



EVENIMENT

ESCD a organizat la Zagreb a paisprezecea ediție a congresului Internațional de estetică dentară.

► pagină 1



ENDODONTIE

Prepararea cavităților de acces endodontic - Dr. Stephen Buchanan

► pagină 4/5



SSER 2018

SSER va organiza în 2018 a cincisprezecea ediție a congresului internațional de estetică dentară

► pagină 8

Medici din 38 de țări s-au reunit la Zagreb pentru Congresul Internațional de estetică dentară.

În perioada 21- 23 septembrie, Societatea Europeană de Cosmetică Dentară (ESCD) a organizat la Zagreb, a 14 a ediție a congresului anual, congresele organizate de Societatea Europeană de Cosmetică Dentară au devenit deja tradiție atât printre medicii dentiști cât și pentru tehnici dentarii din toată lumea.

Au fost prezenți, medicii dentiști, tehnicieni dentari și studenți din Ro-

mânia, Croația, China, India, Slovenia, Slovacia, Germania, Italia, Ungaria, etc.

Odată cu congresul anual a avut loc și o expoziție de echipamente si produse stomatologice, la care au participat cele mai renumite firme în domeniu: Planmeca, Dentsply Sirona, Coltene, GC, Ivoclar Vivadent, Hu-Friedy, Prevudent, ROCS, BTI și Megagen dar și cele mai importante trus-

turi media : Dental Tribune și Quintessence International.

Prelegerile teoretice au avut loc în două săli principale iar în paralel în două săli s-au desfășurat sesiuni de hands-on și live demo, cu foarte mare interes pentru publicul participant. Cele două sesiuni paralele au fost dedicate atât esteticii dentară cu lectori invitați precum: Prof. Dr. Rade Paravina, Prof. Dr. Louis Har-

dan, Dr. Stefen Koubi, Dr. Walter Devoto, Dr. Miguel Stanley, Dr. Marco Martignoni, dar și chirurgiei și implantologiei cu invitați precum: Prof. Dr. Marius Steigmann, Prof. Dr. Anton Sculean, Dr. Henry Salama, Dr. Davide Farronato. Un foarte mare impact au avut sesiunile dedicate noilor tehnologii CAD/CAM și utilizare lor în practica de zi cu zi susținute de Dr. Josek Kunkela și Dr. Kiril Kostin.

Interacțiunea socială și prietenia din rândurile comunității ESCD este bine cunoscută și reflectată în programele sociale din cadrul fiecărui congres: President Dinner a avut ca locație luxosul Hotel Esplanade. Deschis în 1925 ca popas pentru pasagerii Orient Express, elegantul hotel este o bijuterie arhitecturală. Situat la mică distanță de atracțiile principale, cum ar fi Catedrala și Pavilionul de Artă, cel mai reprezentativ hotel al orașului, redeschis în 2004, după o renovare completă, combină glamourul artei deco cu orice confort contemporan. ESCD & Friends, petrecerea congresului, la care au participat atât lectorii, invitați din partea firmelor expozante dar și participanții la congres a avut ca tema anii 20 și s-a desfășurat în cel mai în vogă club din Zagreb.

Pentru 2018 a fost aleasă deja locația următoare - Lisabona, unul din cele mai frumoase 5 capitale europene de vizitat conform site-ului de călătorii Lonely Planet.

Fig. 1: Deschiderea oficială a congresului - Președinte ESCD - Dr. Florin Lăzărescu.

Fig. 2: Imagini din timpul congresului - Prof. Dr. Anton Sculean.

Fig. 3 & Fig 4: Imagini din cadrul expoziției.

Fig. 5: Înregistrarea participanților.

Fig. 6: Sesiune de hands-on

Fig. 7: Membri activi ai ESCD.

Fig. 8: President Dinner în luxosul Hotel Esplanade.

Fig. 9: Sesiunea Caps&Gowns - o tradiție anuală a ESCD.



Președintele Planmeca, Heikki Kyöstilä: Educația continuă și rețetele tehnologiei de vârf pentru obținerea succesului

Noile tehnologii și digitalizarea revoluționează îngrijirea dentară și, de asemenea, se simt schimbări și în stomatologia estetică. Designul digital al zămbetului și soluțiile chair-side CAD/CAM sunt doar câteva dintre noile instrumente interesante care au apărut în ultimii ani, iar interesul consumatorilor față de restaurările estetice este în creștere. Fondatorul și președintele Planmeca, Heikki Kyöstilä, își exprimă gândurile cu privire la prezentul și viitorul stomatologiei estetice.

În acest an, Finlanda sărbătorește cea de-a 100-a aniversare a independenței sale. Care este semnificația acestui lucru pentru Planmeca?

„De-a lungul istoriei sale de 100 de ani, Finlanda a dovedit că este capabilă de muncă susținută și determinare. Într-un singur secol, Finlanda a crescut de la o țară nordică mică la un pionier internațional în educație, înaltă tehnologie și design și suntem onorați să fim parte din această călătorie. Planmeca are sediul în Finlanda încă de la înființarea companiei, în anul 1971 și cea

lui tratament în colaborare cu pacientul. Cu Planmeca Romexis Smile Design, medicii stomatologi pot proiecta o machetă digitală a daturii pacientului care poate fi apoi modificată în funcție de dorințele acestuia. Prin includerea pacientului în procesul de proiectare, este foarte probabil ca rezultatul final să răspundă așteptărilor sale într-un mod care economisește timp și mărește satisfacția lui.

În același timp, pacienții din ziua de astăzi nu se așteaptă doar la rezultate

urările estetice, produse de către LM-Dental. Instrumentele inovatoare au fost dezvoltate în colaborare cu Style Italiano, un grup de profesioniști dentari care se specializează în stomatologia estetică. Materialul de înaltă calitate și mânerul cu coduri de culori fac din LM-Arte soluția ideală pentru procedurile de restaurare estetică.”

În 2015, Planmeca a încheiat un parteneriat cu Universitatea din Turku pentru lansarea Institutului Nordic de Educație Dentară. Ce poate oferi NIDE stomatologiei estetice?

„NIDE oferă cursuri de educație continuă de înaltă calitate profesioniștilor dentari din întreaga lume. Cursurile de estetică dentară NIDE familiarizează participanții cu cele mai recente tehnici și materiale, inclusiv proiectarea zămbetului și planificarea tratamentului digital, discută despre conceptele de tratament minim invazive și includ workshop-uri hands-on unde participanții pot încerca noi concepte, tehnologii și materiale. În același timp, NIDE oferă și cursuri, de ex. de CAD/CAM, implantologie și imagistică 3D, care pot aduce beneficii și esteticianului dentar. Bineînțeles, care curs este potrivit pentru dvs. depinde de locul în care căutați să vă extindeți cunoștințele, dar sunt convins că NIDE are câte ceva pentru toată lumea”.

Ce vă așteptați de la întâlnirea ESCD ce va avea loc acest an în Zagreb?

„Stomatologia și tehnologia dentară au evoluat foarte mult în ultimul deceniu, este uluitor. Soluțiile digitale, tehnologia 3D și CAD/CAM au revoluționat complet ceea ce putem face pentru sănătatea orală a oamenilor. Este de la sine înțeles că asemenea evoluții au consecințe și asupra stomatologiei estetice. La reuniunea ESCD din acest an mă aștept să văd prezentări interesante și ateliere despre modul în care aceste noi tehnologii și soluții pot fi utilizate în tratamentul, planificarea tratamentului și comunicarea cu pacientul. Suntem fericiți să fim Sponsor Platinum al întâlnirii de anul acesta și sunt convins că vizitatorii evenimentului se vor reîntoarce în cabinetelor lor cu ceva nou de pus în practică în munca lor de zi cu zi”.

Cum vedeți viitorul stomatologiei estetice?

„Peisajul stomatologiei se schimbă constant, dar un lucru care pare clar este că tehnologia 3D, designul zămbetului digital și tratamentele de aceeași zi sunt aici pentru a rămâne. Odată cu apariția constantă a noilor tehnologii și a aplicațiilor lor este important ca medicii dentiști specializați în tratamentele estetice să țină pasul cu ele prin educația continuă. Între timp, există un interes crescând pentru restaurările estetice, interes care nu va scădea în curând. În consecință, cred că viitorul pare a fi strălucit pentru stomatologia estetică. Cu o expertiză înaltă, tehnologia potrivită și o cerere în creștere, industria are toate ingredientele pentru succes.”



Fig. 1: Fabrica Planmeca și Planmed, situată în Helsinki - Finlanda. — Fig. 2: Sediul general al Planmeca. — Fig. 3: Mr. Heikki Kyöstilä - Președintele Planmeca. — Fig. 4: Sistemul Romexis. — Fig. 5: Scanner Planmeca Emerald.

Unde credeți că se află stomatologia estetică în prezent?

„În acest moment, stomatologia estetică este un domeniu fascinant și în creștere rapidă în îngrijirea dentară. Sănătatea orală a fost întotdeauna o parte importantă a sănătății generale, însă în ultimii ani clasa de mijloc din multe părți ale lumii a devenit din ce în ce mai preocupată de aspectul danturii.

Decolorarea, malocluzia și obturațiile dentare vechi reprezintă doar câteva dintre preocupările lor care pot avea un impact imens asupra încrederii și bunăstării persoanei, iar oamenii sunt pregătiți să investească într-un zămbet frumos și sănătos”.

mai mare parte a producției noastre este realizată în Helsinki. Centenarul s-a remarcat cu adevărat prin expertiza științifică și tehnologică pe care o găsim aici și, deși suntem o companie internațională, suntem mândri de rădăcinile noastre finlandeze și de ceea ce a realizat țara noastră”.

Care sunt soluțiile oferite de Planmeca pentru stomatologia estetică?

„Datorită naturii acestui domeniu, o mare parte a obținerii unui rezultat reușit al tratamentului este buna comunicare cu pacientul. Software-ul digital pentru designul zămbetului, cum ar fi Planmeca Romexis® Smile Design, permite planificarea vizuală a viitoru-

mai bune, ci și la rezultate mai rapide. În consecință, soluțiile CAD/CAM care permit restaurările de o zi devin din ce în ce mai populare. Planmeca oferă o gamă completă de produse CAD/CAM pentru scanarea, proiectarea și frezarea restaurărilor dentare în cabinet. Alături de programele Planmeca PlanCAD® și de unitățile de frezare Planmeca PlanMill®, suntem încântați să prezentăm noul nostru scanner intraoral Planmeca Emerald™, ușor, rapid și fenomenal precis, pentru care primele recenzii au fost spectaculoase.

Nu în ultimul rând, trebuie să menționez gama completă de instrumente manuale LM-Arte pentru resta-

IMPRINT

PUBLISHER:
Torsten OEMUS

EDITORS DT RO:
Dr. Florin LĂZĂRESCU
Andreea MUNTEANU

GROUP EDITOR/MANAGING EDITOR DT AP & UK:
Daniel ZIMMERMANN
newsroom@dental-tribune.com

CLINICAL EDITOR:
Magda WOJTKIEWICZ

ONLINE EDITOR:
Claudia DUSCHEK

COPY EDITORS:
Sabrina RAAFF, Hans MOTSCHMANN

PRESIDENT/CEO:
Torsten OEMUS

CFO/COO:
Dan WUNDERLICH

MEDIA SALES MANAGERS:
Matthias DIESSNER
Peter WITTECZEK
Maria KAISER
Melissa BROWN
Weridiana MAGESWKI
Hélène CARPENTIER
Antje KAHNT

INTERNATIONAL PR & PROJECT MANAGER:
Marc CHALUPSKY

MARKETING & SALES SERVICES:
Nicole ANDRAE

ACCOUNTING:
Karen HAMATSCHEK

BUSINESS DEVELOPMENT:
Claudia SALWICZEK-MAJONEK

EXECUTIVE PRODUCER:
Gernot MEYER

AD PRODUCTION:
Marius MEZGER

DESIGNER:
Matthias ABICHT

INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD:
Dr Nasser Barghi, Ceramics, USA
Dr Karl Behr, Endodontics, Germany
Dr George Freedman, Esthetics, Canada
Dr Howard Glazer, Cariology, USA
Prof. Dr I. Krejci, Conservative Dentistry, Switzerland
Dr Edward Lynch, Restorative, Ireland
Dr Ziv Mazor, Implantology, Israel
Prof. Dr Georg Meyer, Restorative, Germany
Prof. Dr Rudolph Slavicek, Function, Austria
Dr Marius Steigmann, Implantology, Germany

Published by:

DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL
Holbeinstr. 29, 04229, Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 48474-302
Fax: +49 341 48474-173
info@dental-tribune.com
www.dental-tribune.com

Regional Offices:

SSER HEADQUARTER
Dr. Louis Pasteur Street No. 1A
District 5, Bucharest
Romania
contact@sser.ro
www.sser.ro

DT ASIA PACIFIC LTD.
c/o Yonto Risio Communications Ltd,
Room 1406, Rightful Centre,
12 Tak Hing Street, Jordan,
Kowloon, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177
Fax: +852 3113 6199

UNITED KINGDOM
535, Stillwater Drive 5
Manchester M11 4TF
Tel.: +44 161 223 1830
www.dental-tribune.co.uk

© 2017, Dental Tribune International GmbH

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper - Romanian Edition

All rights reserved. Dental Tribune makes every effort to report clinical information and manufacturer's product news accurately, but cannot assume responsibility for the validity of product claims, or for typographical errors. The publishers also do not assume responsibility for product names or claims, or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International. Scan this code to subscribe our weekly Dental Tribune RO e-newsletter.



Sistemul Lunos® – Dürr Dental

Lunos® este noul sistem premium de profilaxie oferit de Dürr Dental. Convingerea noastră conform căreia o soluție optimă are la bază un sistem a dus la dezvoltarea unei soluții cuprinzătoare, pentru realizarea procedurilor profilactice într-un mod mai eficient, mai confortabil și mai flexibil.

Rezultatul: o atmosferă de lucru semnificativ mai relaxată. Bineînțeles, toate produsele Lunos® și serviciul de asistență aferent dispun de cea mai înaltă calitate premium, pentru a garanta un zambet strălucitor în cazul specialiștilor în profilaxie, medicilor stomatologi și pacienților.

Zâmbete mai strălucitoare: Specialiștii în profilaxie

Sistemul de profilaxie Lunos® asigură tratamente eficiente, de scurtă durată și fără durere pentru pacienți. Programul de lucru relaxant este asigurat de utilizarea în condiții de siguranță și de caracteristicile convingătoare ale produsului.

Sistemul de profilaxie Lunos® include și cursuri de instruire, un serviciu cuprinzător de consultanță și diverse accesorii. Astfel, Lunos® nu este doar un partener eficient, oferind datorită gradului său ridicat de confort, o atmosferă plăcută de lucru, precum și relații de succes cu pacienții.

Zâmbete mai strălucitoare: Medicul dentist

Produsele noastre Lunos® îndeplinesc cele mai exigente cerințe medicale, atât din punct de vedere al eficienței, cât și al substanțelor componente.

Acestea pot fi utilizate în condiții de maximă siguranță, având o eficiență deosebită. Succesul astfel obținut al tratamentului favorizează dezvoltarea unor relații pe termen lung cu pacienții. De asemenea, caracteristicile bune de solubilitate în apă ale pudrei facilitează funcționarea optimă a instalației de aspirație și a separatorului de amalgam.

Astfel, Lunos® garantează cele mai bune rezultate pentru un zambet

strălucitor: în cabinetul dumneavoastră și pentru pacienții dumneavoastră.

Zâmbete mai strălucitoare: Pacienții

Tratamentul delicat oferit de Lunos®, precum și caracteristicile sale medicale extraordinare reprezintă beneficii pe care pacienții dumneavoastră le vor aprecia în mod vizibil.



Toate acestea pentru a oferi un sentiment de mulțumire și un zambet strălucitor.

Pentru detalii sau informații suplimentare, vă rugăm contactați:

DÜRR DENTAL

Alina Popa
Mobil: +40 745 285 285
E-mail: popa.a@duerrglobal.com
www.duerrdental.com
www.lunos-dental.com

AD

AER COMPRIMAT | POMPE ASPIRAȚIE | IMAGISTICĂ | MENȚINEREA SĂNĂȚĂII DANTURII | IGIENĂ

Competență digitală pentru un diagnostic mai bun.



MIS – Noutăți în materie de materiale

MIS

MIS România are deosebită plăcere de a vă prezenta în această primăvară, ultimile noutăți în materie de materiale pentru adiție osoasă:

- 4 MATRIX™ – Ciment compozit de Sulfat de Calciu Bifazic și Hidroxipatită, ambalat împreună cu ser fiziologic într-o seringă sterilă de 1cc ce facilitează manevrarea și plasarea acestuia.
- OSSIX® PLUS – membrană de colagen resorbabilă, obținută prin proceduri de producție standardizate și controlate, cu tehnologie Glymatrix™, rata de resorbție 4-6 luni.

Colagenul este extras din tendoane porcine derivate, supuse inspecției veterinare și purificării pentru prevenirea reacțiilor de hipersensibilitate. Membrana este prezentată într-un blister, însoțită de un șablon și sterilizată cu oxid de etilenă (EtO).

www.mis-implants.com

VistaPano S, VistaIntra și VistaScan Mini View: sisteme pentru competență în domeniul radiologiei digitale.

Calitate extraordinară a imaginilor, mereu la îndemână! Aparatele de radiologie și scannerele cu plăci de imagistică de la Dürr Dental asigură posibilități optime de stabilire a diagnosticului, nivelul maxim de confort și cel mai înalt grad de eficiență. **Mai multe detalii pe www.duerrdental.com**

DÜRR DENTAL
THE BEST, BY DESIGN

Pentru mai multe informații, vă rugăm contactați:

DÜRR DENTAL, Alina Popa, Mobil +40 745 285 285, E-mail: popa.a@duerrglobal.com

Prepararea cavităților de acces endodontic-pentru obținerea unor rezultate pe termen lung

Autor: Dr. L. Stephen Buchanan, SUA

În timpul tratamentelor dentare se pot produce erori. Acesta este motivul pentru care ratarea accesului chiar la începutul unui tratament de canal radicular este mult mai devastatoare decât credem, problemele provenind din utilizarea necorespunzătoare a conului de gutapercă chiar înainte de a termina cazul. Dacă este ratat canalul, cazul este compromis, indiferent de cât de bine este realizată procedura în continuare. Dacă este perforat dinte, titaniul începe să arate mai bine. Dacă sunt realizate cavități uriașe de acces este de așteptat un număr relativ mare de dinți fracturați pe o perioadă de cinci ani

perfecte de intrare în canale, înainte de a începe să lucrez. Deci, de ce trebuie să mă gândesc foarte bine înainte de a începe fiecare cavitate de acces-chiar și după 35 de ani de experiență-pentru a fi sigur că voi atinge obiectivul pe care știu că trebuie să îl îndeplinesc înainte de a mă aventura mai departe.

Zen și arta accesului endodontic

Robert Persig, în cartea sa „Zen și arta întreținerii motocicletelor”, a descris că a fost profund frustrat atunci când un șurub s-a tocit atunci când în-

du-se în special la procedurile mai complicate, cum ar fi demontarea carcsei cilindricului, honuirea cilindricului, înlocuirea pistonului și remontarea acestor piese. Și-a dat seama că nu va progresa până când nu va îndepărta capacul lateral, astfel el a început să demonteze acea parte a capacului, o misiune separată și importantă, o realizare care îi va aduce satisfacție, dacă o va putea termina în doar câteva ore.

Așa este și cu endodonția. Când ne dăm seama cât de importantă este calitatea preparațiilor de acces pentru restul cazului, nu ne prea vine să intrăm într-un canal înainte de a asigura o cale

la început până la sfârșit, dacă se dorește obținerea unor rezultate ideale. Imaginile preoperatorii descriu cu exactitate provocările anatomice? Clinicianul are o mărire și o lumină adecvată? Unelte de tăiere sunt adecvate și bine alese? Sunt stabilite locațiile, unghiurile și adâncimile de intrare înainte de a începe procedura? Adâncimea de tăiere maximă este marcată pe frezele de acces? Există proceduri pentru cazul canalelor calcificate? Și așa mai departe.

Cu alte cuvinte, atitudinea lui Alfred E. Neumann „Ce, îmi fac griji?” nu este adecvată în timpul acestui eveni-

nea mezială suprapune corpul rădăcinii peste structura curbă distală a rădăcinii, în timp ce imaginea distală surprinde capătul apical al rădăcinii în lateral, ce poate fi mai ușor vizualizat pe radiografie.

Desigur, imagistica CT cu fascicul conic (CBCT) este avantajul imagisticii endodontice. Dacă mi s-ar spune că aş putea avea fie un microscop, fie un CT, dar nu amândouă, aş alege de fiecare dată imagistica 3D. Numai cu CBCT poate fi surprinsă imaginea structurii radiculare-cea în care vedem „viața secretă a canalelor radiculare”-planul buco-lingual, cel care conține cel mai mare



Fig. 1: Incisiv maxilar central cu cavitate de acces asemănătoare unei fante de dimensiuni mici tăiate corect pe marginea incizală, sub cingulum și îngustă în dimensiunea mezial-distală. (Fotografii: oferite de către Dr. L. Stephen Buchanan, dacă nu este altfel specificat). — Fig. 2: Premolar mandibular cu cavitate de acces asemănătoare unei fante pentru un singur canal radicular. Se observă modul în care cavitatea de acces este îndreptată către vârful bucal al părții active a cuspidului și mai puțin către partea pasivă a cuspidului lingual, dar este centrat deasupra structurii radiculare, așa cum reiese din imaginea maxilarului pe care este prinsă clema pentru diga de cauciuc la nivelul joncțiunii smalt-cement. — Fig. 3: Secțiune sagitală a unui molar maxilar având cavitatea de acces spre partea mezială, paralelă cu suprafața mezială a dintelui și mai puțin spre jumătatea distală a dintelui. — Fig. 4a & b: Cavități de acces create într-un molar cu preparație de coroană care necesită tratament de canal radicular (stânga). Radiografia postoperatorie (dreapta) care ilustrează o bună gestionare a modelării, curățării și obturației canalului în ciuda dimensiunii minime a orificiului de acces. Se remarcă conservarea în cea mai mare parte a plafonului camerei pulpare. (Fotografii: oferite de către Dr. Steve Baerg).

de tratament. Dacă ratați procedura de acces prin începerea instrumentării canalelor înainte de realizarea unei căi drepte, perfect netede în fiecare orificiu al canalului veți întâmpina probleme de fiecare dată când veți folosi un ac, un ac de irigare, un explorator, un vârf de gutapercă.

Nu doresc să critic, ci doar admit faptul că am învățat, de obicei, pe calea mai grea, că lucrând cu dinții și sistemele radiculare de canal trebuie să îmi petrec suficient timp pentru a crea căi

cerca să scoată capacele laterale ale motorului motocicletei sale, pentru a o reconstrui. Recondiționarea nu putea continua până când nu rezolva această problemă. Se aștepta să termine în câteva zile această misiune, totuși a fost uimit de furia pe care a experimentat-o atunci când s-a confruntat cu această problemă.

Cu cât se gîndea mai mult la această problemă, cu atât era mai uimit de răspunsul său instinctual, până când și-a dat seama că a subevaluat această parte a procedurii de reconstrucție, gândin-

ideală. Aristotel a spus bine-exelența este un obicei, nu o trăsătură de caracter. Deci, cum arată excelența privind calea de acces în secolul 21?

Eșuarea planificării înseamnă planificarea eșecului

Atul Gawande, în cartea sa „The Checklist Manifesto”² descrie importanța planificării nu doar a procedurii, ci și a modului în care fiecare aspect al procedurii trebuie gândit în detaliu, de

ment critic. Dimpotrivă, atunci când fiecare dintre aceste elemente critice este inclus în planificarea tratamentului și în executarea unei preparații ideale a cavității de acces, restul procedurii devine din ce în ce mai simplă pe măsură ce se apropie de final.

Imagistica dentară

Nu am fi putut să facem vreun studiu fără invenția lui Roentgen, aceea a radiografiei dentare, deci nu este așa greu să recunoaștem necesitatea radiografiei preoperatorii ideale. Imagistica preoperatorie ideală cu raze X trebuie să includă un unghi direct care separă perfect contactele meziale și distale-fie realizată periapical, fie ca film mușcat și cel puțin o imagine din afara unghiului pentru a capta date din planul Z (bucolingual) al dintelui în cauză.

În cabinetul meu, merge foarte bine imaginea realizată din unghi mezial a premolarilor deoarece este mult mai ușor de captat decât din unghi distal, iar în cazul dinților anteriori și premolarilor, imaginile realizate mezial surprind mai mult anatomia radiculară decât imaginile realizate distal. În cazul molarilor este diferit: o imagine realizată din unghi distal este de preferat celei realizate din unghi mezial, deoarece imagi-

grad de complexitate anatomică. Una dintre cele mai mari bucurii de a avea un CT în cabinet este faptul că putem ști cu siguranță, înainte de începerea căii de acces, dacă există doar un singur canal în rădăcina meziobucală a unui molar superior. În schimb, una dintre puținele experiențe negative care poate apare în cazul acestei tehnologii este faptul că volumul reconstruit prezintă două sau trei canale, într-o rădăcină care a revelat doar un canal la o căutare exhaustivă a clinicianului.

Primul cadou al imagisticii CBCT în domeniul endodonției a fost găsirea tuturor canalelor unui dinte. Cel de-al doilea dar al său este micșorarea, cât mai mult posibil, a dimensiunii orificiului de acces, deoarece cavitatea nu mai este portul principal de vizionare în camera pulpară și dincolo de ea. De fapt, imagistica CT este singura necesară pentru relevarea anatomiei spațiilor canalelor radiculare, permițând ca orificiile de acces să fie folosite exclusiv pentru tratament, și nu ca portale exploratorii. În cele din urmă, tehnicile de acces în cazul tratamentelor de canal radicular vor fi realizate cu ghidaj asistat de CT, permițând ca molarul să fie tratat prin trei până la patru găuri de 1 mm, mai degrabă decât prin cavitățile de acces de 2-4 mm ce folosite astăzi.³

AD



Dental Tribune International
**ESSENTIAL
DENTAL MEDIA**

www.dental-tribune.com

dti

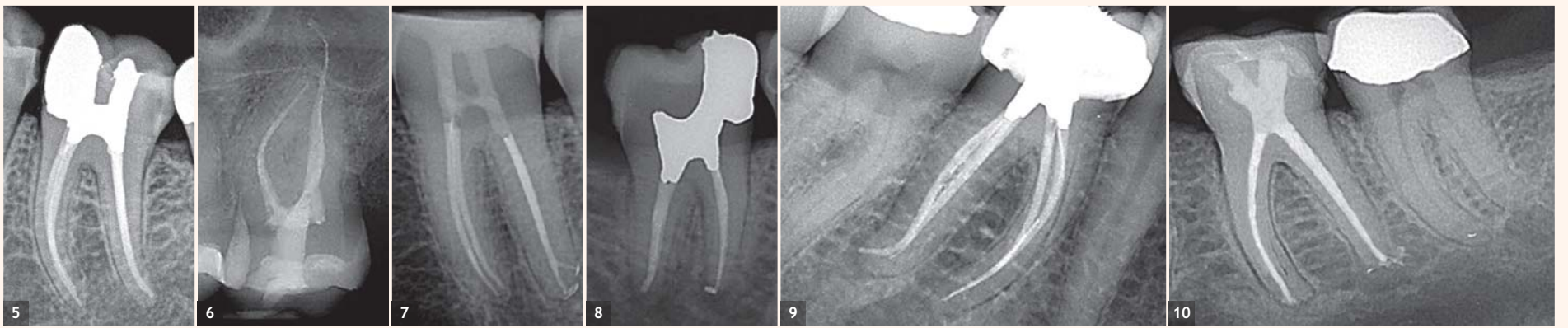


Fig. 5: Radiografia postoperatorie a unui molar mandibular tratat printr-un defect carios mezial și printr-o a doua intrare mică în fosa centrală. Păstrarea dentinei între punctele de intrare este denumită configurație de tip "truss" (Foto: oferită de către Dr. John Khademi). — Fig. 6: Această radiografie postoperatorie prezintă o cavitate de acces foarte mică, la care coarnele pulpare medii și distal laterale au rămas intacte în timpul tratamentului de canal radicular și obturația în timpul restaurării postendodontice. Aceasta reprezintă o chestiune de mândrie printre cei din clubul „IBAC”. (Foto: oferită de către Dr. Jeff Pafford). — Fig. 7: Molar mandibular prezentând o calcifiere aproape totală a camerei pulpare înainte de tratamentul de canal radicular, realizat prin două orificii de acces perfect închise, lăsând un istm de 0,75 mm. Se observă rezultatele tratamentului definitiv în treimea apicală a fiecărui canal. (Foto: oferită de către Dr. N. Pushpak) — Fig. 8: Acest design al restaurării cavității de acces a fost oportunist în cel mai bun sens al cuvântului. Starea afecțiunii endodontice a pacientului a fost rezolvată fără să se realizeze aproape nicio tăietură, păstrând integritatea structurală a dintelui prin utilizarea defectului carios curățat drept cavitate de acces. Nu a fost nevoie de o coroană cu acoperire completă. (Foto: oferită de către Dr. Michael Trudeau). — Fig. 9: Acest molar inferior a fost tratat printr-o deschidere de acces mai mică de 2 mm², tăiată chiar în spatele crestei triunghiulare MB. Este de remarcat tratamentul definitiv al treimilor apicale ale tuturor celor patru canale, în ciuda orificiului îngust de intrare. (Foto: oferită de către Dr. Charles Maupin) — Fig. 10: Radiografia postoperatorie a unui molar mandibular tratat printr-o tehnică alternativă la configurația tip "truss"-o cavitate de acces „X”-un design care minimizează îndepărtarea structurii dentare în corpul critic al dintelui (cazul autorului).

Forma conturului

Deci, care sunt obiectivele pe care le luăm în considerare atunci când planificăm invazia unui canal radicular? În principiu, toate cavitățile de acces sunt tăiate păstrând un echilibru între conservare și forma dorită. Tăiem cât mai puțin structura dinților, asigurând în același timp căi ideale în fiecare canal. Obiectivele căii de acces devin destul de simple; avem nevoie de o cale convenabilă, altfel nu ne putem îndeplini sarcina, dar ne străduim mereu să păstrăm integritatea structurală a dintelui. Acest lucru se reduce la trei obiective ușor de amintit:

din fericire, se aliniază în direcția buco-linguală, unghiul recomandat al cavității de acces este, de asemenea, buco-lingual, combinând simultan confortul și conservarea.

La nivelul dinților anteriori, forma convenabilă este mai greu de obținut deoarece marginea incisivă trebuie evitată, datorită obiectivelor estetice postendodontice, necesitând astfel o incizie mai adâncă sub cingulum pentru a permite crearea unei căi de intrare mai drepte, ținând cont de zona „no-fly” a muchiei incisive. Cea mai periculoasă eroare la crearea cavității de acces anterior este

tura rădăcinii, nu centrate sub suprafața ocluzală, accesul la nivelul dinților posteriori este cel mai bine realizat prin tăierea în apropierea părților active ale cuspidilor, aflându-se la 1–2 mm distanță față de părțile pasive ale cuspidilor (Fig. 2).

3) La nivelul dinților molari, forma de conservare este menținută prin evitarea jumătății distale a planului ocluzal, întrucât căile ideale ale acelor din canalele distale ale molarilor superiori și inferiori sunt înclinate mult mezial, atât de mult încât canalele distale ale molarilor inferiori sunt cele mai bune referințe

Am înțeles nevoia clinică pe care dr. Schilder o sublinia, aceea de a realiza un orificiu un acces adecvat pentru a trata întregul sistem radicular într-o manieră predictivă și mi-a plăcut să lucrez cu cavități mari de acces și forme generoase ale canalelor coronale pe care el le recomanda, până când l-am întâlnit pe Dr. Carl Reider, un binecunoscut profesor din California de Sud.

Când l-am întrebat ce dorește cel mai mult de la medicii endodonți la care el trimitea pacienții, a spus că își dorea să putem „aspira pulpa fără a tăia structura dintelui”. Așa cum am vorbit, am ajuns să înțeleg mai bine necesitatea de conservare a dinților pe termen lung, și am început să caut instrumente și metode care ar permite obținerea constantă a acelorași rezultate endodontice ideale folosind orificii de acces și canale coronale de dimensiuni mai mici.

În cele din urmă, aceasta a fost inspirația pentru invenția mea privind limitările diametrului maxim al spirei (Maximum Flute Diameter-MFD) pentru acele rotative GT și GTX (DENTSPLY Tulsa Dental Specialties), LAX (extensia liniei angulare) Guided Access Diamond Burs produsă de SybronEndo, precum și pentru metodele de obturare utilizând dispozitive flexibile de condensare, cum ar fi pluggerul electric al System-B Continuous Wave (SybronEndo) și obturatoarele GT/GTX (DENTSPLY Tulsa Dental Specialties).

The Itty Bitty Access Committee

De la trezirea inițială din anii '80, această nevoie s-a auzit ca o voce singuratică în sălbăcie până în ultimii 10 ani, când o generație de dentiști și endodonțiști au intrat în noua realitate a implantologiei, ca alternativă la tratamentul de canal radicular, au preluat dorința obținerii unor rezultate pe termen lung prin conservare structurală îmbunătățită, devenind în cele din urmă ceea ce numesc în glumă The Itty's Bitty Committee (IABC).

Așa cum se întâmplă adesea, cineva din afara specialității noastre, un medic stomatolog generalist pe nume Dr. David Clark, a început să se arate elefantul-acces din camera endodontică. Împreună cu amicul meu, Dr. John Khademi, au apelat la posibilitățile prin care se puteau crea cavități de acces mai conservatoare⁴ și, unul câte unul, un

grup de tineri endodonțiști s-au alăturat jocului despre cine poate face un tratament de canal radicular perfect prin cea mai mică cavitate de acces. Acest grup de talente adunat ad-hoc a inițiat clubul IBAC.

Cazurile prezentate în Fig. 4 până la 10-cele mai multe realizate de către membrii IBAC-mă fac foarte fericit și temător în același timp. Ce fac ei? Intrări mici, lăsând plafonul camerei pulpare intact și coarnele pulpare laterale expuse sau doar un tratament de canal prin cavități restaurative create anterior!

După ce am depășit șocul inițial provocat de ceea ce ei au realizat, am ajuns să înțeleg că viitorul endo arată foarte bine în aceste mâini extrem de talentate și am văzut că procedura pe care o dezvoltam pentru chirurgia endodontică-chirurgie endodontică ghidată de CT (CT-GES)-ar putea fi aplicată și în cazul tratamentelor convenționale (Fig. 11a-12d).

Și astfel apar zorii în domeniul endodonției.

Notă editorială: Acest articol a fost publicat pentru prima dată în revista Clinical Masters, Vol. 1, 1/2015. O listă completă a lucrărilor de referință este disponibilă la editură.

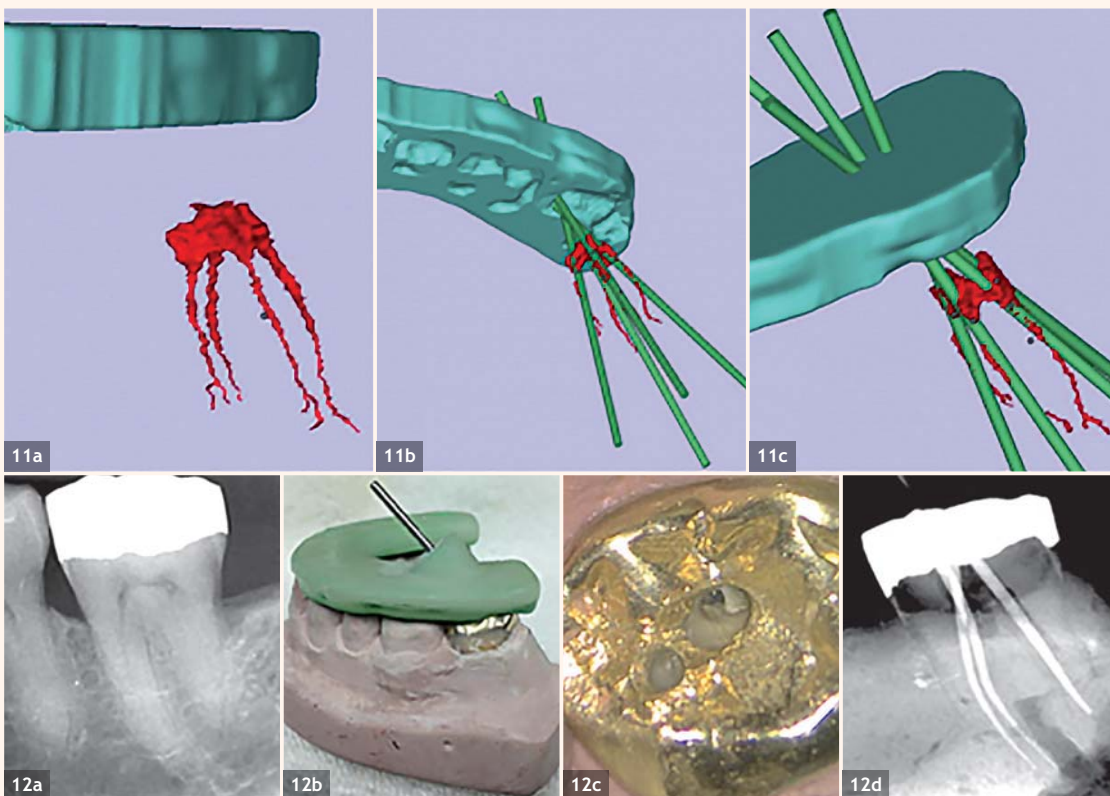


Fig. 11a-c: De la stânga: planificarea tratamentului virtual pentru accesul endodontic ghidat cu CT (CT-GEA). Dintele care urmează a fi tratat este segmentat de către volumul CT, traseele ideale de acces sunt reprezentate grafic pe suprafața ocluzală a dintelui, iar un ghidaj CT-GEA este imprimat 3-D. — Fig. 12a-d: De la stânga: Rădăcina fracturată #18 a autorului; dintele reprodus în model de gips după extracție, având ghidajul CT-GEA montat și prima freză plasată pe poziție; cele două orificii mici de intrare sunt tăiate cu ajutorul ghidajului; radiografie post-tratament care ilustrează conurile aflate în canale după ce au fost negociate și modelate.

1) La nivelul dinților anteriori și premolari, forma de conservare se găsește în dimensiunea mezial-distală. De obicei, forma cavității anterioare de acces era triunghiulară datorită cornului pulpar mezial și distal- ceea ce e logic până ajungem să luăm în considerare consecințele structurale, o slăbire inutilă a structurii coronare pentru a asigura că aceste coarne laterale ale pulpei sunt curățate, când și cele mai mici retenții realizate cu un vârf ultrasonic #2 Mueller Bur sau Buc-I (Spartan) ar putea fi suficient. Premolarii au camere pulpare asemănătoare cu forma unei mâini, care,

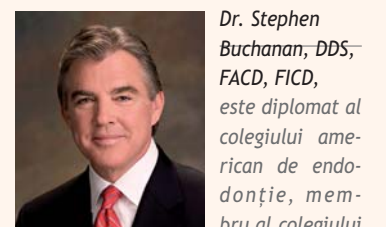
tăierea neadecvată a ceea ce dr. Schilder numea „triunghiul lingual dental” sub cingulum, iar acest lucru poate fi realizat cu o minimă slăbire structurală atunci când dimensiunea mezo-distală este menținută la o lățime de 1 până la 1,5 mm (Fig. 1).

2) În ceea ce privește dinții posteriori, premolari și molari este important să ne amintim faptul că suprafețele lor ocluzale nu sunt centrate pe structura rădăcinii, ci sunt înclinate către partea cuspidală a structurii radiculare. Deoarece camerele pulpare sunt centrate în struc-

pentru vârfurile cuspidilor MB sau ML și canalele disto-bucale ale molarilor superiori se raportează cel mai bine la vârfurile cuspidilor palatinali. Forma convenabilă se obține prin tăierea peretelui mezial al cavităților de acces de la nivelul molarilor paralel cu suprafața mezială a dintelui (Fig. 3).

Înapoi din abis

Am deprins tehnica Schilder la Universitatea din Pacific sub îndrumarea dr. Michael Scianamblo și după absolvirea școlii sub îndrumarea Dr. Cliff Ruddie.



Dr. Stephen Buchanan, DDS, FACS, FICD, este diplomat al colegiului american de endodonție, membru al colegiului medicilor dentisti americani și internațional. Activează în regim part-time în cadrul programelor de endodonție de la UCLA și USC. Deține patente de invenție pentru Endobender Plier (SybronEndo), System-B and Continuous Wave obturation tools and methods (SybronEndo), GT and GTX file system (DENTSPLY Tulsa Dental Specialties), LA Axxess Burs (SybronEndo), and Buc ultrasonic tips (Spartan/Obtura). Dr. Buchanan locuiește în Santa Barbara, California, unde practică endodonția convențională și cea la microscop dar și implantologia. Este membru fondator al Dental Education Laboratories, un centru de training în Santa Barbara, pe care îl managează de 28 de ani.

„Găsiți, fixați și atâta”¹

Autor: Prof. Philippe Sleiman, Liban



Acest principiu, alcătuit din trei părți, deși are origini în domeniul osteopatiei, poate avea o mare aplicabilitate în endodonția modernă, în cazul în care avem de a face cu un tratament de canal de rutină, precum și în cazurile în care un pacient prezintă o stare compromisă de sănătate pentru care soluția poate fi un tratament de canal de rutină și orice altceva nu ar însemna decât un supratratement.

Inițial, trebuie să găsim problema, prin analiza situației clinice și identificarea a ceea ce nu funcționează. Această sarcină este cu adevărat dificilă. Stabilirea diagnosticului corect se realizează pe baza:

- Relatării pacientului; trebuie să-l ascultăm pentru a afla mai multe informații despre problema lui/ei, unde este localizată aceasta și ce o declanșează.
- Istoricului pacientului, ceea ce înseamnă starea generală de sănătate, alte boli și/sau stări medicale, medicație sistemică etc.
- Utilizării adecvate a instrumentelor de diagnostic, inclusiv testarea pulpei, răspunsul la rece și cald, testul mușcăturii, radiografiile și scanările

CBCT; în plus, cele mai recente programe ne pot ajuta la citirea și analiza datelor pe care le avem, inclusiv în 3-D. Îmi amintesc cuvintele profesorului nostru de radiologie, care ne sfătuia să studiem cu adevărat radiografiile și să fim atenți la fiecare mic detaliu, nu doar să ne uităm la ele.

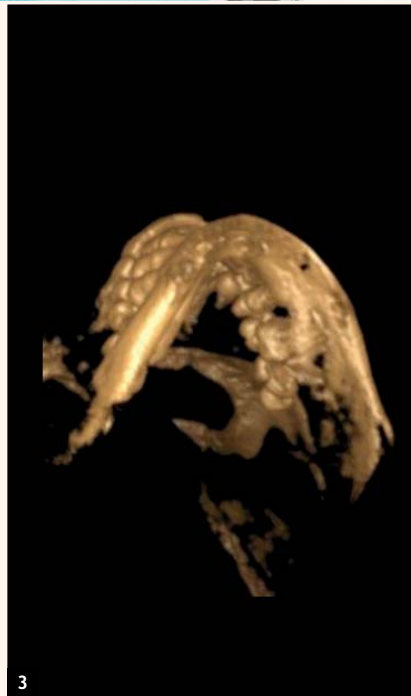
- Legăturilor logice dintre relatările pacientului și istoricul medical, rezultatelor clinice și datelor imagistice; asamblarea pieselor acestui puzzle poate fi, uneori, rapidă, alteori poate dura mai mult.

Odată ce diagnosticul a fost stabilit, urmează alegerea modalității de tratament și selecția celor mai bune instrumente de tratament. În această etapă trebuie să ne concentrăm, în primul rând, asupra sănătății pacientului, fiind important să alegem tratamentul cel mai eficient, care să fie minim invaziv, dar și practic și suficient. De restul se ocupă Mama Natură.

Prezentare de caz

Cazul 1

Primul caz pe care aș dori să îl prezint a fost al unui pacient transferat la



noi. Stând în scaun, pacientul începuse să relateze următoarele: în ultimele șase luni, el a fost de două ori în Asia pentru o intervenție chirurgicală la nivelul ganglionilor limfatici submandibulari stânga (Fig. 1) care, aparent, erau inflamați. De fiecare dată, testele

de patologie nu au indicat prezența niciunui marker specific cancerului. Au fost realizate scanarea CT și evaluarea radiologică convențională, dar fără niciun rezultat.

După ce ne-a povestit aceste lucruri, pacientul a relatat că a simțit din nou faptul că nodulul limfatic s-a inflamat și era îngrijorat din această cauză. Relatările sale au fost luate în serios de către noi. În plus, el a raportat durere la nivelul a doi premolari mandibulari și, la o altă clinică, au fost începute tratamente de canal pe care medicul stomatolog nu le-a putut finaliza. Cu permisiunea pacientului, s-a realizat o nouă scanare CBCT și l-am rugat pe pacient să aștepte o oră pentru a o studia.

Judecând situația generală și, mergând până la detaliile locale, am realizat că cei doi premolari mandibulari aveau, într-adevăr, nevoie de un re-tratament endodontic. Cu toate acestea, știind din experiența clinică faptul că premolarii pot avea diverse manifestări clinice, am continuat căutarea altor surse potențiale de probleme, dar fără a ignora premolarii ca posibili vinovați (Fig. 2).

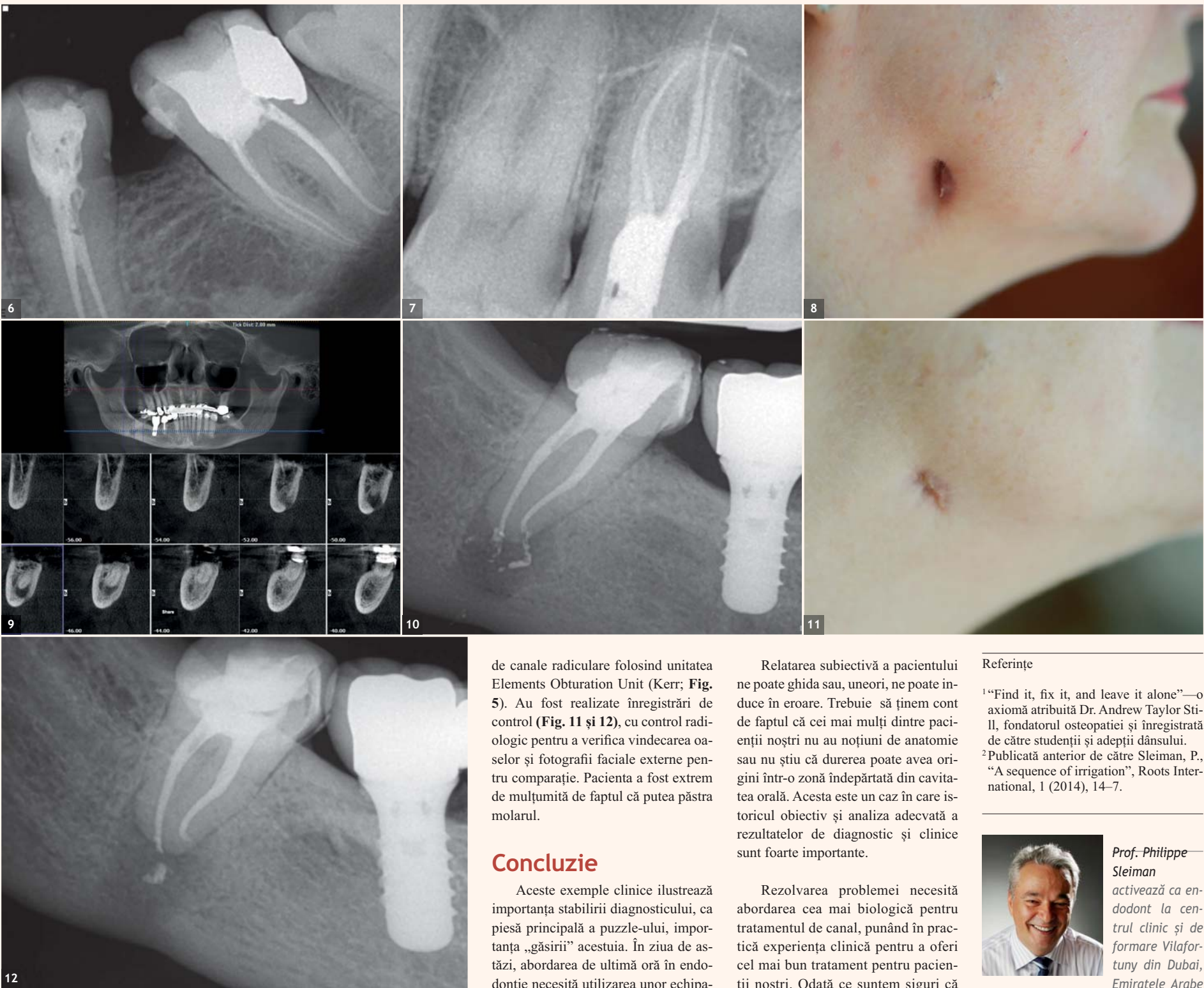
Analizând secțiunile CBCT, încercând diferite filtre și setări, uitându-mă

la molarul mandibular ce prezenta o obturație de dimensiuni mari și studiind osul din jurul ei, am observat ceva neobișnuit. Există un mic abces care migra spre unghiul intern al mandibulei (Fig. 2) și crea o zonă de eroziune osoasă (Fig. 3). Acest lucru putea fi patologia care cauza suferința pacientului, suplimentar față de cei doi premolari mandibulari.

