

ASPECTE CLINICE ȘI TERAPEUTICE ÎN ESTETICA DENTARĂ

PARTEA 1

**Conf. Univ. Dr. Cornelia Bicleșanu, Prof. Univ. Dr. Valeriu Cherlea,
Asist. Univ. Dr. Ana Maria Pangică**
UTM – București – Facultatea de Medicină Dentară

REZUMAT

Discromiile dentare, a căror incidență este ridicată, constituie o entitate clinică bine definită, produsă de o multitudine de factori. Scopul acestui studiu este de a evidenția etiologia plurifactorială implicată în inițierea acestei patologii, prin corelarea cu aspectul clinic pentru a putea aplica soluția terapeutică optimă.

Material și metodă. Studiul s-a efectuat pe un număr de 520 de pacienți care s-au prezentat în regim de „primă solicitare”. Dintre aceștia 380 de pacienți (206 de sex feminin, 174 de sex masculin), au prezentat discromii dentare, motivul prezentării fiind durerea sau afectarea fizionomiei.

Discromiile dentare situate pe o porțiune limitată sau pe toată suprafața dentară, în special la nivelul dinților anteriori, au efecte estetice neplăcute asupra dinților și surâsului. Durerea și discromiile dentare poate fi rezultatul unor carii dentare, restaurări dentare profunde, defecte severe dezvoltate la nivelul smalțului sau dentinei sau traumatismelor dentare care se însoțesc de necroză pulpară.

Rezultate și discuții. Observațiile cu privire la factorii etiologici identificați (factori extrinseci: placa bacteriană și tartrul, alimente sau băuturi, nicotina, bacterii cromogene, medicație topică, sau factori intrinseci: materiale dentare de restaurare, carii dentare, traumatisme care produc necroza pulpei dentare, medicamente administrate, boli ereditare și genetice) și relația dintre aceștia și discromiile dentare diagnosticate sunt concordante cu datele existente în literatura de specialitate.

În concluzie se poate aprecia că este important să se cunoască fiziopatologia și etiologia discromiilor dentare pentru a se putea preveni apariția lor, dar și pentru a se stabili mijloacele de tratament adecvate.

Cuvinte cheie: discromii intrinseci, discromii extrinseci, fizionomie, durere

ABSTRACT

TOOTH DISCOLORATION CAUSES

Tooth discoloration is a very frequent and well defined clinical entity caused by many different factors.

The purpose of this study is to describe this multifactor causes by correlation with the clinical aspect.

Method and materials

The study was conducted on 520 patients which came to the Dental Faculty's Odontology Clinic. Out of which 380 patients presented tooth discoloration and this patient came to the doctor for aesthetics problems caused by more or less sever forms of tooth discoloration or for pain. Tooth discoloration on a limited surface or on the entire dental surface, especially on the back teeth have unpleasant esthetic effects. Pain and tooth discoloration may be the result of cavities, of deep dental restaurations, of severe flows on the enamel or dentin or dental traumas accompanied by pulp necrosis.

Results and discussions

The observations regarding the identified etiological factors (extrinsic factors: dental plaque and calculus, food or beverages, nicotin, chromogen bacterias, topic medication or intrinsic factors: dental restaurating materials, dental cavities, traumas causing dental pulp necrosis, medication, ereditary and genetic diseases) and the relation between these and the diagnosed teeth discoloration are in accordance with the scientific literature data.

Finally we can conclude that it is important to study the physiopathology and etiology of this teeth discoloration in order to be able to prevent them and also to be able to establish the proper treatment.

Keywords: intrinsic discoloration, extrinsic discoloration, aesthetic, pain.

INTRODUCERE

Zâmbetul este rezultatul unui complex de procese neurologice, musculare, senzoriale și psihologice. Deoarece un zâmbet este universal înțeles, un zâmbet neatractiv, determinat de discolorații, poate avea implicații clinice, psihologice și sociale negative.

Discromia dentară este datorată unor cauze locale și sistemice multiple, clasificate în cauze extrinseci și intrinseci. Factorii care predispun la colorații extrinseci sunt defecte ale smalțului, disfuncția salivară și o igienă orală deficitară. Fosele, fisurile și defectele microscopice de pe suprafața smalțului sunt susceptibile la acumularea colorațiilor produse de alimente, băuturi, nicotină și alți

agenți locali. Deoarece saliva joacă un rol important în îndepărtarea detritusului alimentar și a plăcii bacteriene de la nivelul suprafețelor externe și interproximale ale dinților, o reducere a fluxului salivar contribuie la apariția discolorațiilor extrinseci.

