

PROBLEMELE ACTUALE DE DIAGNOSTIC ÎN PATOLOGIA PULPARĂ

Șt. *Bocskey, Ecaterina Gottlieb*

Al IX-lea Congres Internațional de Endodonție din 1936 elaborând bazele științifice histopatologice și experimentale ale tratamentului pulpar a determinat o cotitură importantă în endodonția modernă. În acest sens este de remarcat introducerea terapiei cu calxii de către *Hermann* din 1921, în același timp fiind incontestabil meritul lui *Wessler*, care pentru prima dată, încă din 1894 a folosit pasta de eugenat de zinc.

Noua orientare în terapia endodontică a ridicat o serie de probleme din cauza unei lipse de paralelism între progresul metodelor de tratament și cel al metodelor de diagnostic. Atât timp, cât tratamentul consta în îndepărtarea pulpei și obturația radiculară, lipsa unei metode precise de stabilire a diagnosticului stării pulpare nu constituia un impediment serios. Situația se schimbă atunci când tratamentul urmărește păstrarea pulpei, diagnosticul precis fiind absolut necesar în acest caz.

Discordanța dintre diagnosticul clinic și cel histopatologic a arătat faptul că metodele clinice actuale de diagnostic au valoare limitată și deseori nu reflectă starea reală a pulpei. După *Greth* diagnosticul clinic de pulpită acută seroasă parțială corespunde numai în 22,5% cu procesele histopatologice pulpare, în timp ce diagnosticul de pulpită acută seroasă totală numai în 6,3%. Aceste cercetări au fost continuate de numeroși autori întărind cele afirmate de *Greth* (*Harndt, Ketterl, Driak, Stitzek, Lörinczy, Hattysy, Seltzer* și colab. etc.). Ceea ce a observat *Greth* în 1933 și a întărit *Lörinczy-Landgraf*, (1956) și *Harndt* (1957), iar recent *Mitchell* (1960), *Matsumya* (1964) și *Seltzer, Bender* și *Ziontz* (1965), astăzi este deja universal recunoscut: *prin mijloacele clinice pe care le avem la dispoziție nu avem posibilitatea stabilirii unui diagnostic histopatologic precis al stării pulpare.*

Seltzer și *Bender* arată că prin mijloace clinice nu se poate constata dacă pulpa unui dinte obturat sau cariat este sau nu sănătoasă. Clinic nu putem asigura doar dacă pulpa este sau nu vitală și asimptomatică. O pulpă asimptomatică, intactă nu este neapărat sănătoasă după cum o inflamație cronică sau atrofică constatată histologic de obicei nu poate fi diagnosticată clinic (*Orban, Ritchey*).

Contradicția dintre metodele de diagnostic și metodele de clasificare (diagnosticul clinic și clasificarea histologică) explică în parte multiplele eșecuri în încercările de menținere parțială a pulpei.

Plecând de la lipsa unei metode exacte de diagnostic, autorii s-au străduit să imagineze procedee clinice mai fine și mai precise, în același timp îmbogățind și perfecționând metodele existente.

În referatul de față vom încerca reconsiderarea valorii mijloacelor de investigație clinică pe baza noilor date din literatură.

DATE SUBIECTIVE

Simptomatologia subiectivă pulpară este foarte bogată, însă este dificilă sistematizarea ei. Infectarea pulpei se produce în general prin intermediul cariei, astfel că pulpa coronară fiind prima interesată lezarea ei va fi mai gravă ca cea a pulpei radiculare. Această pulpă poate prezenta două stadii patologice diferite: microabcese la nivelul pulpei coronare și hiperemie în pulpa radiculară. Excitanții susceptibili de a determina reacții pulpare ating mai ușor coroana decât rădăcina. Deși datele subiective au astfel o valoare relativă, ele fac parte din mijloacele clinice de investigație. În acest sens amintim:

- intensitatea și durata durerii,
- istoricul odontalgiei.

O sensibilitate intermitentă la excitanți termici chimici indică o inflamație discretă ce poate fi reversibilă. În cazul durerii persistente la cald sau rece a durerii nocturne este probabil vorba de o pulpă ireversibil lezată. În același timp faza de pulpită poate fi nedureroasă, deseori evoluția spre gangrenă având loc asimptomatic.

DATE OBIECTIVE

În această privință vom examina:

Caria dentară: — profunzimea cavității carioase;

- calitatea dentinei carioase; după *Künzel* șansele menținerii vitalității pulpei cresc în cazul proceselor carioase cu dentină dură față de cariile cu dentină ramolită;
- localizarea cariei.

Obturații extinse: durerea în cazul unui dinte cu o obturație extinsă presupune o pulpă ireversibil lezată. În caz de dureri iradiate, dinții cu obturații extinse sînt cu prioritate suspecti.