La acest moment, un medic oarecare putea fi mulțumit de constatările diagnostice și putea începe tratamentul problemelor care afectau dentiția mandibulară. Dar, încă nemulțumit de concluziile generale, eu am apelat la analiza mandibulei, unde am constatat că al doilea molar prezenta o carie internă și resorbția cervicală internă, creând astfel o cale de infecție în sinusul maxilar (Fig. 4).

I-am explicat pacientului situația și i-am propus re-tratamentul celor doi premolari mandibulari, precum și un tratament de canal radicular primar la nivelul molarului mandibular și molarului maxilar. Pacientul a fost de acord, iar cele patru tratamente au fost efectuate într-o singură sesiune, folosind sistemul TF Adaptive (Kerr) pentru modelare și EndoVac (Kerr) pentru





prepararea chimică în conformitate cu secvența „A” a protocolului de irigare, urmat de o obturație 3-D a sistemului de canale radiculare, folosind unitatea Elements Obturation Unit (Kerr; **Fig. 5**). Au fost prescrise antibiotice pentru a ajuta organismul pacientului să combată infecția submandibulară. Deși nu prescriu antibiotice foarte des, am făcut acest lucru în acest caz, deoarece, din analiza radiografiilor, nu îmi era clar ce se întâmplă cu ganglionii limfatici și dacă aceștia erau încă funcționali. A fost observată o reacție postoperatorie minoră (durere moderată, fără umflături) care a dispărut complet o săptămână mai târziu.

Cazul 2

Următorul caz clinic este oarecum similar și a implicat sinusurile extra-orale (**Fig. 8**). O pacientă de vârstă mijlocie a fost trimisă la cabinetul nostru prezentând o fistula extra-orală în zona submandibulară posterioară. Conform relatărilor pacientei, ea nu prezenta durere sau edem și fistula au apărut cu câteva săptămâni înainte ca ea să se prezinte la clinică.

La început, pacienta a crezut că era o problemă dermatologică, dar apoi și-a dat seama că la acel nivel exista o colecție de puroi, iar deschiderea deve-

nea din ce în ce mai mare. După ce a consultat un medic dermatolog, care a sugerat că problema este, cel mai probabil, de origine dentară, pacienta s-a prezentat la medicul ei stomatolog la care fusese anterior pentru inserarea unui implant. Dentistul a spus că infecția se află la nivelul celui de-al treilea molar și nu este implicat și implantul și a recomandat extracția dintelui. Pacienta a dorit să-și păstreze dintele și, prin urmare, a solicitat o consultație endodontică pentru această problemă.

O nouă scanare CBCT (i-CAT, Imaging Sciences International; **Fig. 9**) a confirmat faptul că al treilea molar prezintă un traiect în sinusul intern, ceea ce adus la apariția unei fistule. Toate acestea puteau fi rezolvate printr-un tratament de canal la nivelul molarului, urmat de tratamentul cu coroană și de control, cu un prognostic bun pentru succesul pe termen lung. Pacienta a fost fericită să audă toate acestea și a solicitat cât mai curând posibil acest tratament.

Canalul radicular a fost tratat (**Fig. 10**) folosind sistemul TF Adaptive pentru modelare și EndoVac pentru prepararea chimică, în conformitate cu secvența „A” a protocolului de irigare, urmat de o obturație 3-D a sistemului

de canale radiculare folosind unitatea Elements Obturation Unit (Kerr; **Fig. 5**). Au fost realizate înregistrări de control (**Fig. 11 și 12**), cu control radiologic pentru a verifica vindecarea oaselor și fotografii faciale externe pentru comparație. Pacienta a fost extrem de mulțumită de faptul că putea păstra molarul.

Concluzie

Aceste exemple clinice ilustrează importanța stabilirii diagnosticului, ca piesă principală a puzzle-ului, importanța „găsirii” acestuia. În ziua de astăzi, abordarea de ultimă oră în endodonție necesită utilizarea unor echipamente sofisticate și programe pentru a completa expertiza și experiența operatorului. Toate acestea, în mod concertat, permit asamblarea pieselor puzzle-ului.

Relatarea subiectivă a pacientului ne poate ghida sau, uneori, ne poate induce în eroare. Trebuie să ținem cont de faptul că cei mai mulți dintre pacienții noștri nu au noțiuni de anatomie sau nu știu că durerea poate avea origini într-o zonă îndepărtată din cavitatea orală. Acesta este un caz în care istoricul obiectiv și analiza adecvată a rezultatelor de diagnostic și clinice sunt foarte importante.

Rezolvarea problemei necesită abordarea cea mai biologică pentru tratamentul de canal, punând în practică experiența clinică pentru a oferi cel mai bun tratament pentru pacienții noștri. Odată ce suntem siguri că am făcut tot ce am putut să eliminăm toate tipurile de condiții agresive și toate bolile, trebuie să lăsăm natura să aibă grijă de procesul de vindecare.

Referințe

- ¹“Find it, fix it, and leave it alone”—o axiomă atribuită Dr. Andrew Taylor Still, fondatorul osteopatiei și înregistrată de către studenții și adepții dânsului.
²Publicată anterior de către Sleiman, P., “A sequence of irrigation”, Roots International, 1 (2014), 14–7.



Prof. Philippe Sleiman activează ca endodont la centrul clinic și de formare Vilafortuny din Dubai, Emiratele Arabe

Unite, Advanced American Dental Center din Abu Dhabi din Emiratele Arabe Unite și Clinica American Dental din Dubai. El poate fi contactat la profsleiman@gmail.com.

AD

**DT STUDY CLUB**



register for
FREE

- education everywhere and anytime
- live and interactive webinars
- more than 1,000 archived courses
- a focused discussion forum
- free membership
- no travel costs

- no time away from the practice
- interaction with colleagues and experts across the globe
- a growing database of scientific articles and case reports
- ADA CERP-recognized credit administration

www.DTStudyClub.com

Dental Tribune Study Club

Join the largest educational network in dentistry!

ADA CERP Continuing Education Recognition Program

**DT STUDY CLUB**

**dti**

ADA CERP is a service of the American Dental Association to assist dental professionals in identifying quality providers of continuing dental education. ADA CERP does not approve or endorse individual courses or instructors, nor does it imply acceptance of credit hours by boards of dentistry.

ESTHETIC CONNECTIONS

JW Marriott Grand Hotel
BUCHAREST
17-19 MAY



15TH International Congress
of Esthetic Dentistry

www.estheticconnections.eu | www.sser.ro

Society of Esthetic
Dentistry in Romania **SSER**
Dedicated to excellence in esthetic dentistry