



Clinica de stomatologie infantilă (cond.: conf. dr. R. Cristoloveanu  
doctor în medicină) din Tirgu-Mures

## **SIGILAREA ȘANȚURILOR OCLUZALE LA PRIMUL MOLAR PERMANENT**

dr. R. *Cristoloveanu*, P. *Balássy*, I. *Roșca*

Primul molar permanent ocupă, fără îndoială, un loc aparte în stomatologia infantilă. Denumit de *Angle* „cheia ocluziei” pentru rolul important pe care îl are în dezvoltarea întregului aparat dentomaxilar, acest dinte se dovedește a fi, în zilele noastre, deosebit de vulnerabil la atacul carios. Chiar și la copii care nu au nici o carie dentară, el poate fi singurul dinte lezat.

Dată fiind importanța deosebită a primului molar permanent pentru dezvoltarea ocluziei, în corelație cu receptivitatea lui la carie și cu pierderea sau distrugerea lui deja în perioada copilăriei, patologia sa specifică a polarizat atenția a numeroși cercetători. Au fost experimentate toate metodele de profilaxie anticarioasă prin fluorizare pe cale generală sau topică obținându-se însă numai rezultate parțiale. Nici metodele de impregnare nu au dat rezultate semnificative din punct de vedere clinic. Astfel se explică apariția „odontectomiei profilactice”, cu numeroși adepți, care se bazează pe „teoria extracției sistematice a primului molar permanent”, conform căreia extracția practică imediat după erupția clinică

ar fi mai avantajoasă decît întregul cortegiu de complicații pe care le generează.

Toate studiile privind susceptibilitatea la carie a primului molar permanent semnaleză rolul deosebit pe care îl joacă șanțurile și gropițele ocluzale. Procesul carios găsește o poartă deschisă pentru atac și toate condițiile locale pentru a se instala înainte ca structura smalțului să se organizeze oferind o imunitate asemănătoare cu a celorlalți dinți. Au apărut în consecință preocupările pentru suprimare fizică a acestor porți de intrare. Denumirea de „sigilare a șanțurilor și gropițelor“, preluată din literatură, ni s-a părut foarte sugestivă și am asimilat-o ca atare, orientînd în acest sens cercetările noastre, încurajate și de observații făcute prin utilizarea unor materiale de obturație inferioare celor pe care industria stomatologică ni le pune în prezent la dispoziție.

Încercările de sigilare a șanțurilor cu Schellack solubilizat în alcool au dat rezultate ce merită a fi menționate: după 21 de luni, leziunile carioase s-au redus cu peste 50% față de un lot martor. Rezistența mecanică redusă a Schellack-ului necesită însă reaplicarea lui la intervale de 4 luni, ceea ce a dus în ultimă instanță la abandonarea metodei.

Înlocuirea Schellack-ului cu materiale acrilice, mai rezistente, s-a lovit de lipsa lor de aderență la tesuturile dentare dure. Alte materiale, mai aderente, de tipul rășinilor epoxi, au fost abandonate pentru toxicitatea exercitată asupra puipei dentare.

Apariția materialelor de obturație cu compoziție complexă, atît de discutate în ultimul timp, a marcat un progres și în metoda sigilării șanțurilor și a gropițelor, fiind posibilă închiderea cavităților prin frezaj fără o manoperă pregătitoare. Este exploatată în acest scop proprietatea de aderență extraordinară a materialelor compozite, prin penetrabilitatea remarcabilă în profunzimea țesuturilor dentare dure și prin legăturile chimice pe care le realizează cu țesuturile dentare acide. Prelucrarea chimică a suprafeței smalțului dentar prin demineralizare, „gravarea acidă“, mărește și mai mult adezivitatea materialelor compozite. În esență, materialele de obturație compozite au permis trecerea de la „sigilarea fizică“ la „sigilarea fizico-chimică“ a șanțurilor și a gropițelor ocluzale, cu rezultate net superioare.

Observațiile experimentale clinice efectuate de noi au fost încurajate de rezultatele obținute de colectivul condus de conf. dr. I. Bocskay care a evidențiat prin metode histologice și histochimice penetrabilitatea cu totul deosebită a produsului „concise“ în cele mai anfractuose sinuozități ale șanțurilor și fisurilor ocluzale. Am încercat de asemenea să stabilim și dimensiunile aplicative ale metodei sigilării în colectivitățile de copii organizate, alegîndu-se subiecții și integrîndu-ne în programul de activitate al cabinetului stomatologic școlar de la Liceul „Bolyai Farkas“ din Tg.-Mureș, condus de dr. E. Fall, căreia îi exprimăm toată grațitudinea pentru sprijinul organizatoric.

