

Înaintat în vederea îndeplinirii integrale a cerințelor pentru

Romanian Dental Awards – Ediția a 4-a, 2025

(În toate rapoartele de caz de mai jos a fost folosită notația dentară F.D.I.)

Date pacient

Nume: NT

Sex: F

Vârstă: 31

Ocupație: contabil

a) Motivul prezentării la consultație

Pacienta s-a prezentat în data de 12/10/22 solicitând o programare pentru evaluarea dintelui 1.2.

b) Istoric

De aproximativ 12 luni, la nivelul dintelui 1.2 a apărut o vezicula în gingia fixă corespunzătoare dintelui. Nu au fost raportate durere sau episoade de abcese. Pacienta nu își amintește să fi efectuat vreun tratament la acest dinte. La acel moment pacienta purta un mijloc de retenție ortodontică.

Radiografie de diagnostic 12.10.22

Tip radiografie: PA

Justificare: evaluare pre-tratament

Niveluri osoase: pierdere osoasă de 2 mm M/D

Observații: apex deschis

Fără restaurări

Fără spațiu perio lărgit

Fără tratament endodontic anterior

Fără fracturi

Prezența aparatului ortodontic fix

Suspiciune de invaginație clasa I

Radiotransparență apicală: Da – 8/5 mm

Calitate: A



Fotografii diagnostice – 22.11.2022



2. Istoric dentar relevant

Pacienta este o pacientă fidelă a cabinetului nostru. La prima ei programare (12.10.22) purta aparat ortodontic, care a fost îndepărtat ulterior de către medicul ortodont pentru a facilita izolarea cu diga. Ulterior a fost aplicat un contentor fix pentru menținerea alinierii dentare (22.11.22). Pacienta nu își amintește să fi avut vreun episod de traumă.

3. Istoric medical relevant

Nu există antecedente medicale relevante.

c) Examinare

Extraoral:

Nu s-au evidențiat modificări extraorale semnificative.

Intraoral:

Țesuturi moi:

Nu s-au observat modificări intraorale semnificative.

Țesuturi parodontale:

Nu au fost identificate pungi parodontale, nici depozite de tartru.

C.P.I.T.N.

0	0	0
0	1	0

Dinti prezenti:

7654321	1234567
7654321	1234567

Dinți: obturații sporadice pe ambele arcade, igienă orală per ansamblu bună.

Examinare specifică a regiunii 1.2:

- nu există restaurări prezente
- fără mobilitate
- fără sensibilitate la presiune
- sondare în limite normale
- nereactiv la testele de vitalitate
- fără tumefiere
- prezența unui traiect fistulos pe gingia fixă aferentă dintelui

d) Teste speciale**Examinare radiologică**

Examinarea radiologică a evidențiat o radiotransparență în asocierie cu apexul dintelui, absența unei obturații de canal, fără istoric de traumă, rădăcină imatură cu apex deschis, invaginație mezenchimală în zona coronară a dintelui.

