

**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”**

**FACULTATEA DE STOMATOLOGIE
Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială pediatrică
și pedodontie „Ion Lupan”**

Railean Silvia • Granciu Gheorghe
Lupan Roman • Ciupac Sergiu • Porosencov Egor

Exemple de cazuri clinice în chirurgia oro-maxilo-facială la copii

Recomandare metodică

Chișinău, 2022

**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”**

**FACULTATEA DE STOMATOLOGIE
Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială pediatrică
și pedodontie „Ion Lupan”**

Railean Silvia • Granciuc Gheorghe
Lupan Roman • Ciupac Sergiu • Porosencov Egor

**Exemple de cazuri clinice în chirurgia
oro-maxilo-facială la copii**
Recomandare metodică

Chișinău
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*
2022

CZU: 616.314-053.2-089

E 97

Aprobat de Consiliul de Management al Calității
al USMF „Nicolae Testemițanu”; proces-verbal nr. 2 din 17 decembrie 2020

Autori:

Railean Silvia, dr. șt. med., conf. univ.

Granciuc Gheorghe, dr. hab. șt. med., conf. univ.

Lupan Roman, asistent univ.

Ciupac Sergiu, asistent univ.

Porosencov Egor, asistent univ.

Recenzenți:

Ciumeico Igor, dr. șt. med., conf. univ.

Mănăscurtă Ghenadie, asistent univ.

Redactor: *Lidia Serghienko-Ciobanu*

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA

Railean, Silvia.

Exemple de cazuri clinice în chirurgia oro-maxilo-facială la copii:

Recomandare metodică / Railean Silvia, Granciuc Gheorghe, Lupan Roman [et al.]; Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Facultatea de Stomatologie, Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială pediatrică și pedodonție „Ion Lupan”. – Chișinău: CEP *Medicina*, 2022. – 47 p.: fig., tab.

Referințe bibliogr.: p. 47 (18 tit.). – 50 ex.

ISBN 978-9975-82-245-9.

616.314-053.2-089

E 97

ISBN 978-9975-82-245-9

© CEP *Medicina*, 2022

© Railean S., Granciuc Gh., Lupan R. ș.a., 2022

CUPRINS

Completarea dosarului medical al pacientului stomatologic în cadrul tratamentului chirurgical stomatologic.....	4
Importanța completării dosarului medical al pacientului stomatologic în cadrul tratamentului chirurgical stomatologic.....	6
Operația de extracție a dintelui.....	9
Extracția dentară în periostita acută în stadiul de infiltrație seroasă a maxilarelor la copii.....	11
Extracția dentară în periostita acută în stadiul de colecție purulentă a maxilarelor la copii	13
Extracția dentară în osteomiелita acută odontogenă la copii.....	15
Osteomiелita cronică distructivă cauzată de osteomiелita acută odontogenă	16
Operația de chistectomie cu rezecția apexului rădăcinii și plombarea retrogradă a canalelor.....	18
Chistul folicular	20
Traumatismul dentar cu avulsia dintelui 11. Operația de reimplantare... 	24
Malformații congenitale.....	30
Bibliografie	47

Completarea dosarului medical al pacientului stomatologic în cadrul tratamentului chirurgical stomatologic

1. Specialitatea 31.05.03. „Stomatologie”.
2. Disciplina „Chirurgia oro-maxilo-facială pediatrică și pedodonție *Ion Lupan*”.
3. Tema „Completarea dosarului medical al pacientului stomatologic în cadrul tratamentului chirurgical stomatologic”.
4. Actualitatea temei: tema propusă contribuie la formarea capacității de îndeplinire a fișelor medicale și de descriere a cazurilor clinice cu formularea diagnosticului corect.
5. Scopul: a instrui studenții Facultății de Stomatologie în materie de diagnostic și tratament al patologiilor stomatologice.
6. Obiectivele:
 - a însuși metodele de diagnostic și tratament al proceselor infecțioase odontogene și neodontogene cu localizarea în regiunea oro-maxilo-facială la copii;
 - a însuși deprinderi practice de diagnostic și de tratament al traumatismelor dentare, maxilare și ale părților moi la copii;
 - a însuși deprinderi practice de diagnostic și de tratament al proceselor tumorale în regiunea capului și gâtului la copii;
 - a contribui la formarea bazei teoretice și practice referitor la completarea dosarelor medicale chirurgicale cu diverse forme nosologice.
7. Formarea competențelor:

Numărul competenței practice	Descrierea competenței
CP1	A fi pregătit pentru rezolvarea problemelor standardizate în activitatea profesională, folosind informații din surse bibliografice despre terminologii biomedicale, despre tehnologii informativ-comunicative, ținând cont de cerințele principale ale securității informaționale.
CP2	A fi capabil și pregătit pentru a completa și analiza starea generală a copilului.

CP3	A fi pregătit pentru completarea corectă a dosarelor medicale ale pacientului cu procese infecțioase odontogene.
CP4	A fi pregătit pentru completarea corectă a dosarelor medicale cu traumatisme oro-maxilo-faciale.
CP5	A fi pregătit pentru a avea abilitatea de a efectua diagnosticul diferențial în diferite forme nosologice ale bolilor în regiunea capului și gâtului la copii.
CP6	A fi pregătit pentru completarea corectă a dosarelor medicale ale pacienților cu procese tumorale în regiunea oro-maxilo-facială la copii.
CP7	A fi pregătit pentru a crea un program de examinări medicale profesionale cu scopul de a stabili diagnosticul patologiilor regiunii capului și gâtului la copii.
CP8	A însuși metoda de culegere a anamnezei, inclusiv acuzele, a analiza rezultatele examenului vizual, instrumental, de laborator (morfologic) sau alte tipuri de investigații cu scopul de a estima starea pacientului și de a constata existența sau inexistența unei patologii stomatologice.
CP9	A putea determina stările patologice, simptomele sau sindroamele maladiilor stomatologice, ale formelor nosologice în conformitate cu Clasificarea Internațională a maladiilor și problemelor de sănătate.
CP10	A putea elabora tactici de tratament și profilaxie, și reabilitare pentru diverse maladii stomatologice.

8. Studentul trebuie:

Să știe: să completeze corect dosarele medicale în conformitate cu patologia și vârsta pacientului; să cunoască criteriile de creare a unui plan diagnostic în baza acuzelor, istoricului bolii, stării generale și locale.

Să poată: să completeze documentația medicală; să elaboreze planul de tratament; să se orienteze în completarea documentației medicale, în planificarea tratamentului la pacienții cu procese infecțioase odontogene și neodontogene, traumatisme, leziuni tumorale.

Să posede deprinderi: psihologice de a lucra cu pacienții cu diferite patologii și de diferite vârste.

9. Contingentul: studenți.

10. Durata: pe parcursul semestrului de studii.

Importanța completării dosarului medical al pacientului stomatologic în cadrul tratamentului chirurgical stomatologic

La momentul actual, caria dentară este cea mai răspândită patologie a sistemului dento-maxilar (afectează 98-99% din populația cu vârsta de 3-5 ani).

În caz de tratament inadecvat sau inoportun, această patologie poate cauza afectarea pulpei dentare și a țesuturilor periapicale, pierderea dinților, poate conduce la dezvoltarea unor procese infecțioase (se-roase sau purulente) ale sistemului oro-maxilo-facial [10].

Extragerea dintelui afectat la copii este una din cele mai frecvente operații de ambulatoriu. Având în vedere creșterea numărului de reclamații și chiar a dosarelor judiciare împotriva medicilor-stomatologi, învinuți de extragerea neîntemeiată a dinților, o importanță deosebită capătă îndeplinirea corectă și calitativă a dosarului medical al pacientului stomatologic. Medicul trebuie să aprecieze și să descrie detaliat starea generală și locală, cât și să citească rezultatele de laborator și ale examinărilor radiografice, și să ofere variante alternative de tratament. Dosarul medical al pacientului este un document juridic, care trebuie îndeplinit și păstrat cu acuratețe, cu scris accesibil, clar și amănunțit [6].

Datorită particularităților morfofuncționale specifice regiunii cranio-faciale, pentru fiecare etapă de dezvoltare a copilului tratamentul chirurgical este foarte solicitat și variat atât în condiții de ambulatoriu, cât și de staționar. Cele mai frecvente intervenții chirurgicale au scopul de a păstra atât dinții de lapte, cât și cei permanenți, de a înlătura factorii nocivi pentru dezvoltarea regiunii cranio-faciale, cum ar fi: extracția dentară, chistectomia, frenuloplastii ale limbii și buzelor, rezectarea apicală cu obturarea retrogradă, chistotomia, replantarea dintelui. Astfel de operații ca hemisecția, operația corono-radiculară, amputarea radixului dentar se aplică mai rar la copiii mici.

La ora actuală prezentarea documentară este criteriul de bază în estimarea calității serviciului stomatologic acordat, dar și ca document pentru expertiza medicală și juridică. Dosarul medical trebuie completat

pe etape la fiecare compartiment. Partea generală trebuie să conțină date personale: nume, prenume, data nașterii, domiciliu, profesia, data completării fișei. În dosarul medical trebuie să fie prezent acordul informativ cu privire la planul de tratament semnat de către pacient. Lista intervențiilor, pentru care se cere acordul informativ al pacientului, reflectă volumul intervențiilor, posibilele complicații, recomandările de profilaxie a acestor complicații [10, 11].

Urmează etapa de diagnostic a dosarului medical, care include examenul obiectiv și subiectiv. Dosarul începe cu colectarea acuzelor, anamneza în debutul și evoluția maladiei prezente, anamneza vieții. Anamneza prezentei maladiei include timpul când au început semnele clinice, durata, tratamentul primit în perioada bolii, adresările la medic, starea generală în dinamică. Anamneza vieții la copii începe cu anamneza perioadei de sarcină, nașterea prin cezariană sau naturală, prezența bolilor asociate etc. Culegerea anamnezei include: acuzele bolnavului, anamneza bolii, anamneza alergologică, maladii asociate și suportate în trecut, descrierea stării generale a pacientului. Important este de a aprecia comportamentul copilului și a determina gradul de anxietate a acestuia [4, 5, 6].

Diagnosticul continuă cu examinarea după organe și sisteme de organe, care se efectuează prin inspecție, palpare, percuție, sondare, pentru fiecare organ și sistem al organismului (neurologic, cardiac, digestiv, endocrinologic etc.). Aprecierea rezultatelor se efectuează în conformitate cu vârsta copilului și particularitățile de dezvoltare (perioada de sugar, perioada de vârstă fragedă, perioada preșcolară și școlară ale acestuia) [8, 13, 18].

Examenul local este efectuat în două etape: examenul extrabucal și intrabucal. Examenul extrabucal se face prin inspecție, palpare, percuție și sondare. Inspecția vizuală include: configurația feței, starea și culoarea tegumentelor. Prin palpare se determină starea ganglionilor limfatici, a glandelor salivare, a articulației temporo-mandibulare, a mușchilor masticatori, existența trismusului. Este deosebit de important statutul local cu indicarea elementelor de afectare a mucoasei cavității orale și a metodelor clinice de investigații (sondarea, percuția dinților, palparea). Este obligatorie menționarea rezultatelor unui examen oncologic într-o rubrică specială. În caz de depistare a unei formațiuni patologice în regiunea maxilo-

facială trebuie să se specifice: dimensiunile formațiunii, consistența formațiunii (moale, elastică, dură), culoarea, caracterul suprafeței (netedă, tuberoasă etc.), dureroasă sau indoloră, aderarea la țesuturile adiacente, existența sau lipsa infiltrației în țesuturi, după care urmează datele obținute prin metode diagnostice suplimentare (examen de laborator, investigații roentgenologice și funcționale, etc.) [1, 2, 3, 17].

Examinarea intraorală include examenul stomatogen și al organelor cavității bucale prin inspecție, palpate, sondare și percuție. În descrierea stării mucoasei cavității orale se specifică: culoarea, gradul de umiditate, existența diverselor afecțiuni pe suprafața mucoaselor și a mucoasei vestibulului, limbii, orofaringelui. Se determină statutul fiecărui dinte prin aprecierea gradului de afectare și a intensității cariei dentare, se vizualizează forma arcadelor dentare, poziția dinților. Descrierea arcadei dentare include: formula dentară, mobilitatea dinților, starea țesuturilor parodontale, existența depunerilor dentare, tipul ocluziei, starea igienică a cavității orale și indicele de distrugere a suprafeței ocluzionale a dinților [1, 2, 3, 17].

În scop de confirmare a diagnosticului, la necesitate se indică investigații suplimentare, examenul de laborator, examenul paraclinic.

Diagnosticul definitiv se stabilește după descrierea diagnosticului diferențial. Diagnosticul stabilit trebuie să corespundă ICD-10.

După stabilirea diagnosticului urmează zilnicul medicului curant.

Medicul elaborează planul individual al tratamentului, metodele alternative și le prezintă părinților. Înainte de a trece la intervenții trebuie să se obțină un acord benevol al pacientului bine informat. Se indică tipul anesteziei, denumirea, concentrația și volumul anestezicului. Mersul operației se descrie amănunțit, se prescrie tratament postoperatoriu și recomandări pentru perioada de după tratament. În caz de necesitate se recomandă dispensarizare cu indicarea termenelor de prezentare la control. Semnătura medicului trebuie să fie clară. În fișă se indică îndreptarea la alți specialiști, dacă este cazul. Dosarul medical se finalizează cu epicriza și indicațiile în perioada postoperatorie [7, 12, 13].

Prezentăm diferite variante de înscrieri în fișa bolnavului stomatologic în funcție de tratamentul aplicat.

Operația de extracție a dintelui





Acuze: dureri surde cu caracter permanent în regiunea mandibulei pe dreapta, care se amplifică la atingerea dintelui sau în momentul contactului cu antagonistul, durerile iradiază în regiunea temporală, bolnavul are senzația că dintele bolnav este mai „lung” decât ceilalți și este mobil; bolnavul acuză slăbiciune, cefalee și febră. La momentul adresării părinții prezintă stări de neliniște, insomnie, scăderea poftei de mâncare, care durează pe parcurs de mai mult timp. Tratament la stomatolog nu s-a efectuat.

Obiectiv: starea generală satisfăcătoare, t° corpului – $36,9^{\circ}\text{C}$. Copilul este agitat. La întrebări nu răspunde clar, nu colaborează cu medicul. Examenul extrabucal fără modificări. Fața și regiunea cervicală fără asimetrii. Mișcările mandibulei libere. Se observă dinții 84 și 85 afectați. Cavitatea carioasă umplută cu dentină rămolită și resturi alimentare. Mucoasa în semiarcada dată hiperemiată la atingere, ușor sângerează. Coroana dentară a dinților afectați este acoperită cu tartru moale care ușor se înlătură. La palparea regiunii vestibulare copilul reacționează prin plâns. Percuția dinților este greu de efectuat. Se observă dureri. Coroana dintelui ___ de culoare roz, distrusă pe 1/2 din suprafață, prin sondare se constată consistența moale a țesuturilor dentare în zona bifurcației. Se observă edem și hiperemia mucoasei gingivale în regiunea crestei alveolare a mandibulei și în zona plicii de tranziție, palparea în regiunea dintelui ___ dureroasă. Ganglionul submandibular pe dreapta – mărit, dureros, mobil. Pe roentgenogramă se observă lărgirea fantei periodontale, focare de distrucție a țesutului osos în regiunea apexului radicular și în zona bifurcației în canalele dentare se văd rămășițe de material de plombare.

Diagnostic: Periodontită cronică exacerbată a dinților 84, 85. Gradul de comportament al copilului III Frankle (K 04.1).

Tratament: tratament conservator contraindicat. Se recomandă extracția dintelui____. Sub protecție de anestezie locală mandibulară sau mandibulară direct ori de tip Akinozi, cu sol. Lidocaină 2% – 1,0, sau anestezie generală. Cu ajutorul cleștelui în formă de cioc s-a aplicat pe dintele cauză, s-a insinuat până la coletul dintelui, s-a fixat, s-au efectuat mișcări vestibulo-linguale, este extras dintele cauză, s-a aplicat tampon compresiv. S-a recomandat regim dietetic, igiena cavității bucale.

Recomandări: evidența stomatologului pediatru în dinamică, asanarea cavității bucale.

Extracția dentară în periostita acută în stadiul de infiltrație seroasă a maxilarelor la copii



Periostita este un proces inflamator acut sau cronic în periost. Periostita apare în urma răspândirii procesului inflamator din periodont în periostul crestei alveolare. Conform datelor unor autori, în cca 94% din cazuri periostita are un caracter acut.

De regulă, periostita se localizează pe una din părțile maxilarului, în 93,4% din cazuri – pe suprafața vestibulară. Pe osul mandibular în periostită sunt implicați primii – al doilea molar de lapte sau primul molar permanent, mai rar molarii ai doilea și premolarii ai doilea, ceilalți dinți (incisivii, caninii, premolarii) foarte rar conduc la periostite [7, 13, 16].

Acuze: dureri spontane în regiunea maxilarului superior dreapta, copilul arată la dinte 56. Durerile se intensifică la atingerea lui. Tume-fiere a părților moi, alterarea stării generale, febră – 38°C, insomnie, stări de neliniște, anorexie.

Anamneza: dureri pe parcurs de mai mult timp. Tratamentul la stomatolog s-a efectuat, dar în condiții nefavorabile de comportament al copilului. De la tratament au trecut 3 luni. La stomatolog se adresează la necesitate.

Starea general: ușor alterată. Temperatura subfebrilă apare spre orele de după amiază. Organele interne – fără modificări patologice. Febra – 38°C.

Obiectiv: asimetria feței cauzată de edemul părților moi localizate la nivelul dintelui cauză. Tegumentele nu sunt modificate la culoare. La palpare sunt moi, indolare, tegumentele acoperitoare nu sunt modificate. Mișcările mandibulare sunt păstrate în volum deplin. La inspecția dentară se manifestă dinte afectat, care apare cu distrucții importante. Cavitatea dentară comunică cu cavitatea carioasă. Cavitatea umplută cu dentină rămolită, resturi alimentare. La atingerea dintelui se observă duritate. Miros neplăcut din cavitatea bucală. Mucoasa alveolară la nivelul dintelui cauză hiperemiă, congestionată. Ganglionii limfatici submandibulari măriți, dureroși la palpare.

Diagnostic: Periostită acută în stadiu de dezvoltare seroasă a maxilarului (K10.22).

Tratament: sub anestezie locală și medicație ori anestezie generală se extrage dinte cauză cu ajutorul cleștilor în cioc sau în formă de S. Cleștele se aplică, se insinuează până la colet, se fixează, se efectuează mișcări vestibulo-linguale.

Recomandări: regim dietetic, asanarea cavității bucale, evidența medicului stomatolog până la erupția dintelui permanent.

Remarcă: în cazul când dinte cauză poate fi păstrat, tratamentul începe cu drenare transdentală, urmată de obturarea canalelor radiculare. Se recomandă evidență în dinamică și radiografii de control la 6 și 12 luni.

Extracția dentară în periostita acută în stadiul de colecție purulentă a maxilarelor la copii

Acuze: se adresează părinții cu copilul de 5 ani, cu dureri spontane, persistente, care iradiază pe partea dreaptă a feței, în etajul mijlociu. Tumefiere marcată, alterarea stării generale, febră – 38°C, insomnie, stări de neliniște, anorexie.



Anamneza: durerile continuă pe parcurs de mai mult timp. Tratamentul la stomatolog nu s-a efectuat. La stomatolog se adresează la necesitate.

Starea general: alterată de grad mediu. Temperatura cu valori de 39-40°C. Organele interne fără modificări patologice. La examenul vizual se observă deformarea configurației feței din cauza edemului țesuturilor moi în regiunea dintelui 46, care a fost supus în repetate rânduri tratamentului pentru periodontită.

Obiectiv: asimetria feței cauzată de edemul părților moi care se extinde în mai multe regiuni ale feței în raport cu dintele cauză (infra-orbitală, orbitală, geniană, buza superioară). Plica nazolabială ștearsă. Fanta ochiului micșorată din cauza edemului. Tegumentele acoperitoare sunt lucioase, ușor hiperemiate, în placă nu se strâng. Mișcările mandibulare sunt reduse în mișcări. La inspecția dentară se manifestă dintele afectat 64, care apare cu distrucții importante. Cavitatea dentară comunică cu cavitatea carioasă. Cavitatea umplută cu dentină rămolită, resturi alimentare. La atingerea dintelui se observă duritate. Miros neplăcut din cavitatea bucală. Mucoasa la nivelul apofizei alveolare și vestibulare cu hiperemie marcată, congestionată la nivelul a doi-trei dinți. Plica de tranziție bombată. La palpare fluctuantă. Ganglionii limfatici submandibulari măriți, dureroși la palpare.

Diagnostic: Periostită acută în stadiu de dezvoltare purulentă a maxilarului (K 10.22).

Tratament: sub anestezie generală se prelucrează antiseptic mucoasa cavității bucale cu sol. Clorhexidină. Cu ajutorul cleștilor în cioc sau în formă de S se aplică, se insinuează până la colet, se fixează, se efectuează mișcări vestibulo-linguale. Pe plica de tranziție se efectuează incizia mucoasei și a periostului pe semiarcada maxilarului. Se decolează periostul. Se lasă un dren de cauciuc.

Recomandări: regim dietetic, asanarea cavității bucale, evidența medicului stomatolog până la erupția dintelui permanent. Antibiotice cu spectru larg de acțiune 50 mg la 1 kg de masă corporală. Determinarea sensibilității microorganismelor.

A doua vizită.

Acuze: dureri slabe pe partea, unde s-a efectuat extracția dentară. Edemul s-a micșorat, t° corpului – 37°C .

Obiectiv: manifestările inflamatorii au scăzut. Edemul s-a micșorat. La palparea plăgii se elimină o cantitate neînsemnată de exsudat purulent-hemoragic. Drenul se păstrează.

Tratament: plaga se prelucrează cu sol. 0,05% Clorhexidină (sau alt antiseptic). Se introduce în plagă un nou dren. Recomandările rămân aceleași. În caz de necesitate se prelungește concediul medical.

Vizita la a 3-a zi.

Acuze: durerile au slăbit în intensitate, t° corpului s-a normalizat.

Obiectiv: din spusele bolnavului și din examenul vizual se constată o atenuare a procesului inflamator. Edemul s-a micșorat, ganglionii limfatici – de dimensiuni cu limite stabile cu tendință de micșorare, nu sunt aderenți la părțile moi profunde, indolori la palpate. În cavitatea orală: mucoasa din jurul dintelui extras ușor hiperemiată, drenajul se păstrează.

Tratament: plaga se prelucrează cu sol. 0,05% Clorhexidină (sau alt antiseptic). Se înlătură drenul. Este indicat tratament fizioterapeutic (tipul). Aceleași recomandări. Concediul medical este prelungit.

Vizita următoare – după dispariția manifestărilor proceselor inflamatoare.

Acuze: lipsesc.

Obiectiv: manifestările procesului inflamator au dispărut. Nu se observă edem, exsudat din plagă nu se elimină, plaga la palpare este indoloră.

Tratament: plaga este prelucrată cu antiseptic, drenul de cauciuc a fost înlăturat. Certificatul de concediu medical este închis.

Vizita următoare – în caz de necesitate.

Extracția dentară în osteomiелita acută odontogenă la copii



Acuze: se adresează părinții cu copilul de 5 ani, cu dureri spontane, permanente, nocturne, persistente, care iradiază, inflamație cu tendința de mărire, pe partea dreaptă a feței, în etajul inferior. Starea generală este alterată, febră – 39-40°C, insomnie, stări de neliniște, anorexie.

Anamneza: durerile au apărut cu câteva luni în urmă, cu dureri neînsemnate, periodice. La stomatolog nu s-au adresat.

Starea generală: alterată de grad mediu, gravă. Temperatura cu valori de 39-40°C Organele interne fără modificări patologice.

Osteomielifa cronică distructivă cauzată de osteomielifa acută odontogenă



Obiectiv: asimetria feței cauzată de edemul părților moi fără limite bine delimitate în regiunile geniană stânga, parotidiană, zigomatică, temporală, mentonieră, retromandibulară, submandibulară. Marginea bazilară ștearsă. Tegumentele acoperitoare sunt lucioase, hiperemiate, în plăcă nu se strâng. La palpare tegumentele tensionate, lucioase, dolore, fluctuante. Se manifestă trismus de gradul I-II. La inspecția dentară se manifestă dintele 75 cu coroana rămolită până la 50%. Cavitatea dentară comunică cu cavitatea carioasă. Cavitatea umplută cu dentină rămolită, resturi alimentare. La atingerea dintelui se observă duritate. Din buzunarul parodontiului sunt eliminări serolente. Dintele cauză cât și cei vecini sunt mobili. La atingere sunt dureroși. Miros fetid. Mucoasa la nivelul apofizei alveolare pe partea vestibulară și lingual hiperemiată, edemațiată, tumefiată. Șanțul vestibular bombat pe semiarcada cu dintele cauză. Șanțul sublingual bombat. Plica de tranziție fluctuantă. Ganglionii limfatici submandibulari măriți, dureroși la palpare, aderenți la planurile profunde.

Diagnostic: Osteomielifă acută odontogenă a mandibulei (K 10.22).

Tratament: sub protecție de anestezie generală se prelucrează cu antiseptic sol. Clorhexidină mucoasa cavității bucale. Cu ajutorul cleștilor în cioc sau în formă de S se insinuează până la colet, se fixează, se efectuează mișcări vestibulo-linguale. Pe plica de tranziție se efectuează

incizia mucoasei și a periostului pe semiarcada maxilarului. Se decolează periostul. Se lasă un dren de cauciuc. În regiunea submandibulară s-a efectuat incizia de 2 cm, paralel cu marginea bazilară. Se efectuează incizia pielii, țesutului subcutanat, platismeii. Se ajunge bond la focar.

Recomandări: regim dietetic, asanarea cavității bucale, evidența medicului stomatolog până la erupția dintelui permanent. Antibiotice cu spectru larg de acțiune 50 mg la 1 kg de masă corporală. Determinarea sensibilității microorganismelor.

A doua vizită.

Acuze: dureri slabe pe partea, unde s-a efectuat extracția dentară. Edemul s-a micșorat. Temperatura corpului – 37°C.

Obiectiv: manifestările inflamatorii au scăzut. Edemul s-a micșorat. La palparea plăgii se elimină o cantitate neînsemnată de exsudat purulent-hemoragic. Drenul se păstrează.

Tratament: plaga se prelucrează cu sol. 0,05% Clorhexidină (sau alt antiseptic). Se introduce în plagă un nou dren. Recomandările rămân aceleași. În caz de necesitate se prelungește concediul medical.

Vizita la a 3-a zi.

Acuze: durerile au slăbit în intensitate, t° corpului s-a normalizat.

Obiectiv: din spusele bolnavului și din examenul vizual se constată o atenuare a procesului inflamator. Edemul s-a micșorat, ganglionii limfatici – de dimensiuni cu limite stabile cu tendință de micșorare, nu sunt aderenți la părțile moi profunde, indolori la palpate. În cavitatea orală: mucoasa din jurul dintelui extras este ușor hiperemiată, drenajul se păstrează.

Tratament: plaga se prelucrează cu sol. 0,05% Clorhexidină (sau alt antiseptic). Se înlătură drenajul. Este indicat tratament fizioterapeutic (tipul). Aceleași recomandări. Concediul medical este prelungit.

Vizita următoare – după dispariția manifestărilor procesului inflamator.

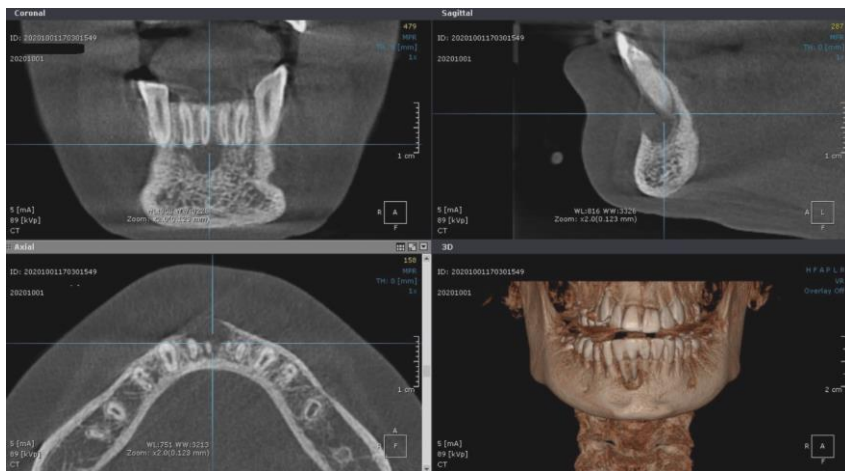
Acuze: lipsesc.

Obiectiv: manifestările procesului inflamator au dispărut. Nu se observă edem, exsudat din plagă nu se elimină, palparea plăgii – indoloră.

Tratament: plaga este prelucrată cu antiseptic, drenul de cauciuc a fost înlăturat. Certificatul de concediu medical este închis.

Vizita următoare în caz de necesitate.

Operația de chistectomie cu rezecția apexului rădăcinii și plombarea retrogradă a canalelor



Acuze: dureri periodice spontane în regiunea mandibulei pe dreapta, tumefiere în regiunea mandibulei și existența unei proeminențe pe plica de tranziție.

Anamneza: tratamentul endodontic al dinților 11, 12 a fost efectuat 2 ani în urmă, cu ocazia unui traumatism acut al dinților, în prezent în regiunea acestor dinți apar dureri în timpul contactului cu dinții antagoniști, tumefierea mucoasei a apărut acum 1 lună.

Obiectiv: dinții 11, 12 sunt modificați la culoare. Percuția nu provoacă dureri. La palpare se determină o proeminență puțin dureroasă pe plica de tranziție în regiunea dinților 11, 12. Pe roentgenogramă – canalele dinților 11, 12 sunt obturate pe 2/3 din lungime, se depistează rarefierea structurii osoase la apexurile rădăcinilor dinților 11, 12 bine delimitate cu dimensiuni de 1,5-2 cm.

Diagnostic: Chist radicular în regiunea dinților 11, 12 (K 04.8).

Tratament: operație chistectomie cu rezecția apexurilor rădăcinilor dinților 11, 12 și plombarea retrogradă a canalelor.

Vizita întâi: sub anestezie, protecție de anestezie generală s-a efectuat incizie în formă de trapez pe mucoasa apofizei alveolare cu baza spre plica de tranziție, de la dintele 13 până la dintele 21. S-a separat lamboul muco-periostal, după care acesta a fost deplasat în direcție superioară. S-a efectuat trepanarea lamei corticale vestibulare la nivelul proiecției defectului osos. S-a decolat cuticula chistului de pereții cavității până la apexul dinților. Apoi au fost rezectate apexurile radiculare ale dinților 11, 12 la 2 mm și prin cavitatea chistică s-a efectuat obturarea retrogradă a rădăcinilor. În defectul format în os s-a aplicat material osteoplastic. Lamboul muco-periostal s-a decolat, s-a mobilizat și s-a prins cu fire resorbabile. Hemostaza s-a efectuat pe parcursul operației.

Materialul biologic înlăturat a fost trimis la examen histologic. S-a prescris tratament antibacterian, desensibilizante cu analgezice.

Recomandări: lavaje ale cavității orale cu sol. 0,05% Clorhexidină (antiseptic și antiinflamator). Vizita de control postoperatoriu peste 5 zile.

Vizite ulterioare (2-3): acuze de dureri în locul operației. Configurația feței este schimbată din cauza edemului buzei superioare. Mucoasa în regiunea suturilor este ușor hiperemiată și edematoasă. Suturile sunt în stare bună. Din linia suturilor se elimină o cantitate neînsemnată de exsudat hemoragic.

Tratament: prelucrarea plăgii cu sol. 0,05% Clorhexidină.

Vizita următoare (ziua a 7-a): fără acuze, mucoasa în zona suturii de culoare roz, palpația indolentă.

Tratament: sub anestezie aplicativă cu sol. spray 10% Lidocaină au fost înlăturate firele.

Vizita de control: peste 6 luni.

Chistul folicular



I. Examen Paraclinic



II. Examen Clinic

Acuze: dureri periodice spontane în regiunea mandibulei pe dreapta și proeminență pe plica de tranziție cu evidențierea ei pe față formând o asimetrie facială.

Anamneza: cu 3 ani în urmă a fost supus tratamentului endodontic al dinților primari.

Obiectiv: se vizualizează asimetria feței cauzată de tumefierea în regiunea geniană cu extindere în regiunea submandibulară. Marginea bazilară ușor ștersă. Tegumentele acoperitoare nu sunt modificate la culoare. La palpare se strâng ușor în plică, sunt indolare. Mișcările mandibulare în volum deplin. Apofiza alveolară bombată, plica de tranziție ștersă. Mucoasa acoperitoare ușor hiperemiată. La palpare dureri moderate. Tumefiere rotundă, net circumscrisă, cu suprafața netedă; senzație de depresibilitate. La palpare se depistează o tumefiere pe plica de tranziție în regiunea dinților [84, 85], percuția dinților dureroasă, mobilitate de gradul I. Pe roentgenogramă – imaginea radiotransparentă situată în dreptul rădăcinii dinților [84, 85] cu dimensiuni de 3,0 x 2,0 cm. Mugurii dentari deplasați, coroana dintelui este inclusă în cavitatea chistică, rădăcinile fiind inițial extrachistice. Dinții de lapte cu rizaliză patologică.

Diagnostic: Chist folicular în regiunea mandibulară (K 04.8), în regiunea dinților [84, 85].

Tratament: operație chistotomie.

Prima vizită: s-a efectuat anestezie locală sau generală pe plica de tranziție în regiunea dinților [84, 85]. S-a separat lamboul muco-periostal, s-a exciziat corticala vestibulară la nivelul de proiecție a chistului, s-a separat cuticula chistului de peretele osos. Dintele inclus în chist și legat de cuticula chistului la nivel de colet s-a decolat de pereții chistului și s-a lăsat în os. Plaga a fost prelucrată cu soluție antiseptică de Betadină. Lamboul muco-periostal a fost introdus în cavitatea chistului și s-a fixat cu meșă de Iodoform. Pereții chistului au fost trimiși pentru examen morfologic. Au fost indicate tratament antibacterian, desensibilizante, analgezice.

Recomandări: se recomandă lavaje lejere ale cavității bucale cu antiseptic sol. 0,05% Clorhexidină.

Vizite ulterioare (2-3): pacientul acuză edem al țesuturilor moi, dureri spontane și provocate.

Tratament: prelucrarea plăgii cu sol. 0,05% Clorhexidină. Schimbarea meșei cu Iodoform. Prelungirea tratamentului.

Vizita în ziua a 12-a – a 14-a. Edemul țesuturilor moi s-a micșorat. Acuze de dureri nu prezintă. Sensibilitatea buzei se restabilește.

Tratament: prelucrarea plăgii cu sol. 0,05% Clorhexidină. Schimbarea meșei cu Iodoform.

Următoarele vizite (fiecare 10-12 zile până la cicatrizarea completă a plăgii): fără acuze, mucoasa în zona plăgii de culoare roz.

Tratament: plaga se prelucrează cu sol. 0,05% Clorhexidină. Se înlătură meșa de Iodoform.

Consultul chirurgului – peste 6 luni. Radiografia de control – la 6 luni și la 12 luni postoperatoriu.

Operația de hemisecțiune

Acuze: defect al coroanei dentare, durere nesemnificativă la contact cu antagonistul.

Anamneza: dintele tratat cu mai mulți ani în urmă, după care la stomatolog nu s-a prezentat. De 30 de zile simte disconfort în regiunea dintelui, periodic dureri provocate.

Obiectiv: pe suprafața masticatorie a dintelui 46 se observă obturație din compozit-material, percuția dintelui 46 indoloră, mucoasa gingiei de culoare roz-pal. Palparea nu este dureroasă. Pe roentgenogramă se depistează rarefierea țesutului osos în regiunea radixului medial al dintelui 46 cu mărimea de 0,5 cm, radixul medial este perforat în 1/3 medie. Canalul distal obturat până la apex.

Diagnostic: Periodontită cronică periapicală (K 04.5) a dintelui 46 (perforarea apexului medial).

Tratament: hemisecțiunea dintelui 46 cu înlăturarea radixului medial.

Prima vizită: anestezie locală mandibulară cu sol. 4% Ubistesin, s-a efectuat separarea coroanei dintelui 46 până la bifurcație, rădăcinile au fost separate. Partea medială a coroanei dintelui 46 a fost înlăturată în bloc cu rădăcina. S-a efectuat chiuretajul, în alveolă a fost introdus material osteoplastic, s-au aplicat suturi resorbabile. S-au indicat preparate antiinflamatoare, antihistaminice, analgezice.

Recomandări: lavaje cu soluții antiseptice timp de 5 zile.

Următoarea vizită (5-7 zile): fără acuze, mucoasa de culoare roz-pal.

Tratament: prelucrarea plăgii cu sol. 0,05% Clorhexidină. Înlăturarea suturilor. Se recomandă radiografii în dinamică la 6 luni și la 12 luni postoperatoriu.

Operația de replantare a dintelui cu proces infecțios la apexul dintelui pluriradicular

Acuze: dureri spontane și tumefiere a mucoasei gingivale la nivelul apexului dintelui 47.

Anamneza: dintele 47 a fost supus tratamentului endodontic cu doi ani în urmă.

Obiectiv: dintele 47 este obturat, mucoasa apofizei alveolare cu hiperemie, ușor tumefiată. Percuția dintelui ușor doloasă. Pe roentgenogra-

mă se observă rarefierea structurii osoase în regiunea apexurilor radiculare ale dintelui 47, canalele dentare sunt obturate pe 2/3.

Diagnostic: Periodontită cronică apicală a dintelui 47 (K04.5).

Tratament: operație de replantare a dintelui 47.

Prima vizită: s-a prelucrat câmpul operatoriu cu antiseptic, sub protecție de anestezie locală cu sol. 4% Ubistesin - 2,0 s-a efectuat anestezia la Spina Spix. Cu ajutorul cleștilor și elevatorului s-au efectuat sindesmotomia, insinuarea, fixarea și mișcări vestibulo-linguale, extracția dintelui 47 atraumatic, păstrând maximal fibrele periodonțiului. Plaga alveolară a fost chiuretată ușor și prelucrată antiseptic după ce s-a acoperit cu tampon îmbibat cu sol. 5% acid aminocapronic. Rădăcina dintelui a fost prelucrată lejer cu soluții antiseptice, s-au înlăturat granulațiile infecțioase de pe apexul rădăcinii. Timp de 3 min. asupra rădăcinii dentare s-a acționat cu infrasonet și sol. 0,05% Clorhexidină bigluconat. Canalele radiculare au fost reobturate. Dintele extras a fost reimplantat în alveola lui preoperatorie. S-a efectuat fixarea lui cu materiale de obturație.

Recomandări: igiena cavității bucale și lavaje antiseptice cu soluție de Betadină. Examinări în dinamică, timp de 5 zile, limite în masticăție. Tratament antibacterian cu spectru larg de acțiune în formă de pastile, antiinflamatoare, desensibilizante, antidolore pe parcurs de 5 zile.

La a doua vizită: pacientul acuză edem nesemnificativ al țesuturilor moi perimaxilare, dureri slabe.

Tratament: prelucrarea cavității bucale cu soluție antiseptică.

Vizita de control (peste 5-7 zile): fără acuze, dintele 47 este stabil, mucoasa de culoare roz-pal.

În lipsa acuzelor se recomandă a se prezenta la control peste 6 luni, cu radiografii de control.

Traumatismul dentar cu avulsia dintelui 11. Operația de reimplantare



Acuze: dureri la contactul cu antagoniștii și mobilitatea dintelui 11.

Anamneza: cu două ore în urmă a căzut de pe bicicletă. În urma traumatismului s-a observat dinte 11 mai jos, în comparație cu dinții vecini, din care cauză este dificil de a contacta dinții superiori și inferiori.

Obiectiv: dinte 11 s-a luxat din alveola lui, este deplasat palatinal și inferior. Se observă o plagă muco-periostală pe apofiza alveolară. Mucoasa din jurul dintelui este hiperemiată, cu eliminări serolente sangvine. La palpație – dureroasă, dinte cu mobilitate de gradul II. Pe imaginile radiografice se observă lărgirea fisurii periodontale a dintelui 11 pe tot parcursul rădăcinii dentare, placa corticală nu este afectată. Dinte 11 nu a fost tratat anterior.

Diagnostic: Traumatism acut dentar. Luxație incompletă a dintelui 11 (S03.2).

Tratament: prelucrare chirurgicală primară. Reimplantarea dintelui 11.

La prima vizită: s-a prelucrat câmpul operator antiseptic cu sol. Betadină. S-a efectuat inspecția plăgii. S-au re poziționat marginile mucoasei de pe apofiza alveolară și s-au fixat cu fire de catgut N3. S-a efectuat reducerea dintelui în alveolă și s-a re poziționat în poziție pre-traumatică. Dinte 11 a fost imobilizat prin aplicarea atelei din compozit.

Au fost indicate antiinflamatoare, antihistaminice și analgezice.

Recomandări: igiena cavității bucale prin lavaje cu antiseptice de tip. sol. 0,05% Clorhexidină bigluconat, antiinflamatoare, regim dietetic, excluderea efortului fizic timp de 6 luni. Examinare în dinamică prin aplicarea testelor vitale, radiografii de control la 12 luni.

Vizita la medic a doua zi: acuze de dureri slabe și edem nesemnificativ al țesuturilor moi.

Tratament: prelucrarea gingiei cu sol. antiseptică.

Următoarea vizită (peste 1-1,5 luni): fără acuze, este înlăturată banda de fixare. Se efectuează testul vital. În caz de necroză pulpară a dintelui 11, se recomandă obturarea canalului radicular.

Radiografii de control la 12 luni, o dată în an timp de 3 ani.

Pericoronarita

Pericoronarita este o maladie a sistemului dento-maxilar foarte răspândită. În structura generală a serviciului stomatologic această patologie se întâlnește în 60-80% din cazurile de erupții ale ultimilor molari („de minte”) de pe mandibulă. În caz de tratament inadecvat, neacordat la timp, pericoronarita poate trece în formă cronică, procesul inflamator adeseori se acutizează.

În Clasificarea Internațională ediția a X-a a fost înregistrată sub denumirea „gingivita și patologiile parodontale” cod K05.22 – pericoronarita acută și K05.32 – pericoronarita cronică [1, 7, 18].

Acuze: dureri spontane cu intensificarea lor la mișcările mandibulei, la deglutiție, dificultăți la deschiderea cavității orale, la alimentare în regiunea mandibulei pe stânga.

Anamneza: durerile au apărut 2 zile în urmă, intensitatea crește treptat. În trecut au fost senzații de dureri periodice în această regiune, care dispăreau de la sine. La momentul actual durerile se intensifică, analgezicele nu au efect. Starea generală este alterată cu slăbiciuni, cefalee.

Obiectiv: starea generală de grad mediu, prezintă stări febrile – 38,1°C, tegumentele palide, roze. La inspecția extrabucală se observă o tumefiere în regiunea submandibulară pe stânga din cauza edemului țesuturilor moi. Tegumentele acoperitoare nu sunt modificate, în plică se

strâng ușor. La palpare tumefiere doloră, margine bazilară ștearsă, se depistează ganglioni submandibulari măriți, cu consistență dură, dure-roși, aderenți la planurile profunde. Trismus (2 cm între incisivii centrali). În cavitatea orală: edem al mucoasei în regiunea retromolară, al plicii pterigopalatine care se extinde pe partea laterală oro-faringiană, plica de tranziție ștearsă la nivelul dinților 36, 37. Dintele de minte 38 a erupt doar parțial cu tuberculii mediali și este acoperit parțial cu mucoasă, formând un buzunar din care se elimină picături de puroi la presiune. Palpația în regiunea dintelui 38 dureroasă. Șanțul sublingual ușor bombat. Tabloul radiografic: în proiecție laterală din stânga dintelui 38 este situat în arcada dentară și este în stadiu de erupție. Structura osului nu are semne de modificări patologice.

Diagnostic: Pericoronarită acută în regiunea dintelui 38.

Tratament: s-a prelucrat antiseptic cavitatea bucală și în special la nivelul submucoasei dintelui 38. S-a indicat tratament antibacterian, antiinflamator, desensibilizante, igiena cavității bucale. Vizite de control în dinamică.

Recomandări: prezența la stomatologul-chirurg după ce au trecut manifestările procesului inflamator acut, de regulă, la o săptămână după stabilirea procesului cronic, pentru a se efectua operația de extracție a dintelui 38. Dacă procesul inflamator se agravează, pacientul trebuie să se prezinte la medic a doua zi.

V a r i a n t a 1 de descriere a operației de excizie a mucoasei acoperitoare.

Tratament: după prelucrarea cavității bucale cu antiseptice (sol. Betadină) s-a efectuat anestezie locală la Spina Spix cu sol. Ubistesin 4% – 4,0 după care s-a efectuat incizia mucoasei acoperitoare în jurul dintelui 38 cu ajutorul bisturului. Țesuturile moi din regiunea dintelui 38 s-au excizat până la eliberarea coroanei dentare.

Plaga chirurgicală s-a prelucrat cu soluții antiseptice, sol. Furacilină 1:5000 (sau cu alt antiseptic), în plagă se introduce tampon cu Iodoform. S-au dat recomandări.

V a r i a n t a completării zilnicului.

Acuze: dureri spontane și provocate, dificultăți la deschiderea gurii.

Obiectiv: starea generală de grad mediu, febră – 37,5°C. Se mențin măriți ganglionii limfatici submaxilari, la palpare dureroși. Cavitatea orală se deschide la 2 cm distanță între incisivii centrali superiori și inferiori. La inspecția cavității orale se observă, că meșa cu Iodoform este bine fixată pe coroana dentară, în zona retromolară se observă edem și hiperemia mucoasei.

Tratament: meșa cu Iodoform este schimbată sau înlăturată. Se recomandă continuarea tratamentului medicamentos. Sunt recomandate proceduri de prelucrare a plăgii cu substanțe antiseptice. Programare pentru următoarea vizită. În caz de poziționare incorectă a dintelui, deficit de spațiu pentru dinte în arcada dentară, în caz de distrucție a țesutului osos în regiunea coletului dentar sau pe tot parcursul radixului, în caz de recidivă a procesului inflamator se recomandă extracția dintelui „de minte”.

Incluzia molarului 3. Varianta descrierii operației de extracție a molarului 3



Tratament: după prelucrarea cavității bucale cu antiseptic s-a efectuat anestezie mandibulară cu sol. Ubistesin 4% – 2,0. S-a efectuat incizia mucoasei și a periostului în regiunea retromandibulară cu trecere pe aspectul vestibular al mandibulei până la dintele 37 cu lungimea de 2 cm. Lamboul muco-periostal a fost decolat și ridicat. Cu ajutorul frezei

sferice s-a înlăturat osul acoperitor, după care conform schemei s-a recurs la extracția acestui dinte cu ajutorul elavatorului. După înlăturarea dintelui împreună cu cuticula foliculară, plaga alveolară a fost prelucrată cu sol. 0,05% Clorhexidină. Lamboul muco-periostal a fost deplasat deasupra plăgii alveolare și s-a fixat cu suturi resorbabile, iar în plaga alveolară a fost captușit cu meșă de Iodoform.

Recomandări: igiena cavității bucale cu antiseptic. Timp de trei zile de a primi antiinflamatoare și antidolore, la necesitate de a prelungi până la 5 zile. Prezentare la medic a doua zi după operație.

Alveolitele maxilarelor

Alveolita – inflamația pereților alveolari – este un proces inflamator răspândit (24–35% din toate complicațiile postextracționale). S-a constatat, că în cca 24,2% din cazuri alveolitele se dezvoltă în osul maxilar și în 75,8% din cazuri – în mandibulă, preponderent la femei.

În majoritatea cazurilor alveolita apare în urma extracției traumatizante sau la nerespectarea de către pacient a igienei cavității orale după intervenția chirurgicală. Netratată la timp alveolita poate conduce la osteomielită [1, 2, 16].

Acuze: dureri spontane cu intensitate crescândă în regiunea alveolei dintelui extras 36, trismus, t^o corpului – 38,0°C.

Anamneza: durerile au apărut a doua zi după extracția dintelui 36. Cu 3 zile în urmă s-a efectuat extracția dificilă a dintelui 36, pentru „Periodontită cronică apicală”.

Obiectiv: tegumentele feței palide, asimetria feței din cauza edemului țesuturilor moi la nivelul dintelui extras. Ganglionii limfatici regionali măriți, dureroși la palpare. Pe imaginile radiografice se vede alveola dintelui extras cu contur clar. La inspecția orală se observă alveola dehiscentă, mucoasa din jurul alveolei hiperemiată, edemațiată și dureroasă. Alveola conține mase necrozate cu depuneri de culoare gri și miros fetid. Palparea – dureroasă. Este alterată starea generală (stare subfebrilă, scăderea poftei de mâncare, slăbiciuni).

Diagnostic: Alveolită (K10.3) maxilară (alveola dintelui extras 36).

Tratament: după prelucrarea antiseptică a cavității bucale s-a efectuat anestezie locală tronculară la Spina Spix cu sol. Ubistesin 4% – 2,0, s-a efectuat chiuretajul plăgii alveolei. S-au înlăturat resturile de alimente, granulațiile, cheagul de sânge necrozat, alveola a fost prelucrată cu sol. 0,05% Clorhexidină (sau alt antiseptic). În cavitatea alveolei a fost introdusă meșa cu Iodoform (sau alt preparat).

Recomandări: antibiotice cu spectru larg de acțiune, desensibilizante, analgezice și antiinflamatoare de 2 ori pe zi după mese timp de 3-5 zile. Igiena cavității bucale cu antiseptice.

Vizita la medic a doua zi.

Acuze: durerile din regiunea dintelui 36 extras s-au micșorat. Se menține febra (37°C), scăderea poftei de mâncare, slăbiciunea.

Obiectiv: edemul țesuturilor extrabucale la nivelul dintelui extras 36 se menține în limite stabile cu tendința de micșorare. Ganglionii limfatici regionali măriți, dureroși la palpare. Gura se deschide fără dificultăți, creasta alveolară îngroșată.

Tratament: alveola este prelucrată cu sol. 0,05% Clorhexidină bigluconat (sau alt antiseptic). Este schimbată meșa cu Iodoform. Se recomandă tratamentul general prescris anterior. Recomandările rămân aceleași.

Următoarea vizită peste 4-5 zile.

Acuze: t° corpului – 36,7°C, starea generală satisfăcătoare.

Obiectiv: tegumentele de culoare normală, configurația feței normală. Ganglionii limfatici nu sunt măriți, la palpare – indolori. Trismusul a dispărut.

Tratament: alveola prelucrată cu antiseptic (sol. Furacilină 1:5000). Meșa s-a înlăturat. Evidența stomatologului în dinamică.

MALFORMAȚII CONGENITALE

Anchiloglosia



Anchiloglosia sau „limba scurtă” se datorează unui fren lingual scurt și îngroșat, care cauzează dificultăți de supt, în articularea cuvintelor și în igiena bucală, deoarece mișcările limbii sunt limitate. Afecțiunea poate fi depistată în perioada alăptării copilului fie de unul dintre părinți, fie de un consultant. Dificultate în articularea cuvintelor prin imposibilitatea pronunțării unor consoane (r, t, s, n etc.) se observă la copiii cu vârsta de 3-5 ani. Poate fi observată de medicul stomatolog pediatric în perioada de instalare a dentiției primare sau permanente prin problemele ortodontice de tip malocluzie dentară sau spațiu între incisivii inferiori. Este o maladie congenitală și foarte rar este însoțită de fuziunea incompletă a mandibulei la nivelul mentonului.

Tratamentul acestei malformații este, de regulă, chirurgical. Există două opțiuni terapeutice: frenotomia linguală și frenuloplastia. Prima variantă se efectuează în cabinet, cu sau fără anestezie; varianta a doua

este o procedură chirurgicală mai complexă, care se folosește când frenul lingual este gros sau limba este lipită de planșeul bucal. Acest tratament chirurgical se face în sala de operație cu anestezie generală, deoarece presupune o rezecție mai extinsă și suturi care să refacă anatomia zonei.

Caz clinic

Acuze: părinții se adresează la prezența dereglărilor funcționale în timpul suptului. Pe parcursul primei luni copilul nu crește în greutate. Prezintă stări de neliniște în special în timpul suptului.

Anamneza: sarcina a decurs fără complicații. Este al doilea copil în familie. Anamneza familială nu a depistat antecedente congenitale la rudele de gradul întâi sau doi.

Obiectiv. configurația feței nu este modificată. Se observă dificultatea de a scoate limba dincolo de arcadele dentare, mișcările limbii dintr-o parte în alta sunt limitate, când se scoate afară limba pare să fie crestată sau în formă de inimă (în special se observă în timpul plânsului). La palpare se observă frâul scurt și îngroșat, dar vârful limbii este fixat de planșeul bucal și apofiza alveolară printr-o membrană subțire și străvezie.

Diagnostic: Fren scurt al limbii (D38.1).

Tratament: V a r i a n t a 1. Preoperatoriu se aplică anestezie topică. Frenotomia linguală se face pe cale chirurgicală cu ajutorul unei foarfece sterile, mici și ascuțite, cu care se taie transversal frenul lingual pe toată întinderea peliculei străvezii și subțire, redând astfel mobilitatea limbii. Sângerarea este minimă (câteva picături) și se oprește prin compresie sau spontan. Bebelușul se hrănește imediat la sân.

V a r i a n t a 2. Se prelucrează cu antiseptic câmpul operatoriu. Se stabilesc hotarele frâului, se efectuează incizia frenului la jumătate de lungime. Bond se decolează fibrele mușchiului genioglos de țesutul conjunctiv, iar surplusul de fren se excizează. Marginile defectului în formă de romb se fixează cu fire neresorbabile.

Recomandări: igiena cavității bucale; la dureri de a folosi gel de tip Dentinox. Examenul repetat la stabilirea dentiției primare [5, 10, 15].

Frenul scurt labial la copii

Frenul scurt labial reprezintă un strat de țesut format din membrană și fibre musculare, ce restrâng mobilitatea corespunzătoare a buzelor. Formele frâului buzei superioare sunt frenul lat și frenul scurt, care pot fi cauza de strungăreață sau diastemă.

Funcția frenului bucal este păstrarea armoniei dintre buze și cavitatea bucală încă din timpul creșterii fetale. De obicei, frenul se separă de gingie, suficient cât să nu restricționeze mișcările naturale, necesare hrănirii și vorbirii, înainte ca bebelușul să se nască. Însă uneori nu se întâmplă acest lucru. La băieții această problemă apare de 3 ori mai des decât la fetițe. În mod normal ea nu influențează poziția normală a dinților sau desfășurarea funcțiilor.

În situații particulare, întâlnite la aproximativ 5% din populație, frenurile, datorită poziției sau lungimii neadecvate, perturbă masticția și creșterea armonioasă a dinților.

Caz clinic

Acuze: părinții s-au adresat cu acuze la spațiu între incisivii superiori observate de la eruperea dinților primari.

Anamneza: a fost observată de medic în timpul controlului medical.

Obiectiv: țesutul fibros al frenului, poziționat intraradicular, atașând buza de gingie, într-un punct foarte apropiat de cei doi incisivi centrali superiori, împiedică dezvoltarea acestora în poziție normală.

Diagnostic: Fren scurt al buzei superioare (Q 38.0).

Tratament chirurgical: V a r i a n t a 1. S-a efectuat prelucrarea antiseptică a câmpului operatoriu. S-au efectuat două incizii în formă de Y în jurul frâului pe mucoasa apofizei alveolare. S-au decolat părțile moi și s-au ridicat superior. Marginile plăgii pe mucoasa buzei superioare au fost fixate cu fire resorbabile. Periostul apofizei alveolare a fost acoperit cu meșă iodoformată.

V a r i a n t a 2. S-au efectuat două incizii în jurul frâului buzei superioare. S-a decolat frâul îngroșat și s-a exciziat. Părțile moi au fost deplasate superior. Marginile mucoasei în jurul defectului s-au adaptat și s-au fixat cu fire resorbabile.

Recomandări: igiena cavității bucale cu soluții antiseptice ușoare (infuzie de mușțel) și uleiuri keratoplastice (sol. Cătăină). La dureri – jeli pentru anestezie topică (jel Dentinox). Regim dietetic.



Formațiuni tumorale benigne

Problema tumorilor regiunii oro-maxilo-faciale este extrem de actuală în prezent. Tumorile cu diverse localizări sunt clasificate după particularitățile anatomo-clinice și morfologice. Diagnosticul primar, de regulă, se stabilește în baza caracteristicilor anatomice și a manifestărilor clinice ale maladiei. Diagnosticul exact se bazează pe examenul histologic, care este considerat drept standardul de aur în diagnosticul patologiilor tumorale ale țesuturilor și organelor [3].

Nevusul

Este o formațiune benignă, care în marea majoritate a cazurilor prezintă vicii congenitale de dezvoltare a dermei. În unele sectoare se formează conglomerate de celule patologice, numite nevocite, cu un conținut de pigment melaninic. Alunica și nevusul sunt noțiuni identice (termenul provine din limba latină – *naevus*). În mod normal aceste celule sintetizează melanină care îi dă pielii culoare. În stări patologice cantitatea de melanină crește și apar formațiuni specifice [2, 3].



Caz clinic

Acuze: părinții s-au adresat cu copilul de 3 luni cu acuze la existența unei formațiuni, care provoacă disconfort estetic în regiunea feței și care se supune unui traumatism constant în timpul igienizării pielii.

Anamneza: alunița a fost prezentă la nașterea copilului. Pe perioada de dezvoltare a copilului nu provoacă dereglări funcționale, nu se manifestă creșterea ei, nu se modifică în culoare. Crește proporțional cu vârsta.

Obiectiv: configurația feței este neschimbată. În regiunea geniană-parotidiană se observă o formațiune cu formă neregulată, de culoare cafeniu-închisă, bine delimitată, de formă neobișnuită, cu diametrul de 1x3 cm. Proeminentă deasupra pielii, suprafața este neregulată, cu fire de păr pe suprafața ei.

Diagnostic: Nev congenital verucos (Q 8.25).

Tratament: sub protecție de anestezie generală, s-a prelucrat câmpul operatoriu cu antiseptice (sol. Betadină), s-a efectuat incizie în jurul formațiunii, s-a decolat de țesutul subcutanat. Hemostază. Plaga a fost suturată în straturi. Formațiunea a fost trimisă pentru examen histologic. Pe plagă s-a aplicat pansament aseptice.

Recomandări: a nu se expune la soare direct sau la raze ultraviolete, a nu admite udarea plăgii timp de 10 zile, în caz de necesitate a cere consultația oncologului. Pentru înlăturarea nevilor există mai multe metode, ca: criodestrucția, electrocoagularea, laseroterapia, metode radiochirurgicale.

Chistul dermoid



Este o formațiune tumorală benignă constituită dintr-o inclavare epidemică, constituind adesea folicul pilos, glande sebacee cu localizare la extremitatea externă a sprâncenei sau la nivelul gâtului [2, 17].

Caz clinic

Acuze: tumefiere în regiunea obrazului, defect estetic.

Anamneza: tumefierea a fost observată la pacient la vârsta de 3 ani. Părinții au observat că formațiunea se mărește în volum. Pacientul a aplicat de sine stătător diverse comprese, dar fără vreun efect. Tumefierea este indoloră.

Obiectiv: la examenul vizual se observă o formațiune tumorală în regiunea sprâncenei pe stânga. Tegumentele acoperitoare nu sunt modificate în culoare, pielea formează pliuri. La palpate în țesuturile moi se depistează o formațiune tumorală de cca 1,5 cm, de consistență densă, elastică, cu suprafața netedă, este indoloră la o presiune blândă, nu este aderentă la planurile profunde și nu infiltrază în ele.

Ganglionii limfatici regionali nemonificați, deschiderea gurii fără dificultăți. Mucoasa nemonificată, de culoare roz-pal.

Diagnostic: Chist dermoid al feței pe stânga.

Tratament: sub protecție de anestezie generală s-a prelucrat câmpul operatoriu cu antiseptic. S-a efectuat incizia pielii, țesutului subcutanat cu lungimea de 3 cm la nivelul proiecției chistului. Țesuturile s-au separat pe straturi până la învelișul tumorii. Tumoarea a fost separată cu atenție de țesuturile adiacente și înlăturată. A fost trimisă pentru examen histologic. Hemostază. Plaga a fost suturată în straturi cu fire resorbabile profunde și neresorbabile superficiale. În plagă s-a introdus un dren de cauciuc.

S-a indicat terapie medicamentoasă (cu antiinflamatoare, antiodore).

Recomandări: igiena pielii, evidență în dinamică. Zilnic, timp de 7 zile. La 3 luni, la 6 luni și la 12 luni.

Vizita la medic a doua zi: starea generală satisfăcătoare.

Acuze: dureri provocate în regiunea temporală. Temperatura corpului – 36,9°C.

Obiectiv: edem postoperatoriu al țesuturilor moi în regiunea pleoapei superioare, plaga nu prezintă semne de inflamație, drenul este fixat, nu se observă eliminări.

Tratament: plaga este prelucrată cu sol. antiseptică, drenul se înlătură.

Următoarea vizită peste 5-7 zile (dacă nu apar complicații).

Starea generală a pacientului satisfăcătoare. Fără acuze.

Obiectiv: edemul s-a micșorat, suturile nealterate.

Tratament: sunt înlăturate suturile.

Plaga se prelucrează cu sol. antiseptică.

Recomandări: control repetat la 30 de zile.

Epulisul gingival fibromatos



Este o afecțiune tumorală a țesutului fibromatos. Țesutul de origine este cel conjunctiv. Geneza nu se cunoaște. În unele cazuri este evident caracterul ereditar al maladiei, manifestat în mai multe generații. Mai frecvent, însă, are un caracter spontan. Afecțiunea se localizează pe un sector al gingiei în regiunea unui număr de dinți. Uneori proliferările fibromatoase pot acoperi totalmente dinții [1, 9, 15].