Sigilarea șanțurilor ocluzale a fost realizată la un lot de 40 de copii, în vîrstă de 6 ani, cu primii molari permanenți în plină erupție clinică. La 38 dintre aceștia s-au găsit molari cu suprafața ocluzală macroscopic incomplet structurată și s-a aplicat produsul „concise“ la cîte un dinte, cu agravare acidă prealabilă. Fără a intra în detalii tehnice ne limităm să precizăm că lipsa frezajului face ca actul terapeutic să fie agreat

de copii. Actul terapeutic, incluzând toate fazele pregătitoare, durează în total 15 minute per dinte.

Examinarea făcută după 6 luni a urmărit persistența peliculei protectoare și eventuala apariție a leziunilor carioase. Am constatat desprinderea parțială a peliculei protectoare la 4 dinți, trei dintre aceștia prezentând deja leziuni carioase evidente clinic. Toți dinții cu pelicula protectoare intactă (34 din totalul de 38) au fost indemni față de caria depistabilă clinic.

### Concluzii

1. Pelicula protectoare înlătură locurile de retenție de la nivelul suprafeței ocluzale a primului molar permanent, eliminând unul dintre factorii importanți în declanșarea procesului carios.

2. Durata experimentului (6 luni) nu ne permite să formulăm concluzii definitive. Totuși, gradul de persistență a peliculei protectoare este concordant cu datele din literatură referitoare la utilizarea unor materiale de obturație asemănătoare: *Roch* (1974) relatează o persistență de 91,1 % după 6 luni de la aplicare, *McCune* (1973) 87,7 % după 1 an, *Buonocore* 87 % după 2 ani, ceea ce ne determină să fim optimiști în privința perspectivelor.

3. Simplitatea metodei, expeditivitatea și acceptarea ei de către copii o fac utilizabilă în condițiile activității stomatologice dispensarizate din colectivitățile școlare.

4. Metoda sigilării șanțurilor și a fosețelor ocluzale are însă aspecte puțin cunoscute sau necunoscute, a căror elucidare cere observații în continuare pe o perioadă de mai mulți ani, înainte de a ne permite să o recomandăm pentru a fi introdusă în practica zilnică.

*Sosit la redacție: 2 noiembrie 1977.*

### Bibliografie

1. *Baranóczy Jolán, Bruszt P.*: Fogorvosi Szemle, (1975), 68, 359; 2. *Benagiano A., Firu P., Zarnea Livia*: Stomatologia (1973), 20, 1, 1; 3. *Boyd A.*: British Medical Buletin (London), (1975), 31, 2, 120; 4. *Brunel A. L., Leroux J.*: Revue de Stomatologie (Paris), (1974), 75, 7, 984; 5. *Breustedt A., Tappe A.*: Stomatologie der DDR (1974), 24, 144; 6. *Buonocore G.*: Oral Health (1974), 64, 8, 25; 7. *Burt A., Berman S., Gelibier S., Silverstone M.*: Brit. dent. J. (1975), 138, 98; 8. *Cimpeanu Mihaela, Schapira M., Eichorn H.*: Stomatologia (1971), 4, 357; 9. *Crabb H.*: Brit. dent. J. (1976), 140, 4, 303; 10. *Csögör L., Gúzner N., Cristoloveanu R.*: Stomatologia (1968), 1, 15; 11. *Firu P., Zarnea Livia*: Stomatologie infantilă, București, 1973; 12. *Gafar M., Andreescu C., Sitea M.*: Materiale fizionomice cu compoziție complexă. Curs de terapie bucodentară, București, 1973, 171; 13. *Going R. E., Larry D., Davida C., Greinger A.*: JADA (1976), 92, 388; 14. *Going R. E., Larry D., Davida G., Greinger A.*: JADA (1976), 92, 578; 15. *Kövágó Anikó, Kemenes Ildikó, Molnár I., Kelemen O.*: Fogorvosi Szemle (1976), 69, 47; 16. *Nguyen duong Hông, Nguyen hoang oanah, Tránghi Len, Trán van Troung*: Stomatologia (1971), 2, 119;