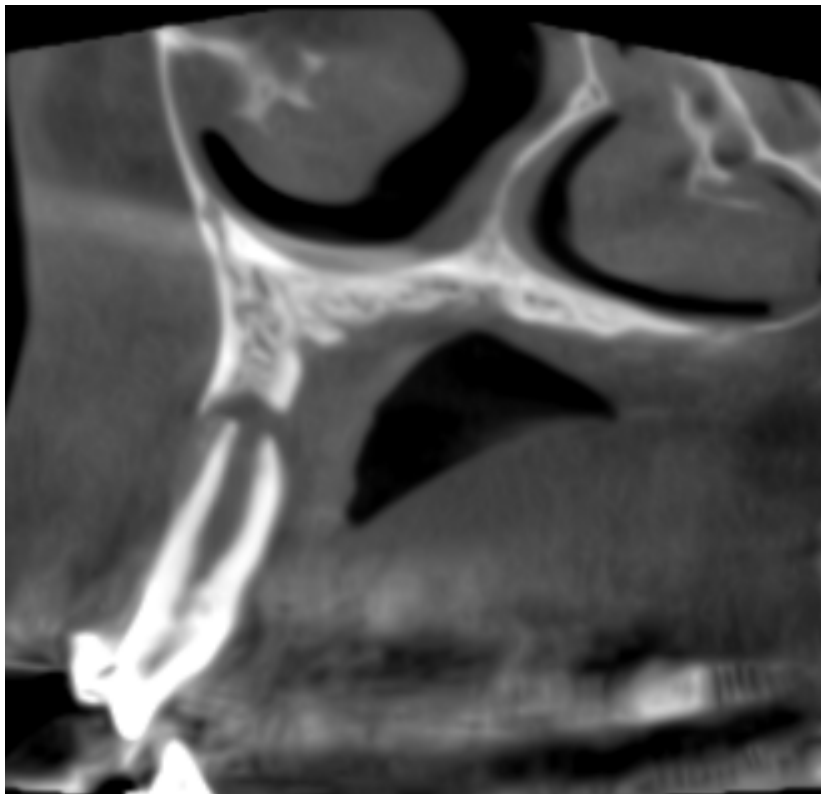
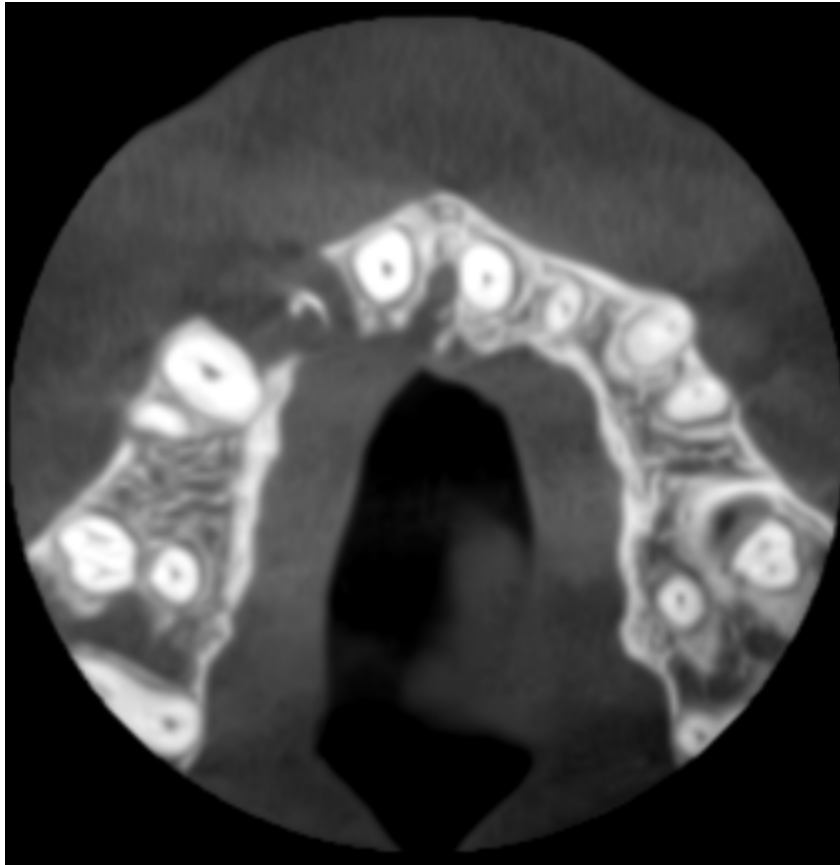
Examinare CBCT