Colorațiile intrinseci sunt datorate materialelor dentare (restaurări dentare), cariile dentare, traumatisme, infecții, deficiențe de nutriție și alte tulburări (complicații ale sarcinii, anemia și discraziile sanguine, defecțiuni ale ductului biliar), precum și boli ereditare și genetice (acestea afectează dezvoltarea și maturarea dinților).

MATERIAL ȘI METODĂ

- Lotul cercetat cuprinde 520 pacienți, de ambele sexe, cu vârste cuprinse între 14-66 de ani care s-au prezentat în regim de „primă solicitare” în Clinica de odontologie.

- Dintre aceștia 380 de pacienți (206 sex feminin, 174 sex masculin), au prezentat discromii dentare, restul au avut alte motive de prezentare.

- Din lotul de pacienți cu discromii dentare, 260 pacienți s-au prezentat pentru rezolvarea unor afecțiuni fizionomice, iar 120 pacienți pentru durere. Această patologie a fost determinată de forme ușoare până la grave de discromii dentare.

- Pentru fiecare pacient participant la studiu s-a completat o fișă individualizată de consultație și tratament în care s-au menționat date personale, motivul prezentării, istoricul bolii, antecedente heredo-colaterale și personale, istoricul social și al dietei, diagnosticul și planul de tratament corect. Pentru fiecare caz în parte s-a stabilit categoria în care se poate încadra discromia dentară, prin coroborarea mai multor factori, pentru a putea stabili un diagnostic corect.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Lotul de pacienți cu discromii dentare reprezintă un procent de 73% din lotul în totalitate (fig. 1).

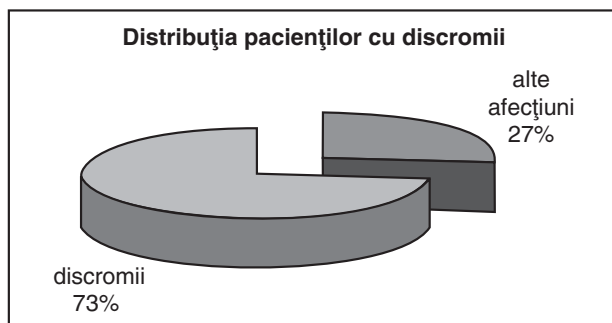


Figura 1.

Distribuția discromiilor dentare în lotul în totalitate

Lotul în totalitate cu discromii, dar și cele 2 loturi separate prin motivul prezentării, au fost împărțite pe categorii de vârstă și sex astfel: (Tabel 1, 2, 3):

Tabelul 1.

Distribuția pe sexe după grupe de vârstă a lotului în totalitate

Categoria de vârstă	Lotul în totalitate		
	Număr total de pacienți	Sex feminin	Sex masculin
14 – 26 ani	61	27	34
26 – 46 ani	191	102	89
46 – 66 ani	128	77	51
Total	380	206	174

Tabelul 2.

Distribuția pe sexe după grupe de vârstă a lotului care s-a prezentat pentru probleme fizionomice

Categoria de vârstă	Număr total de pacienți	Sex feminin	Sex masculin
14 – 26 ani	91	52	39
26 – 46 ani	110	78	32
46 – 66 ani	59	34	25
Total	260	164	96

Tabelul 3.

Distribuția pe sexe după grupe de vârstă a lotului care s-a prezentat pentru durere

Categoria de vârstă	Număr total de pacienți	Sex feminin	Sex masculin
14 – 26 ani	38	22	16
26 – 46 ani	59	37	22
46 – 66 ani	23	12	11
Total	120	71	49

Distribuția pe sexe după grupe de vârstă a lotului care s-a prezentat pentru durere:

- Din totalul de 380 de pacienți, 260 s-au prezentat pentru probleme fizionomice și 120 pentru durere, reprezentând un procent de 32% (fig. 2).

