție folosind această abordare. În afară de terapia pulpară vitală, celelalte zone de interes ale lui sunt diagnosticul și tratamentul dinților cu fisuri și fotografia dentară.



Biodentine™ în în procedura Bio-Bulk Fill ca material pentru restaurarea indirectă



De cât timp folosești Biodentine™?

Am trecut de la MTA la Biodentine™ acum cinci ani.



De ce utilizezi procedura Bio-Bulk Fill cu Biodentine™? Care sunt principalele avantaje pentru tine?

În primul rând, dacă am suficient timp pentru programare, pot aștepta ca Biodentine™ să facă priză (12 minute) și apoi să finalizez restaurarea definitivă fără teama de a deteriora Biodentine™. În al doilea rând, cum este cazul de cele mai multe ori, dacă nu

am timp suficient și nu pot să aștept priza materialului și apoi să finalizez restaurarea, pot pur și simplu să umplu complet cavitatea cu Biodentine™, să aștept să facă priză (12 minute), și să reprognez pacientul pentru o dată ulterioară când voi reduce din Biodentine™ și o voi acoperi cu restaurarea finală. Deseori folosesc această procedură pentru a acorda timp pentru ca Biodentine™ să aibă efect asupra țesutului pulpar, fie că este vorba de o pulpotomie, o cavitate profundă sau o fisură simptomatică, înainte de a realiza restaurarea finală, mai ales dacă este planificată o restaurare indirectă.

Rezumat

Introducere

Dinți cu fisuri care prezintă simptome de pulpită moderată până la severă cu istoric de tratament prin pulpectomie, tratament de canal, iar apoi restaurare indirectă cu acoperire totală. Cu succesul pulpotomiilor folosind cimenturi de silicat de calciu, mulți dintre acești dinți au reușit să-și păstreze vitalitatea și, fără îndoială a crescut longevitatea acestora.

Metode

A fost efectuată o pulpotomie completă pe dintele 26 folosind Biodentine™ cu procedura Bio-Bulk Fill, cu o restaurare definitivă a dentinei și temporară a smalțului pentru a acorda timp pentru evaluarea succesului terapiei pulpare vitale. Biodentine™ a acționat apoi ca nucleu pentru restaurarea indirectă.

Discuție

Numeroase studii au demonstrat că rata de succes a pulpotomiilor parțiale și totale este 75-100%.^(2,3) A fost susținută ca fiind opțiunea preferată pentru tratarea dinților cu simptome descrise ca pulpită ireversibilă.^(4,5)

Deși există puține date publicate despre realizarea pulpotomiei pe dinții fisurați, experiența mea profesională a arătat că aceasta este o opțiune de tratament viabilă pentru acești dinți simptomatici.

Concluzie

Pulpotomia totală cu restaurarea indirectă cu o acoperire completă este o opțiune de tratament viabilă pentru dinții fisurați cu simptome de pulpită moderată până la pulpită severă.

Introducere

Dinții simptomatici care au fisuri sunt una din situațiile mai dificile pentru care trebuie planificat tratamentul. Au fost publicate multe articole în ceea ce privește acești dinți și, din păcate, nu există un consens cu privire la cel mai bun tratament.

Din experiența mea, cel mai bine este să tratezi acești dinți conservator, deoarece acest lucru permite opțiuni suplimentare de tratament dacă tratamentul conservator eșuează.

Raport de caz

Semne și simptome clinice

În 2018, un pacient de 59 de ani s-a prezentat cu o durere vagă în zona din stânga sus. A avut dificultăți în localizarea dintelui dureros, dar totuși credea că este unul dintre ultimii doi dinți (dintele 26 sau 27).

Niciun dinte nu era sensibil la percuție. Dintele 26 a reacționat puternic la testul la rece, în timp ce ceilalți dinți au reacționat normal. Dintele 26 a răspuns pozitiv la mușcătura pe un tifon umed, dar senzația nu a persistat. Ambii dinți 27 și 25 au fost negativi la testul de mușcătură. Restaurarea de compozit de pe dintele 26 a fost îndepărtată după ce a fost aplicată diga dentară și au putut fi

observate linii de fisuri sub restaurare (Fig. 1), cu cea mai evidentă fiind dinspre oral înspre centrul dintelui, iar alta din mezio-vestibular spre centru. O serie de alte fisuri minore erau vizibile, inclusiv una care trecea pe sub cuspidii vestibulari (Fig. 1).