Expunerea pulpei: prin procesul carios — indică leziuni ireversibile, mecanic sau traumatic — leziuni reversibile.

Tumefierea mucoasei în șanțul vestibular în dreptul apexului dintelui, indică necroza parțială sau totală.

Fistula indică o necroză parțială sau totală.

- Examenul radiografic:** — indică profunzimea cariei, uneori descoperirea pulpei;
- indică prezența sau lipsa obturației de bază în cazul obturațiilor profunde. (Lipsa obturației de bază presupune o complicație pulpară);
 - indică prezența unei fracturi radiculare;
 - indică prezența resorbțiilor întinse, care denotă în general o complicație pulpară gravă;
 - lărgirea canalului și a camerei pulpare dau indicații valoroase asupra stării pulpei. Canale excesiv de înguste sau largi în comparație cu dinții învecinați, sînt rezultatul unor afecțiuni parodontale, traume prealabile la nivelul dintelui, coafaj pulpar sau pulpotomie, mai ales cînd s-a folosit hidroxid de calciu. Spații pulpare neobișnuit de largi indică o noxă intensă pulpară (după traumatisme accentuate sau efect ortodontic brutal);
 - calcificările în camera pulpară și canalul radicular nu au semnificație specială. Formarea în cantitate excesivă a dentinei reparative în camera pulpară poate fi consecința unei noxe pulpare.

Examenul radiografic în sine nu precizează diagnosticul, deci va fi totdeauna coroborat cu celelalte teste și probe clinice.

Testele termice. Părerile autorilor sînt contradictorii în privința valorii diagnostice a acestui test. Un răspuns pozitiv la cald sau rece este o indicație valoroasă asupra vitalității pulpei, însă un răspuns negativ nu indică cu siguranță lipsa vitalității. Probele termice nu permit un diagnostic diferențial între pulpa normală inflamată sau necrotică; nu există o valoare specifică comună a temperaturilor înalte și coborîte care să stimuleze pulpa normală.

Factorul esențial în determinarea răspunsului termal îl constituie mărimea camerei pulpare, reacția pulpară fiind dependentă de cantitatea țesuturilor dentare dintre punctul de stimulare și pulpă. O cameră pulpară mică influențează înregistrările în cea mai mare măsură. De asemenea pragul de sensibilitate dureroasă a pacientului, influențează reacția de răspuns. (*Richard L. Reynolds*).

După *Seltzer* și *Bender* dacă durerea persistă și excitanțul (în special căldura) provoacă durere, este probabil o inflamație pulpară ireversibilă.

Testul electric. Un răspuns pozitiv indică vitalitatea (cel puțin resturi vitale). Răspunsul negativ chiar la excitant electric maxim nu indică absolut sigur lipsa vitalității. Se întâmplă deseori ca o pulpă perfect normală să nu răspundă de loc la testul electric (datorită obturațiilor, dentinei secundare etc.). Dintele astfel suspect diagnosticul va fi confirmat de celelalte teste. **Deci testul electric indică prezența sau lipsa vitalității fără a arăta însă modificările morfologice ale pulpei.**

Testul percutoric pozitiv este un indiciu de încredere asupra prezenței complicațiilor periapicale, însă lipsa acestuia nu ne asigură asupra absenței complicațiilor. Un dinte dureros la percuție este mai mult ca sigur necrotic. Să nu uităm însă că sensibilitatea poate fi cauzată și de afecțiuni parodontale, ocluzie traumatizantă, sinusită severă etc.

Testul palpatoric. Durerea la nivelul mucoasei în dreptul apexului dintelui este un indicator pentru inflamația ligamentului parodontal. Inflamația poate fi de origine infecțioasă sau rezultatul unei ocluzii traumatizante.

Testul frezajului rar utilizat, însă atunci când celelalte teste sînt dificile de aplicat și nu se pot obține indicații asupra vitalității, senzația dureroasă la frezajul dentinei indică vitalitatea pulpei. Trebuie să fim atenți pentru a nu expune mecanic pulpa. Este important să se diferențieze sensibilitatea la presiunea provocată de frezaj și durerea cauzată de frezarea dentinei vitale.

Proba anestezică trebuie să fie ultimul test aplicat, alte probe clinice nu mai pot fi utilizate după instalarea anesteziei. Atunci când durerea nu poate fi localizată sau când dintele prezentînd o coroană de înveliș, este imposibilă aplicarea tuturor testelor, anestezia locală este o metodă de diagnostic ajutătoare.

Iradierarea durerii constituie un aspect particular. După păreri noi durerea iradiată este caracteristică pulpei parțiale (*Seltzer, Bender*). Această afirmație este în contradicție cu concepțiile clasice. Însă luînd în considerare modificările histopatologice survenite în pulpă, această părere devine logică. Inflamația o dată complicată cu parodontită apicală, durerea începe să se localizeze.