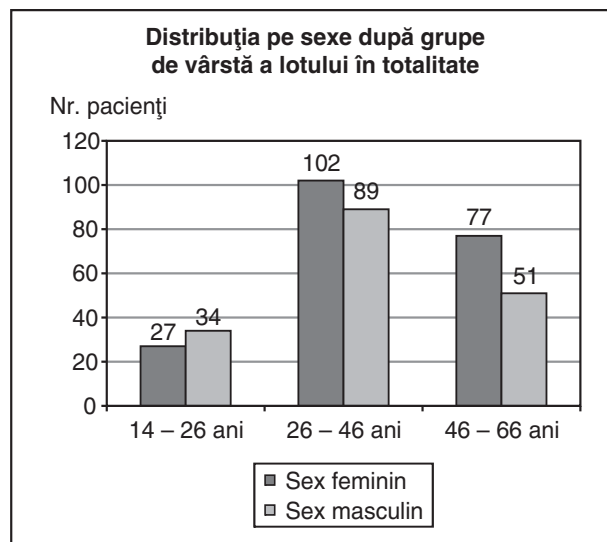


Figura 2

- Din totalul de 260 de pacienți care s-au prezentat pentru probleme fizionomice 164 au fost de sex feminin, reprezentând un procent de 63%, iar 96 de sex masculin, reprezentând un procent de 37% (fig. 3).

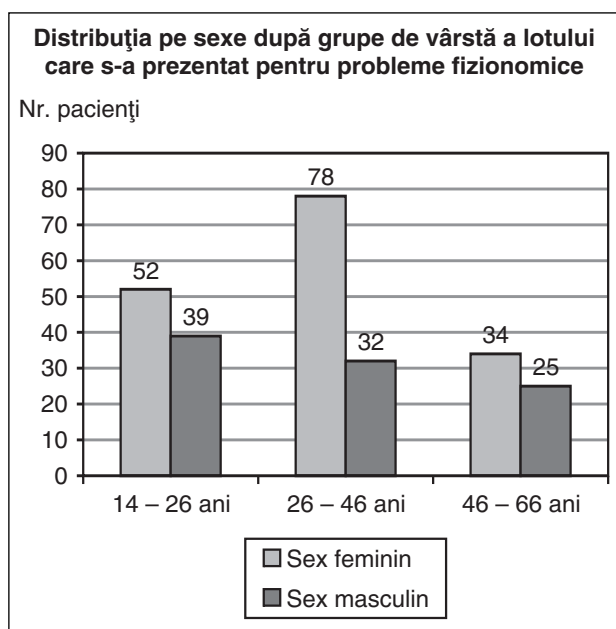


Figura 3

- Din totalul de 120 de pacienți care s-au prezentat pentru durere, 71 au fost de sex feminin, reprezentând un procent de 59%, iar 49 de sex masculin, reprezentând un procent de 41%. (fig. 4)

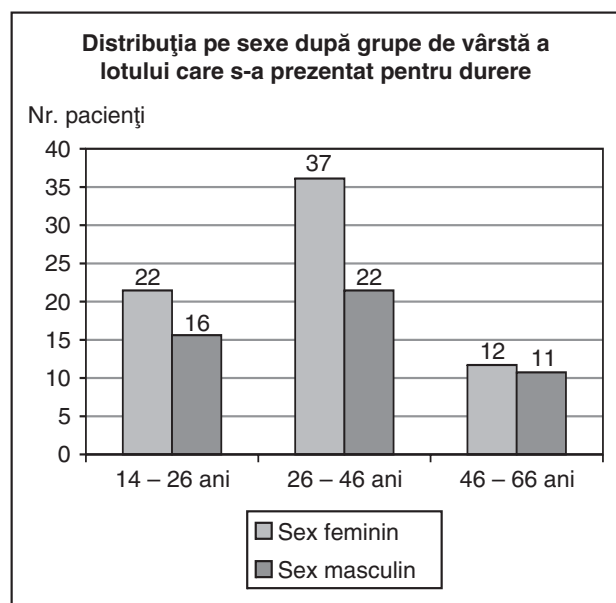


Figura 4

- Din punct de vedere al mediului de rezidență s-a constatat predominanța discromiilor dentare la pacienții din mediul urban, datorită nivelului ridicat de civilizație care determină obiceiurile alimentare și de igienă, precum și adresabilității mai reduse a pacienților din mediul rural, în special pentru probleme de fizionomie (Tabel 4).

Tabelul 4.