Fig. 1. Fisuri în 2018.

Aceste linii de fisuri au fost discutate cu pacientul și i s-a oferit opțiunea de restaurare directă a dintelui cu compozit sau restaurare indirectă cu o acoperire completă. Pacientul a ales restaurarea directă așa că a fost aplicat compozit în programarea respectivă.

Pacientul s-a întors anual pentru examinare și a raportat că dintele este asimptomatic.

În 2024, pacientul s-a prezentat din nou cu durere la dintele 26. A raportat că dintele era foarte sensibil la rece, durerea persistând mai multe minute. El a mai raportat că uneori durerea apare spontan. La examinare, dintele a reacționat foarte puternic la rece și a durat aproape un minut. Dintele a fost de asemenea, ușor sensibil la percuție. Radiografia periapicală (Fig. 3) nu a evidențiat nicio parodontită apicală, dar camera pulpară era redusă în dimensiune în comparație cu radiografia anterioară bite-wing.

Diagnostic

Având în vedere istoricul de fisuri vizibile și simptomele actuale de pulpită moderată până la severă, după ce s-a discutat cu pacientul, a fost luată o decizie: deschiderea camerei pulpare pentru evaluarea pulpei și a adâncimii fisurilor. Planul era să se efectueze o pulpotomie completă sau, dacă nu există țesut pulpar viabil prezent, să se extirpe pulpa.

Procedura și tratamentul

Folosind anestezic local și izolarea cu diga, a fost făcut accesul prin restaurarea de compozit. Fisurile erau vizibile și au părut similare cu cele din imaginea din 2018 (Fig. 4). Tavanul camerei pulpare a fost îndepărtat și a fost găsit țesut vital, care nu părea a fi puternic inflammat (Fig. 5). A fost găsit și un pulpolit (Fig. 6). Îndepărtarea acestui țesut pulpar sângerând a evidențiat deschiderea canalelor radiculare. O buletă de bumbac, înmuiată în NaOCl, a fost aplicată pe țesutul pulpar la deschiderea canalului radicular și după cinci minute sângerarea s-a oprit (Fig. 7 și 8).

Deoarece planul era de a realiza o restaurare indirectă a dintelui cu acoperire completă, întreaga cavitate pulpară a fost umplută cu Biodentine™ cu procedura Bio-Bulk Fill. (Fig. 9)

Pacientul a revenit după douăsprezece săptămâni și a raportat că dintele a fost asimptomatic (Fig. 10). În această ședință, s-a preparat dintele pentru o coroană $\frac{3}{4}$ (Fig. 11). Biodentine™ a fost lăsată in situ și îndepărtată o porțiune din restaurare. S-a realizat o amprentă și apoi o coroană temporară BIS-Acrylic cimentată cu ciment provizoriu (Fig. 12).

Trei săptămâni mai târziu, o coroană monolitică din zirconiu (Fig. 13) a fost cimentată pe dinte (Fig. 14). Dintele va fi monitorizat și va fi făcută o radiografie la fiecare șase luni.



Fig. 2. Restaurarea din compozit (pre-operator), 2024.

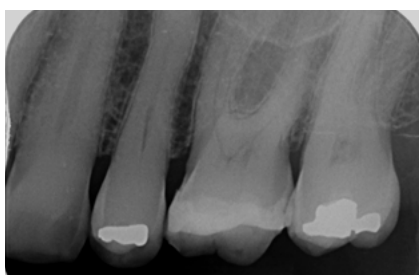


Fig. 3. Radiografia periapicală.



Fig. 4. Acces inițial care arată existența fisurilor.



Fig. 5. Expunerea inițială a camerei pulpare prezentând o ușoară sângerare și un pulpolit.



Fig. 6. Pulpolitul îndepărtat.