Regiunea de iradiere poate fi un indicator în localizarea dintelui afectat. Fiecărui dinte îi corespunde o regiune de iradiere. Deși nu există o regulă absolută, cunoașterea acestora constituie un ghid important pentru determinarea originii probabile a durerii.

După *Head* regiunile de iradiere sînt următoarele: incisivii superiori în regiunea frontală, caninul și primul premolar în regiunea nazolabială, al doilea premolar superior în regiunea temporală și maxilară, primul molar superior în regiunea molară, al doilea premolar inferior în hioid și regiunea mentonieră, primul și al doilea molar inferior iradiază auricular și în apoaia gonionului, al treilea molar inferior în regiunea laringiană superioară și ureche.

Diagnosticul clinic al pulpopatiilor necesită coroborarea tuturor datelor obținute pentru a asigura în cea mai mare măsură corectitudinea diagnosticului. Uneori se întâmplă ca în ciuda celei mai atente examinări, dintele afectat să nu poată fi localizat. În acest caz se recurge la un tratament paleativ, de exemplu pansament cu eugenat de zinc sau calxil.

Toate aceste metode de investigație pot fi considerate oarecum clasice; interpretarea lor într-o lumină nouă, este impusă de cunoștințele actuale mai bogate asupra patologiei pulpare.

În scopul îmbogățirii și perfecționării arsenalului de mijlce de investigație, autorii s-au străduit să stabilească noi metode de diagnostic. S-au imaginat procedee pentru măsurarea rezistenței stratului de dentină cariouasă rămasă deasupra pulpei (*Rottke*) pentru aprecierea grosimii și calității acesteia. De asemenea stabilirea temperaturii pulpei afectate, constituie preocupări în scopul obținerii unor metode de investigație pulpară.

Dezso Dezso folosește amoniu în scopul diagnosticării stării pulpare. Aplicarea amoniului în cazul dinților cu pulpită purulentă sau gangrenă, provoacă dureri vii, în timp ce folosit pentru coafarea pulpei reversibil inflamate, calmează durerile.

Piecînd de la relativitatea valorii diagnostice a datelor clinice, s-a încercat

găsirea unui procedeu pentru stabilirea directă a stării patologice a pulpei inflamate. *Prader* a propus utilizarea examenului singelui recoltat din pulpă și examinarea histologică și bacteriologică a parenchimului pulpar. După autor metoda permite stabilirea gradului de lezare a pulpei, diferențierea unei pulpite toxice de una infecțioasă cu invadare masivă bacteriană. Procedeeul constă în recoltarea primei picături de singe de la nivelul pulpei, executarea unui frotiu și examinarea calitativă și cantitativă a seriei albe sanguine. (Hemograma pulpară). Interpretarea hemogramei: singele unei pulpe intacte este identic cu singele periferic. Pulpă supusă unei iritații își modifică aspectul. Numărul leucocitelor are o importanță deosebită. Pulpita toxică este însoțită de scăderea leucocitelor de la 7000 la 4000, sau chiar la 1—2000. Pulpita infecțioasă este însoțită de creșterea leucocitelor pînă la 15.000—20.000. Descompunerea avansată a pulpei se caracterizează printr-un număr foarte ridicat de leucocite. Totodată se pot constata modificări calitative. În pulpita toxică se produce limfocitoză și monocitoză. Raportul eritrocite-ser precizează diagnosticul de inflamație seroasă dacă serul este crescut. În distrucția toxică a pulpei cresc masiv neutrofilele.

Metoda permite stabilirea diagnosticului stării pulpare în momentul executării trepanării și astfel indicarea metodei de tratament (coafaj, pulpotomie, extirpare totală).

După părerea noastră necesitatea trepanării scade mult valoarea metodei.

Hemopulpograma nu trebuie să constituie singura metodă de diagnostic; trebuie asociată testelor electrice, termice etc.

Marmasse pe bună dreptate consideră tehnica lui *Prader* ca fiind de domeniul laboratorului; indicațiile ei nu pot fi considerate superioare datelor clinice. După părerea lui *Baume* și *Fiore-Donno*, acest diagnostic hematologic are doar scop științific, concluziile trase de *Prader* și elevii săi sînt prea stricte, rigide, neaplicabile în practica clinică.