Distribuția după mediul de rezidență a lotului în totalitate

Categoria de vârstă	Număr total de pacienți	Mediu urban	Mediu rural
14 – 26 ani	61	55	6
26 – 46 ani	191	106	85
46 – 66 ani	128	89	39
Total	380	250	130

Din punct de vedere al factorilor etiologici care au contribuit la apariția discolorațiilor dentare s-a constatat că nu există diferențe majore între cele 2 categorii de factori intrinseci sau extrinseci (Tabel 5).

Tabelul 5.

Distribuția după factorii etiologici a lotului în totalitate

Categoria de vârstă	Număr total de pacienți	Factori extrinseci	Factori intrinseci
14 – 26 ani	61	30	31
26 – 46 ani	191	97	94
46 – 66 ani	128	55	73
Total	380	182	198

Nathoo clasifică discromiile dentare extrinseci în trei tipuri:

Tip N1 produse de alimente (ceai, cafea, vin), bacterii cromogene (Actinomyces, Penicillium, Aspergillus, Serratia marcescens, Flavobacterium lutescens) prin legare directă a materialului cromogen pe suprafața dentară;

Tipul N2 care sunt reprezentate de colorațiile alimentare tip N1 de intensitate crescută a nuanței produsă în timp;

Tipul N3 produse de alimente bogate în hidrocarbonate (mere, cartofi), fluorură de staniu, clorhexidină printr-o reacție chimică ce produce discromia.

Cele mai frecvente colorații dentare extrinseci au fost produse de prezența plăcii bacteriene, a tartrului precum și de particularități alimentare și nicotină (Tabel 6).

Tabelul 6.

Distribuția după factorii etiologici extrinseci a lotului în totalitate

Categoria de vârstă	Placa bacteriană, tartru	Alimente, băuturi	Nicotina	Bacterii cromogene	Medicație topică
14 – 26 ani	16	14	20	5	6
26 – 46 ani	89	12	48	3	39
46 – 66 ani	62	7	48	0	11
Total	167	96	116	8	56

Cele mai frecvente colorații dentare intrinseci au fost produse de procesele carioase simple, dar și complicate (post tratament endodontic sau necroze pulpare) (Tabel 7).

Distribuția discromiilor dentare după sexe și după factorii etiologici extrinseci a lotului în totalitate a arătat o prevalență crescută a discromiilor produse prin igiena orală precară sau nicotină la sexul feminin, dar aceasta poate fi determinată și de numărul mai mare al lor în lotul cercetat.

Distribuția discromiilor dentare după sexe și după factorii etiologici intrinseci a lotului în totalitate a arătat o prevalență crescută a discromiilor produse de carii simple și carii complicate și restaurări dentare, urmate de fracturile dentare, medicație (fluoroza, tetraciclina) și tulburări genetice (amelogeneza imperfectă, dentinogeneza imperfectă, displazia dentinară)

Din punct de vedere al aspectului clinic discromiile dentare apar în culori ca brun, negru, gri, verde, oranj și galben, cu prezența uneori a unui luciu metalic. Din punct de vedere al distribuției, discromiile intrinseci pot fi localizate, regionale sau generalizate, iar discromiile extrinseci, de regulă, sunt localizate la anumiți dinți sau suprafețe.

Discromiile dentare extrinseci se prezintă clinic sub următoarea paletă coloristică:

1. Colorația brună:
 - Nicotina
 - placa bacteriană

- ceai, cafea, vin și alte băuturi
- anumite alimente
- metale
- iod
- soluție cu clorhexidină
- soluții cu clorură de cetilpiridinium, florură de staniu (ape de gură)

2. Colorația neagră

- nicotina
- bacteriile cromogene
- metale (Fe, Ag)

3. Colorația verde:

- bacterii cromogene
- ceai
- metale (Cu, Ni)

4. Colorația oranj

- bacterii cromogene
- metale (vapori de acid cromic)

Cauzele discolorațiilor intrinseci localizate (1 sau 2 dinți vecini)

1. Colorația albă

- traumatisme ușoare ale dinților în timpul formării smalțului (dentiția permanentă),
- infecții periapicale la dinții temporari
- traumatisme ale dentiției temporare, carii incipiente (la dinții temporari sau permanenți) spot with,

2. Colorația galbenă

- traumatisme moderate ale dinților în timpul formării smalțului (dentiția permanentă),

Tabelul 7.