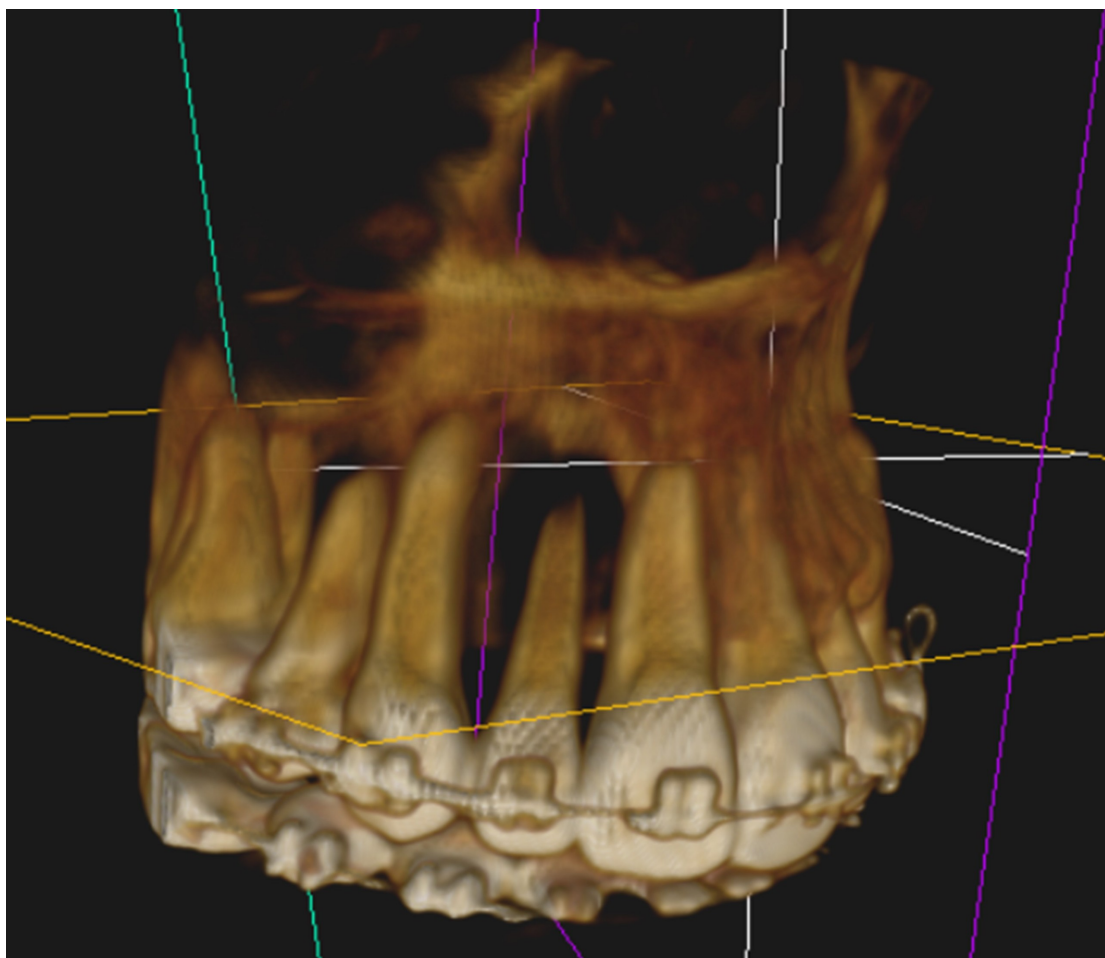
Din cauza complexității anatomice, s-a considerat necesară realizarea unui CBCT pentru a evalua cel mai bun acces endodontic, precum și anatomia care ridică semne de întrebare în ceea ce privește procesul de debridare.



Raport CBCT

- **Zona acoperită de scanare:** maxilarul superior
- **Structura scanată:** maxila
- **Zona de interes:** dintele 1.2
- **Număr de canale:** 1
- **Anatomia canalului:** apex deschis, conicitate inversată, *dens invaginatus* Tip Oehler I
- **Prezența tratamentului endodontic (RCT):** Nu
- **Restaurare coronară:** Nu
- **Patologie osoasă:** Nu
- **Patologie sinusală:** Nu
- **Patologie apicală:** Da – 7.5/5/7 mm
- **Pierdere osoasă / niveluri osoase:** normale
- **Calitatea imaginii:** A
- **Justificare:** suspiciune de complexitate anatomică
- **Perforație** a plăcii vestibulare și palatinale





Diagnostic

1.2: *dens-in-dente* cu necroză și parodontită apicală, asociată cu resorbție radiculară și apex deschis.

Opțiuni de tratament

Opțiunile de tratament au fost discutate cu pacienta și au inclus:

1. **Fără tratament, doar monitorizare** – opțiune considerată inacceptabilă de către pacientă
2. **Tratament endodontic**
3. **Extracția dintelui 1.2** și înlocuirea lui prin punte, implant sau proteză

Plan de tratament

După discuția cu pacienta privind avantajele și dezavantajele fiecărei opțiuni, s-a decis efectuarea **tratamentului endodontic** pe dintele **1.2**.

Descrierea tratamentului

12.10.2022 – Prima vizită: evaluare + radiografii

22.11.2022 – A doua vizită: fotografii + tratament
Sub izolare cu digă și magnificare la microscop, dintele a fost accesat. Canalul larg a fost inspectat, reperat și măsurat. Canalul s-a dovedit a fi mai mare decât un ac K de **mărimea 90**, astfel că debridarea s-a realizat cu **perii Versa** atașate la piesa de contraunghi, prin mișcări de periere, până când canalul a fost vizibil curat.

Irigarea s-a realizat cu:

- **EDTA 17%** (Pulpdent®)
- **NaOCl 5,25%** (hipoclorit de sodiu) (Cerkamed®)
ambele activate sonic, cu spălare intermediară cu ser fiziologic.

A fost obținută o citire **“zero”** cu apexlocatorul (NSK iPex II®). Lungimea de lucru a fost considerată identică cu lungimea diagnostică, **20 mm**.