Fig. 7. Deschiderea orificiilor vestibulare și țesutul vital după oprirea sângerării.



Fig. 8. Deschiderea orificiului palatinal și țesutul vital după oprirea sângerării.



Fig. 9. Cavitatea umplută cu Biodentine™.



Fig. 10. Dintele 26 după 12 săptămâni.



Fig. 11. Prepararea pentru coroana 3/4.



Fig. 12. Coroană acrilică, înainte de restaurarea finală.



Fig. 13. Coroană 3/4 din zirconiu monolit.



Fig. 14. Coroana zirconiu monolit 3/4 cimentată.

Discuție

Acest caz evidențiază o serie de elemente ale pulpotomiilor la dinții cu fisuri. În primul rând, mulți dinți cu fisuri adânci au o pulpă ușoară de mult timp, la care pulpa a răspuns producând dentină reparatoare care apare adesea în forma unei calcifieri pulpare. Medicul trebuie să fie mereu atent când realizează terapia pulpară vitală pe acești dinți deoarece este adesea dificil de diferențiat calcifierea pulpară de podeaua camerei pulpare.

Orice calcifieri ale pulpei trebuie îndepărtate înainte de a evalua starea țesutului pulpar radicular.

În al doilea rând, la dinții care prezintă simptome pulpare dobândite în urma fisurilor, cel mai bine este să se realizeze o pulpotomie coronară. Acest lucru permite examinarea podelei camerei pulpare pentru orice extindere a fisurii pe podea, ceea ce ar reduce foarte mult prognosticul pentru dintele respectiv.

Concluzie

Capacitatea de a utiliza Biodentine™ prin procedura Bio-Bulk are o serie de avantaje în cazurile ca cel prezentat mai sus. Programarea inițială pentru terapia pulpară vitală poate fi scurtată prin umplerea completă a cavității folosind Biodentine™ ca dentină definitivă de înlocuire și ca o înlocuire temporară a smalțului.

Faptul că materialul poate fi lăsat până la maxim șase luni, oferă timp pentru a evalua succesul procedurii înainte de aplicarea unei restaurări indirecte finale. Rezistența Biodentine™ înseamnă că nu există nicio cerință de a aplica un material separat.

Mulțumiri

Aș dori să le mulțumesc asistentelor mele stomatologice, doamnei Ellen Gordon și doamnei Julie Schefe, pentru ajutorul oferit cu procedurile și fotografiile.

Referințe

1. Wei Shang ,1 Zeliang Zhang,1 Xicong Zhao,1 Qingquan Dong,2 Gerhard Schmalz ,3 and Shaonan Hu 2 The Understanding of Vital Pulp Therapy in Permanent Teeth: A New Perspective. BioMed Research International, 2022, 1–11. <https://doi.org/10.1155/2022/8788358>.
2. McHugh, H.; Wright, P.P.; Peters, C.I.; Peters, O.A. Diagnostic and Prognostic Predictors for the Success of Pulpotomy in Permanent Mature Posterior Teeth with Moderate to Severe Pulpitis: A Scoping Review. Oral 2023, 3, 545–571. <https://doi.org/10.3390/oral3040045>.
3. Al-Ali M. and Camilleri J. (2022) The scientific management of deep carious lesions in vital teeth using contemporary materials—A narrative review. Front. Dent. Med 3:1048137. doi: 10.3389/fdmed.2022.1048137.
4. https://www.aae.org/wp-content/uploads/2021/05/VitalPulpTherapyPositionStatement_v2.pdf.
5. European Society of Endodontology (ESE) developed by: Duncan HF, Galler KM, Tomson PL, Simon S, ElKarim I, Kundzina R, Krastl G, Dammaschke T, Fransson H, Markvart M, Zehnder M., Bjørndal L. European Society of Endodontology position statement: Management of deep caries and the exposed pulp. International Endodontic Journal, 52, 923–934, 2019.

Septodont

58 rue du Pont de Créteil - 94100 Saint-Maur-des-Fossés - France

www.septodont.ro

Urmăriți-ne pe canalele de socializare:

