

# TEMA 30 : SINUZITA ODONTOGENĂ ȘI COMUNICAREA BUCO-SINUSALĂ

## SUBIECT / ETIOPATOGENIA SINUZITEI ODONTOGENE

Există o serie de factori care favorizează îmbolnăvirea sinusului maxilar, prin scăderea potențialului de apărare naturală.

- 0,5 - diminuarea rezistenței generale a organismului față de infecții
- 0,5 - modificări de tip alergic ale mucoasei nazale
- 0,5 - inflamatie cronică a mucoasei nazosinusale și obstrucție ostiului din meatul mijlociu prin edemul mucoasei, prin polipi nazali sau prin deficiențe de sept.

### Factori cauzali

- parodontite apicale granulomatoase cronice sau în fază acută prezente la dinți din vecinătatea sinusului  
! Infecția se poate extinde la sinus - fie prin continuitate - fie prin contiguitate
- osteita procesului alveolar, care produce o demineralizare progresivă, cu diminuarea rolului de barieră al septului alveolar-sinuzal.
- ! chisturile radiculare și cele foliculare supraînfecțate
- ! pungile parodontale adânci de la nivelul molarilor și premolarilor
- ! infecțiile radiculare latente la dinți cu mortificări pulpare sub obturații vechi, cu carii secundare, care nu prezintă simptome clinice și radiologice evidente
- ! extractiv dentar este cauza cea mai frecventă a declanșării sinuzitei maxilare, fie prin plajă alveolară care declanșează accidentul sinusului, fie prin chimoterapie intraperiosteală, 0,5

dieta în funcție de cavitate sinuzală. Adeseori, îmbolnăvirea sinusului este însoțită de instalarea unei comunicări cronice.

- implantele endosocale, introduse fără a se apleca înainte de a se realiza datele de anamneză alveolară sau prin tehnici defectuoase.



## Tema 19. Parodontite marginale.

Subiect 4 Parodontite marginale cronice superficiale: tipul  
fomatologiei subiective și obiective.

5P Subiectiv simptome clinice din gingivite sunt mai intense  
și apar mai frecvent:

0,5P - puritate gingivală

0,5P - hiperemie gingivală

1P - fene dureroase gingivale accentuate de pușaj și mestecare.

1P - temperaturi frecvente ale gingiei la atingeri ușoare și la sucurile gingivale.

2P - semnul patognomonic al PMCS sau o diferențiere a gingivitei este subiectiv de epurare a unui dinte sau a unui grup de dinți, necesitate de o durere periodică și interdiculării, cu unicitate caracteristică.

0,5 - durerea este localizată

0,5 - apare mai frecvent dimineața și dispare după câteva minute de mestecat.

0,5 - intensitate medie, suportabilă, uneori discretă

0,5 - subiectiv de epurare unor dinți dureroși care apar metrial în interdiculării maximum poate fi pus în evidență în cazul gilei în rețetă ambuș.

5P Obiectiv:

0,5 - temperaturi la atingeri ușoare cu tonda

- semne de inflamație gingivală

0,5 - culoare roșu violaceu, de stază a papilelor gingivale a marginii gingivale libere și pe alocuni a gingiei fixe, care are un aspect distinct lucios, lipsit de aspectul de "prăvălă pumebată".

0,5 - turneocărbă, cu prezența a numeroase și frecvente

0,5 - papile gingivale îmbrățate de aspect înșir filiform și prezintă interdentar și marginea îmbrățate sau suprafațe ocuzate

0,5 - înșir papile poate fi disrupte de dinte.

0,5 - papila gingivale are înșir un aspect lobulat, cu un saț discret la bază; are o delimitare de țesut fixă de culoare mai deschisă; partinea superioară de tip mamelonat exprimă staze vasculare și, de regulă, excluderea funcțională a papilei în raport cu partinea subiacentă, care are o reactivitate vasculară mai bună și neperbită prin tratare antimicrobiană.