Canalul a fost uscat cu conuri de hârtie introduse invers. Un pansament cu **hidroxid de calciu (CaOH)** a fost lăsat în canal timp de **4 săptămâni**, atât pentru a opri resorbția radiculară externă, cât și pentru a pregăti dentina pentru viitorul plug de MTA.

21.12.2022 – A treia vizită: Dintele a fost izolat și accesat din nou. Pansamentul cu CaOH a fost îndepărtat prin irigare cu **EDTA 17%**. Periile Versa au fost folosite pentru curățarea canalului timp de 1 minut. Ser fiziologic a fost utilizat pentru îndepărtarea EDTA, iar ulterior **NaOCl 5,25%**, împreună cu periile Versa, pentru a elimina orice resturi tisulare rămase.

O buleta de **colagen** a fost plasat apical pentru a preveni depășirea cu MTA. Dopul apical de **MTA** a fost aplicat cu un carrier de MTA până s-a obținut un dop de cel puțin **5 mm**.

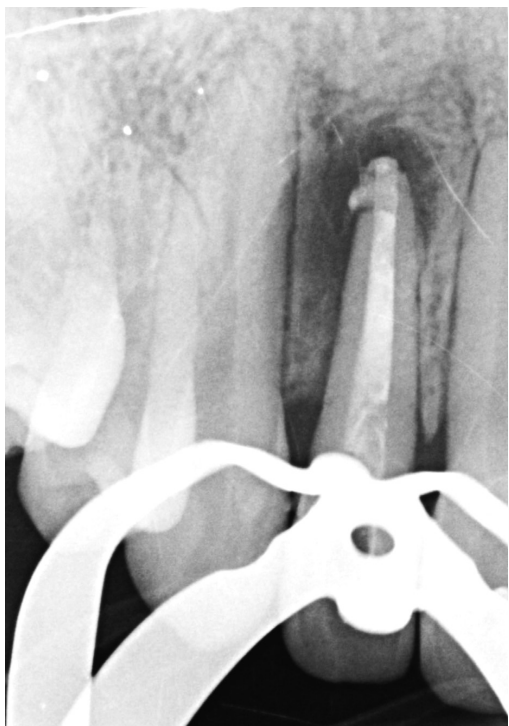
Deoarece presiunea pe pereții laterali trebuia evitată, s-a optat pentru **obturare completă cu MTA**, în locul gutapercii fluide cu compactare verticală la cald.

Deasupra MTA-ului, după priză, s-a aplicat un **GIC fotopolimerizabil (Riva®, SDI)**. Peste acesta s-a aplicat compozit **SDR**.

Radiografia postoperatorie a fost realizată și este satisfăcătoare.

Radiografie postoperatorie si follow-up de 35 de luni.

21.12.2022



11.11.2025



Pe radiografia de 35 de luni postoperator, se observă o vindecare aproape completă a radiotransparenței periapicale, împreună cu o obturație radiculară din MTA bine adaptată. Pacienta a menționat că traiecul fistulos a continuat să dreneze secreție seroasă timp de câteva luni după finalizarea tratamentului endodontic.

Discuție

O curățare chimică temeinică este esențială pentru succesul tratamentului dinților imaturi cu apex larg deschis. În acest caz nu s-a realizat instrumentare mecanică, rolul acelor fiind preluat de aceste perii extraordinare, care au făcut ca procesul de curățare și debridare să fie nu doar sigur, ci și complet.

Se poate presupune că necroza și leziunea extinsă au fost cauzate de invaginația plăcii mezenchimale în timpul formării dintelui, deși nu toți dinții care prezintă această anomalie devin necrotici.

O astfel de patologie, împreună cu anatomia asociată (dezvoltare radiculară oprită), nu poate fi cauzată de traumă sau de aparatul ortodontic.

Deși, în mod ideal, obturația radiculară nu ar trebui realizată cât timp fistula este încă prezentă la nivel gingival, de cele mai multe ori traiectul fistulos se închide în timp, odată ce sistemele imunitar și limfatic reușesc să limiteze și să neutralizeze endotoxinele și efectele lor asupra țesuturilor parodontale.

Deși radiografia de control la 35 de luni arată o aproape totală absența a radiotransparenței, confirmând corectitudinea protocolului de tratament, prognosticul pe termen lung rămâne rezervat datorită fragilității rădăcinii/dintelui.

În cazul unui dinte cu această anomalie (*dens in dente*), singurul tratament cu adevărat fiabil este eliminarea invaginației; păstrarea acesteia ar menține un portal deschis prin care bacteriile ar putea infiltra spațiul endodontic.