

Preparațiile sub formă de șanț

Preparațiile sub formă de șanț sunt posibilități terapeutice în cariile proximale pe dinții laterali. Ele se încadrează în obturațiile fizionomice pentru clasa a II-a. Utilizarea rășinilor compozite la dinții posteriori a crescut ca o consecință a dorinței pacienților de a avea obturații fizionomice, reacțiilor de respingere a amalgamului și datorită atitudinii profilactice moderne și sănătății orale îmbunătățite, în special la pacienții tineri.

Indicații:

1. generale: pentru cavitațiile de clasa a II-a, în special la tineri, pacienți motivați din punct de vedere profilactic, cei cu risc cariogen scăzut și care își mențin un standard ridicat al sănătății orale.
2. locale:
 - mai mult pe premolari decât pe molari privind extensia procesului carios: sunt mai bune în managementul leziunilor mai mici decât mari, când forțele ocluzale lipsesc sau sunt limitate;
 - mai frecvent pentru cavitațiile de clasa I decât pentru cele de clasa a II-a.

Sunt indicate și la pacienți care s-au dovedit în antecedentele lor a fi alergici la mercur.

În comparație cu amalgamul, tehnica de plasare este sensibilă, rigidă și de durată.

Rășinile plastice necesită ca matricea să fie foarte bine conturată și obligatoriu asociată cu o pană pentru a obține un punct de contact acceptabil.

Când marginile gingivale ale cavitații sunt localizate în cement sau dentină sau în amândouă, compozitul ferm ancorat la smalțul celorlalte margini are tendința să se contracte la prag cu apariția unor „goluri” la acest nivel.

Contraindicații:

Dacă aceste leziuni carioase beneficiază în general de indicațiile amintite pentru materialele fizionomice, rămân câteva contraindicații care, dacă nu sunt respectate vor duce la eșecul acestor restaurări:

- imposibilitatea izolării corecte și perfecte – sunt zone profunde, subgingivale situate în cement, greu de izolat, preparat și restaurat.

Prepararea cavității. Principii generale

Prepararea cavității se face după curățirea mecanică a dintelui, alegerea culorii, izolarea câmpului operator și plasarea penelor intermediare în regiunea proximală gingivală ce ajută la separarea dinților pentru a compensa:

- grosimea benzii, contribuind la realizarea unui punct de contact optim;
- absența presiunii pe matrice în timpul plasării compozitului, în comparație cu presiunea în timpul condensării amalgamului.

Prezența penei în timpul preparării cavității este, de asemenea, un ghid pentru a preveni supraextensia planșeului gingival.

Atunci când leziunea carioasă este primară și beneficiază de indicațiile amintite pentru restaurarea cu compozite vom apela la o preparație convențională bizotată. Prezența bizoului asigură:

- o suprafață mai mare de adeziune permițând o condiționare a capetelor prismelor, crescând retenția;
- reduce percolarea;
- crește rezistența pereților și a dintelui în general.

Având în vedere că prismele de smalț sunt paralele cu pereții cavității, se indică o bizotare cu o freză diamantată cu granulație mare, în formă de flacăra, pe o lățime de 0,5 mm și la un unghi de 45°.

Preparațiile sub formă de „șanț” sunt indicate în leziuni carioase situate imediat sub un punct de contact strâns și punctiform, dar deasupra marginii libere a gingiei, cu evoluție preponderentă spre vestibular și lingual. Accesul este realizat dinspre peretele mai subțiat de evoluția procesului carios, cu freze sferice mici, diamantate.

Esențial în prepararea acestor cavități este menținerea pe cât posibil a peretelui opus direcției de acces, ca un mijloc care să se opună materialului în timpul condensării.

Pentru a crește forma de adeziune, vom realiza acolo unde avem un acces optim o bizotare circumferențială.

În cavitățile situate în smalț și/sau dentina externă, protecția organului pulpo-dentinar este asigurată de sistemul adeziv amelo-dentinar.

Dacă profunzimea crește dar încă nu avem loc pentru o obturație de bază se aplică un liner din C.G.I. tip III cu priză fotoindusă.

În cariile cu evoluție subgingivală plasarea C.G.I. se va face pe peretele axial și jumătatea pulpară a pragului gingival, deoarece calitățile anticariogene ale acestuia pot oferi protecție împotriva carilor recurente.

Sunt și situații favorabile când datorită unor motive clinice (treme, lipsa dintelui vecin, o carie extinsă pe fața opusă a dintelui vecin) avem posibilitatea unui acces direct.

Design-ul cavitații va fi sub formă „casetă” ale cărei caracteristici arhitecturale vor depinde de materialul de restaurare ales (rășină compozită, C.G.I., compomer sau amalgam)

Etape de lucru:

1. Deschiderea procesului carios:

- pentru a păstra creasta marginală integră și pentru a face economie tisulară maximă, deschidem procesul carios dinspre vestibular sau oral, realizând o cavitate sub formă de șanț; această situație terapeutică este favorizată și de un punct de contact strâns, punctifom.
- Se lucrează cu sfere mici, diamantate, la turbină, în dreptul procesului carios de obicei dinspre lingual;
- Dacă este necesar, putem lărgi accesul pentru a face eficientă îndepărtarea dentinei infectate și manoperele de inserare a materialului.

2. Îndepărtarea dentinei infectate:

- eliminarea oricărei zone de dentină infectată din leziunea carioasă;
- se apelează la instrumente rotative, cea mai indicată fiind freza sferică din oțel sau carbură de tungsten cu răcire cu aer și viteze mici;
- unii clinicieni apelează astfel astăzi la dispozitivele cu LASER pentru îndepărtarea dentinei modificate.

3. extensia preventivă:

- în aceste cavitați ultraconservative, punctul de contact se desființează pe măsura afectării lui de procesul carios;
- dacă acesta este localizat sub punctul de contact integru, vom acorda o mare atenție pragului gingival ce trebuie situat în smalț și nu prea mult subgingival.

4. retenția:

- implică realizarea formei de adeziune.

5. rezistența:

- nu ridică probleme deoarece creasta marginală este reprezentată de smalț sprijinit pe o zonă de dentină sănătoasă, iar restaurația nu este supusă forțelor ocluzale directe.

6. finisarea marginilor:

- bizotarea peraiilor este circumferențială cavității acolo unde avem un acces optim;
- se realizează cu freze flacără, diamantate.

În aceste tipuri de preparații sunt indicate și sistemele SONICSYS_{micro}, în tratamentul precis al leziunilor incipiente acolo unde nu avem acces direct: carii proximale la nivelul sau sub punctul de contact.

Dispozitivul restaurativ este reprezentat de Tetric-flow.

BIBLIOGRAFIE:

1.SORIN ANDRIAN – „*Tratamentul minim invaziv al cariei dentare*”, Editura Princeps, Iași, 2002;

2.SORIN ANDRIAN – „*Restaurări fizionomice cu materiale plastice în cariologie*”, Casa de Editură Panteon, Iași, 2000;

3.SORIN ANDRIAN, ȘTEFAN LĂCĂTUȘU – „*Caria dentară. Protocoale și Tehnici*”, Editura Apollonia, Iași, 1999.