Distribuția după factorii etiologici intrinseci a lotului în totalitate

Categoria de vârstă	Restaurări dentare	Carii simple și carii complicate	Fracturi dentare	Medicația	Tulburări genetice
14 – 26 ani	22	31	2	5	1
26 – 46 ani	79	82	25	1	2
46 – 66 ani	57	67	4	0	0
Total	158	180	31	6	3

Tabelul 8.

Distribuția după sexe și după factorii etiologici extrinseci a lotului în totalitate

Categoria de sexe	Placa bacteriană, tartru	Alimente, băuturi	Nicotina	Bacterii cromogene	Medicație topică
Sex feminin	98	25	71	2	10
Sex masculin	67	19	80	1	7
Total	165	44	151	3	17

Tabelul 9.

Distribuția după sexe și după factorii etiologici intrinseci a lotului în totalitate

Categoria de sexe	Restaurări dentare	Carii simple și carii complicate	Fracturi dentare	Medicația	Tulburări genetice
Sex feminin	65	93	21	19	8
Sex masculin	51	95	18	7	3
Total	116	188	39	26	11

- infecții periapicale la dinții temporari
 - traumatisme la dentiția temporară
 - traumatisme fără hemoragii
 - restaurări cu compozite, acrilat
 - carii active
 - abrazia dentară localizată
3. Colorația brună
- traumatisme severe ale dinților în timpul formării smalțului (dentiția permanentă)
 - infecții periapicale ale dentiției temporare
 - traumatisme ale dinților temporari
 - restaurări cu compozite, acrilat
 - carii (active sau remineralizate)
 - traumatisme pulpare însoțite de hemoragii
4. Colorația albastră, gri sau neagră
- restaurări cu amalgam sau rășini acrilice
 - marginea de metal a coroanelor mixte metalo-ceramice
 - traumatism pulpar cu hemoragie

Cauzele intrinseci pentru colorații regionale (la nivelul unui grup de dinți)

1. Colorația albă
- infecții ale mamei sau copilului în timpul formării smalțului
 - traumatisme la nivelul unui grup de dinți în timpul formării smalțului
 - forma ușoară de fluoroză
 - deficiențe de nutriție
2. Colorația galbenă
- infecții ale mamei sau în copilărie în timpul formării smalțului
 - forma moderată de fluoroză
 - traumatisme la nivelul unui grup de dinți în timpul formării smalțului
 - deficiențe de nutriție
 - epidermoliza buloasă
 - abrazia sau eroziunea dentară regională
 - boli care determină hiperbilirubinemie
3. Colorația brună
- infecții ale mamei sau în copilărie în timpul formării smalțului
 - fluoroză severă
 - traumatisme la nivelul unui grup de dinți în timpul formării smalțului
4. Colorația albastră, gri sau neagră
- tratamente cu tetraciclină

5. Colorația verde
- boli care determină hiperbilirubinemie

Cauze intrinseci pentru colorații generalizate (implică dentiția permanentă și sau temporară)

1. Colorația albă (alb opac)
- forma ușoară de fluoroză
 - amelogeneza imperfectă
2. Colorația galbenă
- forma moderată de fluoroză
 - amelogeneza imperfectă, dentinogeneza imperfectă, displazia dentară
 - epidermoliza buloasă
 - boli cauzatoare de hiperbilirubinemie
 - boli hemolitice
 - leziuni necarioase generalizate
3. Colorația brună
- porfirie
 - terapia cu tetraciclină (expunere pe termen lung)
4. Colorația albastră, gri sau neagră
- terapia cu tetraciclină (expunere pe termen lung)
 - tratamentul cu minociclină
5. Colorația verde

CONCLUZII

Discolorațiile dentare prezintă o incidență crescută în patologia dentară, cu o ușoară prevalență în rândul femeilor, determinată de numărul mai mare al lor în lotul de examinat, dar și, pe de o parte, de particularitățile patologiei generale specifice, iar pe de altă parte, de interesul crescut al acestora pentru aspectul estetic.

Dacă nu se realizează tratamentul discromiilor dentare se produc tulburări ale aspectului estetic, ale zâmbetului personal, care pot fi temporare sau permanente cu repercusiuni asupra vieții sociale și asupra psihicului pacientului.

BIBLIOGRAFIE

1. Ship JA – Tooth discoloration, eMedicine, 2004
2. Clifford M, Stuedevand DD – The art and science of operative dentistry, *J Endod*, 16:644-650, 1990