Caz clinic

Acuze: proliferări ale mucoasei pe marginea gingivală în regiunea segmentului lateral al mandibulei, miros neplăcut din gură, sângerare la atingere (la folosirea perișei de dinți), dureri provocate. În timpul mascației se manifestă dureri din cauza traumei cu alimente.

Anamneza: cu 6 luni în urmă, la nivelul dinților 75, 36 ai mandibulei s-a observat o formațiune cu creștere lentă, indolore, apărută odată cu începutul schimbului fiziologic. Mucoasa apofizei alveolare la nivelul mandibulei pe stânga apare cu gingivoragii. Se observă o creștere lentă a formațiunii. La momentul dat provoacă disconfort la masticăție, vorbire, deglutiție.

Obiectiv: configurația feței fără schimbări, ganglionii limfatici regionali nemişcați, indolori la palpare. La inspecția cavității bucale s-a stabilit dentiție mixtă. La nivelul dinților 74, 75, 36 pe apofiza alveolară – formațiune cu creștere exofită, de culoare roșie, cu suprafața neregulată, de consistență moale, sângerează la atingere, depuneri albicioase pe dinți. Imaginea radiografică nu prezintă modificări.

Diagnostic: Epulis gingival fibros (D 21.0).

Tratament: chirurgical de înlăturare a formațiunii tumorale.

Sub protecție de anestezie generală s-a prelucrat câmpul operatoriu cu antiseptice. S-a efectuat incizia mucoasei și periostului în jurul neoformațiunii.

Plaga a fost prelucrată cu soluție antiseptică. S-a creat un lambou mucoperiostal, care a avansat peste osul liber și s-a fixat cu fire resorbabile. Pe plaga chirurgicală s-a aplicat pansament cu meșe de Iodoform care s-au fixat cu fire resorbabile.

Recomandări: igiena cavității bucale cu soluții antiseptice timp de 7 zile. Regim dietetic. Evidență în dinamică zilnic, timp de 7 zile.

A doua zi.

Acuze: dureri și edem.

Tratament: prelucrarea plăgii cu sol. 0,95% Clorhexidină.

La a 7-a zi: fără acuze, mucoasa în zona operației de culoare roz, suturile s-au păstrat.

Tratament: aplicații cu sol. 10% Lidocaină, s-au înlăturat firele, plaga a fost prelucrată cu sol. 0,05 Clorhexidină.

Vizită de control la 30 de zile, 3 luni, 6 luni, 12 luni.

Papilomul



Papilomul este o tumoare benignă. Țesutul de origine – epiteliul pavimentos cornificat, din care cauză papiloamele capătă o nuanță albicioasă. În dezvoltarea papiloamelor sunt implicați: factorul disantogenetic, factorul termic (t° foarte joase și foarte înalte), traume cu margini ascuțite ale dinților în erupție, procese inflamatorii cronice și acute.

Papiloamele se întâlnesc la orice vârstă (inclusiv de la naștere). Frecvența maximă de depistare: 7-12 ani. Predomină afectarea sexului feminin. Se localizează preponderent pe limbă, mucoasa obrazului, a palatinului, pe creasta alveolară, în regiunea frenului lingual, în regiunea plicilor pterigo-mandibulare [2, 11].

Caz clinic

Acuze: apariția unei formațiuni pe vârful limbii, care produce disconfort la alimentare.

Anamneza: pacientul a observat apariția formațiunii cu 3 luni în urmă. Formațiunea cu timpul crește în dimensiuni.

Obiectiv: configurația feței fără schimbări. Ganglionii limfatici regionali nemodificați, nu se palpează. Gura se deschide liber, fără dificultăți. Mucoasa de culoare roz-pal, umedă. Pe vârful limbii pe partea dorsală se observă o formațiune pe un pedicul îngust, 0,5 cm în diametru, la palpare – consistență moale, formațiunea nu este fixată, indoloră la palpare. Țesuturile adiacente nu sunt infiltrate. Pe mucoasa, ce acoperă formațiunea, se observă excrescențe festinate mici, abia vizibile.

Diagnostic: papilom lingual.

Tratament: după prelucrarea câmpului operatoriu cu soluții antiseptice, s-a efectuat anestezie infiltrativă cu sol. Lidocaină 1% – 1,0, după care prin două incizii semiovale în jurul formațiunii pe mucoasa limbii s-a excizat formațiunea în limitele țesuturilor sănătoase până la stratul muscular. Hemostază. S-au aplicat suturi resorbabile.

Formațiunea înlăturată a fost trimisă la examen histologic.

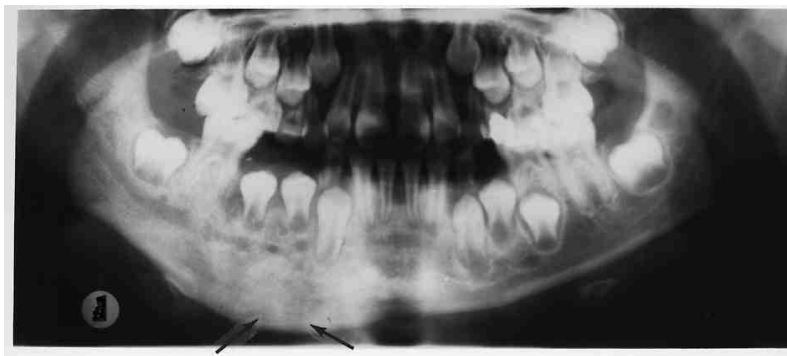
Recomandări: clătire de 3 ori pe zi cu sol. antiseptică timp de 7 zile. Se evită traumatismele timp de 4 săptămâni. Consultația stomatologului pediatru la necesitate.

Vizite următoare (2-3): fără acuze, starea generală satisfăcătoare, t° corpului – 36,8°C.

Tratament: sub anestezie aplicativă cu gel Dexodent au fost înlăturate suturile, plaga a fost prelucrată cu soluție antiseptică.

Recomandări: a se prezenta la control la 30 de zile, 3 luni, 6 luni, 12 luni.

Periostita cronică hiperplastică



Osteomul este o tumoare benignă de origine osoasă, constituie 4% din toate tumorile benigne ale maxilarelor. Se localizează în egală proporție atât pe maxilarul inferior, cât și pe cel superior. Foarte rar se localizează în oasele nazale, frontale sau în osul zigomatic. Afectează preponderent persoanele adulte, nu are preferință de sex [2, 3, 15].

Caz clinic

Acuze: schimbarea configurației feței și îngroșarea crestei alveolare în regiunea dinților 74, 75 extrași.

Anamneza: dinții 74, 75 au fost extrași cu 12 luni în urmă. După o perioadă de 6 luni părinții au observat bombare în regiunea mandibulei pe stânga, care ușor deforma fața, iar în timp au observat o creștere lentă. Ultima lună au observat că mișcările mandibulei sunt limitate.

Obiectiv: la examenul clinic prin inspecție se observă o asimetrie ușoară a feței, fără dureri, fără modificări de culoare. Deschiderea gurii este ușor limitată, la forțare apar dureri ne semnificative. În cavitatea bucală: mucoasa în regiunea dinților extrași 74, 75 are culoare normală, este mobilă. La palpate se depistează o tumefiere de consistență dură, tuberoasă, care se extinde spre marginea bazilară, spre aspectul lingual, spre ramul mandibulei. Pe imaginile radiografice se depistează un focar omogen de opacitate cu formă rotundă sau ovală și contur neclar. Starea generală nu este alterată.

Diagnostic: Periostită cronică hiperplastică a mandibulei pe stânga (M 9180/0).

Tratament: prelucrarea chirurgicală antisepctică. Sub protecție de anestezie generală s-a efectuat incizie submandibulară la 2 cm mai jos de marginea bazilară. S-a decolat osul mandibular la nivelul proiecției tumefierii. S-a înlăturat surplusul de os nou format în limitele țesutului sănătos. Cu ajutorul frezei s-a remodelat aspectul vestibular și lingual al mandibulei. Atât pe partea vestibulară, cât și pe partea linguală a corticalei mandibulei a fost constatată integritatea lamei corticalei. Piesa operatorie a fost trimisă la examen histologic. Sutura plăgii plan cu plan cu fire resorbabile și neresorbabile.

Recomandări: igiena cavității bucale. Regim dietetic. Antibiotice cu spectru larg de acțiune, antiinflamatoare, desensibilizante, antidolore. Evidența chirurgului timp de 7 zile în perioada postoperatorie. În ziua a 7-a sub anestezie s-au înlăturat suturile.

Recomandări: evidența chirurgului și radiografii de control peste 3, 6 luni și 1 an.

Ameloblastomul

Conform ultimelor date ale OMS, pentru a stabili cu exactitate diagnosticul „ameloblastom” doar în baza examenului radiografic este aproape imposibil, pentru că un tablou radiografic identic au mixoamele și tumorile keratohistoase odontogene.

În acest scop, ameloblastomul este supus în mod obligatoriu examenului histologic atât al componentei osoase, cât și al țesuturilor moi ale piesei operatorii. Doar în aceste condiții se poate determina veridic tipul tumorii.

Din a. 2005, keratohisturile sunt clasificate în grupul tumorilor odontogene și s-a constatat, că ele sunt cele mai răspândite formațiuni epiteliale odontogene ale maxilarelor (67%), ameloblastoamele constituie 15,8%, iar chisturile foliculare – 17,2% [2, 3, 12].

Caz clinic

Acuze: deformarea configurației feței, deplasarea și mobilitatea dinților 46, 47, dereglarea actului de masticatie.

Anamneza: cu doi ani în urmă periodic a început să apară tumefiere în regiunea dinților 46, 47. Acum o săptămână au apărut dureri în regiunea crestei alveolare îngroșate în zona dinților mobili.

Obiectiv: la examen vizual se observă deformarea configurației feței în legătură cu edemul țesuturilor moi din partea vestibulară a osului mandibular în regiunea dinților 46, 47. Ganglionii limfatici sunt indolori la palpare, mobili, nu aderă la planurile profunde. Gura se deschide liber, fără dificultăți. Din partea vestibulului oral pe linia plicii de trecere și a corpului mandibulei se palpează o formațiune indoloră, de con-

sistență dură, mucoasa acoperitoare fără modificări de culoare. Dinții 46, 47 din focarul patologic sunt mobili (gradul I, II).

Pe imaginile radiografice se depistează radioopacitate bine delimitată. Tablele corticalei suflăte. Cavitatea tumorală are aspectul baloanelor de spumă (chisturi multiple de diverse dimensiuni), despărțite prin septuri osoase.

Diagnostic: Ameloblastom mandibular în regiunea dinților 46, 47 (M9310/0).

Tratament: sub protecție de anestezie generală s-a efectuat incizie pe plica de tranziție și în regiunea submandibulară. S-a decolat aspectul mandibulei în regiunea corpului mandibular. A fost separat lamboul muco-periostal. Cu ajutorul frezei a fost trepanat osul mandibular, la hotarele cu osul sănătos. S-a înlăturat porțiunea afectată a osului împreună cu dinții incluși în tumoare. Prelucrarea mecanică și medicamentoasă a plăgii. Fragmentul osos împreună cu țesuturile moi adiacente lui au fost trimise la examen histologic. Defectul osos a fost șlefuit cu freza și prelucrat cu soluție fiziologică. În cavitatea formată s-a introdus meșa cu Iodoform. Plaga a fost închisă și fixată cu fire resorbabile și neresorbabile plan cu plan, începând cu cavitatea bucală spre suprafața pielii. S-a prescris tratament antibacterian și antiinflamator, analgezice și desensibilizante.

Recomandări: în perioada postoperatorie timp de 7-10 zile se va respecta regimul dietetic, igiena cavității bucale. Antibiotice cu spectru larg de acțiune.

Vizite în următoarele zile (până la 10): schimbarea meșelor o dată la 2 săptămâni până la formarea structurii osoase. Se recomandă dispensarizarea pacientului cu control radiografic.

Remarcă: metoda deschisă de tratament al plăgii postoperatorii sub meșă cu Iodoform a permis monitorizarea permanentă a procesului de osificare normal sau de depistare a unui început de recidivă a tumorii. La suspectarea unei recidivări se recomandă examen histologic repetat, iar în caz de confirmare pacientul este spitalizat pentru tratament.

Osteoblastomul



Osteoblastomul este o tumoare osteogenă ce constituie 12% din toate tumorile benigne ale maxilarelor. Afectează toate vârstele, preponderent genul feminin [3, 14].

Caz clinic

Acuze: dureri în regiunea maxilarului, febră, slăbiciune, mobilitatea dinților 36, 37.

Anamneza: un an în urmă a apărut mobilitatea dinților 36, 37. Acum o lună a suferit o traumă a mucoasei cavității orale, după care s-a început o hemoragie abundentă.

Obiectiv: configurația feței este schimbată. În cavitatea orală, în regiunea dinților 36, 37, mucoasa este cianotică. La palpare se depistează o tumefiere tuberoasă, localizată pe procesul alveolar. Se palpează ganglionii limfatici măriți, mobili, dureroși.

Gura se deschide liber, fără dificultăți. Pe imaginile radiografice se depistează o zonă de rarefiere a structurii osoase, bine delimitată.

Diagnostic: Osteoblastom în regiunea dinților 36, 37 (M9200/0).

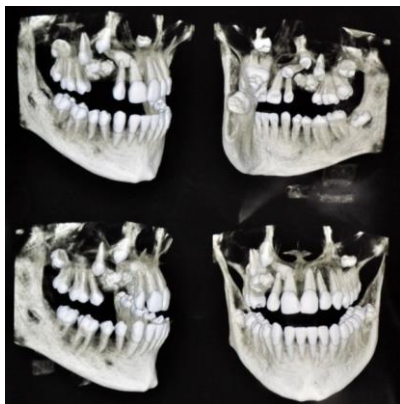
Tratament: sub protecție de anestezie generală s-a prelucrat câmpul operatoriu cu antiseptic.

S-a efectuat incizie pe plica de tranziție de la dintele 35 până în regiunea retromalară. S-a efectuat excizia tumorii, defectul din os a fost curățat mecanic și prelucrat medicamentos.

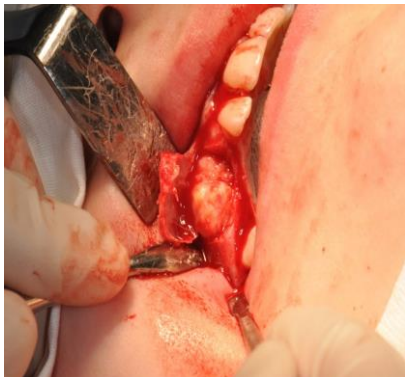
Țesutul patologic a fost excizionat împreună cu periostul din regiunea dinților 36, 37. Au fost extrași dinții mobili 36, 37. Piesa operatorie (fragmentul osos și țesuturile moi) a fost trimisă la examen histologic. Defectul de os a fost prelucrat cu sol. fiziologică, în cavitatea defectului s-a introdus meșa cu Iodoform. S-au prescris antibacteriene, antiinflamatoare, analgezice și desensibilizante. În caz de necesitate se eliberează certificat de concediu medical.

Recomandări: igiena cavității orale de 2 ori pe zi cu antiseptice timp de 7-10 zile, comprese reci în regiunea mandibulei pe stânga pe 1 oră, se evită mâncarea fierbinte în prima zi, prezentare la medic a doua zi. Următoarele vizite (până la 10 vizite) – meșa cu Iodoform se schimbă la fiecare 2 săptămâni până la cicatrizarea defectului osos. Dispensarizare cu control radiografic la 3, 6 luni și ulterior 1 dată pe an.

Odontomul



Odontomul este o formațiune tumorală, constituită din component epitelial și mezenchimal al țesutului dentiform. Acest tip de tumoare prezintă o patologie a dezvoltării folioulului dentar, motiv pentru care ea nu poate fi clasificată ca tumoare veritabilă. Odontoamele sunt încapsulate în țesut conjunctiv. Constituie 7% din toate tumorile benigne ale maxilarelor. Afectează preponderent osul mandibular, regiunea molarilor, mai mult persoanele tinere [2, 3, 7].



Caz clinic

Acuze: lipsa dintelui 46, dureri în această regiune.

Anamneza: dureri periodice în regiunea dintelui 46 care lipsește.

Obiectiv: configurația feței neschimbată, ganglionii limfatici regionali nemodificați, palparea indoloră. Mucoasa din cavitatea orală fără schimbări. Pe imaginile radiografice se depistează țesut omogen cu limite clare și iregulate, cu o capsulă de 1 mm grosime. Osul adiacent tumorii este sclerosat.

Diagnostic: Odontom mandibular în regiunea dintelui 45 (M9280/0).

Tratament: sub protecție de anestezie generală s-a prelucrat câmpul operatoriu cu antiseptic. S-a efectuat incizie liniară pe suprafața vestibulară a procesului alveolar mandibular, la 2 mm distanță de papilele dento-gingivale ale dinților 44–47. S-a separat lamboul muco-periostal. A fost trepanat osul cu freze speciale. Prin această fereștră a fost înlăturată formațiunea cu capsulă. Pentru a evita fractura osului s-au folosit plăcuțe de fixare. Fragmentul osos cu țesuturile moi și capsula au fost trimise la examen histologic. Defectul din os a fost prelucrat cu sol. fiziologică. În cavitatea defectului a fost introdusă meșa cu Iodoform. S-au prescris medicamente antibacteriene, antiinflamatoare, desensibilizante.

În caz de necesitate se eliberează certificat de concediu medical.

Recomandări: igiena cavității orale cu soluție antiseptică de 2 ori pe zi, timp de 7-10 zile, comprese reci în regiunea mandibulară pe

dreapta pe 1 oră, a evita consumarea mâncărilor fierbinți în prima zi după operație.

Vizită la medic a doua zi.

Meșă cu Iodoform se schimbă la 2 săptămâni până la cicatrizarea defectului osos. Dispensarizare cu control radiologic peste 6 luni și în continuare – 1 dată pe an.

După părerea noastră, o investigare minuțioasă și atentă a pacienților contribuie la diagnosticul oportun al tumorilor benigne ale oaselor maxilare, acesta permite prevenirea malignizării lor, iar completarea amănunțită și corectă a fișei medicale este absolut necesară ca document juridic important în caz de situații de conflict medic ↔ pacient.

În scop de a depista nereguli în prestarea serviciilor medicale, de a estima calitatea și corectitudinea alegerii metodei de diagnostic, tratament, profilaxie și reabilitare se recurge la expertiza calității serviciilor medicale conform legislației în vigoare (extras din legislația R. Moldova referitor la această problemă).

Fișa medicală a pacientului stomatologic este documentul medical și juridic de bază în estimarea corectitudinii alegerii metodelor, tehnologiilor și medicamentelor folosite în scopul profilaxiei, diagnosticului, tratamentului și reabilitării pacienților.

Bibliografie

1. Railean S., Lupan I., Poștaru C., Bușmachiu I. *Curs practic de chirurgie orală și maxilo-facială pediatrică*, CEP „Medicina”, 2009, p. 323.
2. Timoșca G., Burlibașa C. *Chirurgie buco-maxilo-facială*, 1992.
3. Țîbîrnă Gh. *Ghid de oncologie*, 2003, 819 p.
4. Jimmy R.Pinkham, Paul S.Casamassino, Dennis J.McTigue, Henry W.Fields, Arthur J.Nowak. *Pediatric Dentistry*. 2005, 723 p.
5. Michael L. Bentz. *Pediatric plastic surgery*. UnaitedStatesofAmerica, 1997.
6. Stephen H.Y.Wei D.D.S. m.s.m.M.D.S. *Pediatric Dentistry total patient care*. Philadelfia, 1988.
7. Kaban L.B., Troulis M.J. *Pediatric Oral and Maxillofacial Surgery*, USA, Elsevier, 2004.
8. Duggal M., Cameron A., Toumba J., *Paediatric Dentistry at a Glance*, Wiley-Blackwell, 2013.
9. Cameron A., Widmer R., *Handbook of Pediatric Dentistry*, Elsevier, 2008.
10. Nowak A., *Pediatric Dentistry – Infancy Through Adolescence*, Elsevier, 2019.
11. Muthu M.S., Sivakumar N., *Pediatric Dentistry: Principles and Practice*, 2/e, Elsevier, 2011.
12. Бернадский Ю.И. *Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии*, 1998.
13. Персин Л.С., Елизарова В.М, Дьякова С.В. *Стоматология детского возраста*. Москва, 2003.
14. Давыдова Б.Н. *Учебное пособие по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии детского возраста*, Тверь, 2004.
15. Колесов А.А. *Стоматология детского возраста*, Москва, 1991.
16. Рогинский В.В. *Воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области у детей*, 1998.
17. Янушевич О.О., Афанасьева В.В. *Стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Запись и ведение истории болезни*. Москва, 2019.
18. Муковозов И.Н. *Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области*. Москва, 2014.