Se pune întrebarea dacă are importanță stabilirea unui diagnostic histopatologic atît timp cît nu dispunem de metode de tratament specifice fiecărei forme anatomo-patologice. În afară de aceasta histologic nu se poate aprecia dacă o leziune inițială va progresa sau regresa, adică dacă rezultatul va fi vindecarea sau necroza. (*Baume*, *Fiore-Donno*) Acest fapt, cît și introducerea în tratamentul conservativ al pulpopatiilor al unor preparate noi, histofile, au dus la ideea modificării vechii clasificări clasice a pulpitelor, încercîndu-se elaborarea unei clasificări corespunzătoare aspectelor clinice. Clasificarea histopatologică nu poate fi utilă pentru clinician atît timp cît nu dispune de o metodă bine pusă la punct în vederea unui diagnostic histopatologic. Pentru eliminarea dificultăților date de vechile clasificări s-a încercat o nouă sistematizare a pulpopatiilor, pe baza considerentelor terapeutice și clinice. *Harndt* clasifică pulpopatiile în funcție de reacția pulpară față de agenții termici: pulpa dureroasă la rece o consideră inflamată reversibil, cea dureroasă la cald — ireversibil.

Baume și *Fiore-Donno*, în 1962 clasifică afecțiunile pulpare conform simptomatologiei și tratamentului:

I. Pulpă asimptomatică, lezată accidental sau învecinată cu o carie profundă susceptibilă de a fi protejată prin coafaj.

II. Pulpă cu antecedente dureroase care, la tineri mai ales, beneficiază de tratament conservativ prin coafaj sau pulpotomie.

III. Pulpă cu simptome clinice care indică extirpare și obturație radiculară imediată.

IV. Pulpă necrozată cu infecție dentinei radiculare, necesitînd un tratament antiseptic.

Diagnosticul diferențial îl stabilesc pe baza simptomatologiei subiective, aspectul macroscopic al dintelui și tesuturilor învecinate, reacția la testul percutorie, termic și faradic, imaginea radiografică. După autor, diagnosticul trebuie să stabilească dacă vitalitatea pulpei poate fi conservată, dacă ea este periclitată printr-un traumatism penetrant sau printr-o carie profundă.

Considerăm ca o lipsă a autorilor neindicarea simptomatologiei de orientare în cazurile III și IV.

Un astfel de diagnostic în scop terapeutic va pune capăt tentativei iluzorii de a formula un diagnostic histopatologic prin metodele clinice.

Saltzer și Bender simplifică problema: clasifică pulpepariile în două categorii — tratabile și netratabile. Termenul „tratabil“ se referă la tratamentul conservativ al pulpei, iar „netratabile“ sînt dinții a căror pulpă trebuie îndepărtată. În categoria de „tratabili“ considerăm dinții prezintă: I. pulpă intactă neinflamată. II. stadiu de trecere. III. pulpă atrofică. IV. pulpită acută și V. pulpită cronică parțială fără necroză. În aceste cazuri există o reală șansă de rezolvare prin tratament conservativ. Dinții a căror pulpă prezintă: I. pulpită cronică parțială cu necroză parțială; II. pulpită cronică totală și necroză pulpară totală, necesită tratament endodontic sau extracție („netratabili“).

Pentru a determina categoria în care se încadrează un dinte se iau în considerare: intensitatea, durata și istoricul odontalgiei, prezența cariei cu sau fără expunerea pulpei, obturațiile, tumefierea, datele radiografice, rezultatele examinărilor termice, percuția, palparea, anestezia și testul pulpar electric.

Trecînd în revistă toate aceste clasificări cît și simptomele subiective și obiective care le stau la bază în stadiul actual al cunoștințelor noastre, considerăm mai corespunzătoare clasificarea clinică și terapeutică, servind în mai mare măsură terapeutică pulpară decît vechea clasificare bazată pe aspectul histopatologic.

Sosit la redacție: 25 martie 1968

Bibliografie

1. BAUME L. J.: Int. Dent. J. (1966), 16, 1; 2. BAUME L. J.: Mschr. Zahnheilk. (1965), 75, 1985; 3. BAUME L. J., FIORE-DONNO G.: Med. Hyg. (1962), 20, 543; 4. DEZSŐ D.: Fogorvosi Sz. (1964), 19, 10; 5. FARBER P. J., ROSEN A.: New York State Dent. Journ. (1966), 32, 17; 6. GALL I., GERDA MADLER, STĂTESCU O.: Stomatologia, Buc. (1965), 12, 6; 7. GUTHRIE T. J.: J. D. Res. (1965), 41, 4; 8. NASS A.: Curs de terapie buco-dentară, I.M.F. București 1965; 9. RAY-NOLDS R. L.: Oral, Surg., Oral Med. and Oral Path. (1966), 22, 241; 10. SELTZER S., BENDER I. B.: Oral Surg. Oral Med. and Oral Path. (1965), 19, 3; 11. SILBERT H.: The Canad. Dent. Ass. Journ. (1962), 28, 1; 12. SZENTPÉTERY J., BOCSKAY ST., KOVÁCS KLÁRA: Stomatologic, București (1964), 11, 299.