0,5 - marginea gingivale liberă este întreruptă pe locuri de fisuri acoperite de un exudat fibrinos sau chiar purulent, mai bogată prin exprimare din țesut gingival

0,5 - usor mobilitate dintară, de  obicei de gradul I, prin edem inflamator în dismodontiu;

0,5 - înșir hiperplazie gingivale

0,5 - înșir retacție gingivale în absența unei țesut adivănat.



## Fișă 4 Etiopatogenia cariei dentare (Odontologie)

Subiect Proprietăți antimicrobiene ale lichidului bucal (pag. 51).

În lichidul bucal există o serie de factori antimicrobieni capabili să influențeze patogenia cariei, dar opiniile asupra importanței lor sunt divergente.

1. Lizozimul. Este o carbohidrază care scindează polizaharid din constituția peretelui celular al microorganismelor, inhibă aderența bacterilor la hidroxapatită și previne liza de către creșterea fluxului salivar, dar mucina se poate să aie un efect inhibitor.

2. Peroxiidaze Este un factor antimicrobian activ asupra lactobacililor și altor specii bacteriene.

3. Imunoglobulinele În salivă, și după mai des  $IgA$ , dar și  $IgG$  și  $IgM$  care atinge o proporție de 1-3% din valoarea plasmatică. Concentrația imunoglobulinelor în salivă este invers proporțională cu cantitatea de salivă secretată.

4. Aglutinarele. Sunt menționate în inhibarea creșterii și producerea lizei lactobacililor, dar mai puțin a streptococilor.

5. Leucotaxina salivară. Este un polipeptid care crește permeabilitatea capilară și stimulează diapedeze polimorfo nuclearelor neutrofile. În placa bacteriană eliberată se conțin într-o proporție mult mai mare decât în salivă.

6. Opsoninele sunt atribuite lui  $IgG$ ,  $IgM$  și anumite componente ai complementului. Activitatea lor este mult mai puternică la persoanele carioimune, decât la cele carioactive.

sensibilizarea microorganismelor pentru a fi mai ușor atacate de către leucocite.

Prezente factorilor mai sau amestecați în lichidul bucal din diversele ce care pot avea mecanismul antibacterian de importanță considerabilă, sau concentrația lor, de obicei în invers proporțională cu mărimea fluxului salivar, oferă posibilitatea recuperării activității de spălare redusă a solivei, în perioadele de furtiv scăzut, pentru o îmbunătățire participanți a mecanismelor biologice antibacteriene.



# Tema 14 Clasificarea bolilor parodontiului marginal (Parodontologie)

Subiectul 3. Clasificarea bolilor parodontiului marginal după Catedra de Parodontologie de la Păcurari

## I. Gingivite

① Gingivita cronică (simple, necomplicată) prin inflamația papilii (papilită) și a marginii gingivale libere, de cauză microbiană (prin placă bacteriană) 0,5

② Gingivita hiperplazică prin inflamație microbiană 0,5

③ Gingivite din cauza unor stări fiziologice: pubertate, sarcină, ciclu menstrual, utilizarea de contraceptive, menopauză 0,5

④ Gingivite simptomatice, frecvent hiperplazice, din cauza unor boli sistemice ca: diabet, carente vit. C, boli de țesut conjunctiv 0,5

⑤ Gingivite hiperplazice, ca efect secundar al unor medicamente: hidantoină, antiparazitari de calciu, ciclosporine. 0,5

⑥ Gingivite hiperplazice idiopatice: 0,5

⑦ Gingivite alergice 0,5

⑧ Gingivite descuamative ca manifestări bucale în distrofiile sau dermatoze: lichen plan, pemfigus, scleroză 0,5

⑨ Gingivite și gingivostomatite acute și subacute: 0,5

- gingivostomatite ulcero-necrotice

- gingivostomatite herpetică

- aftele și gingivostomatite aftoase recidivante

⑩ Gingivite și gingivostomatite acute și cronice de cauză microbiană. 0,25

⑪ Tumori gingivale benigne și maligne 0,25

## II. Parodontite

① Parodontite marginală cronică superficială

- pe fund de involuție precoce 0,5

② Parodontita marginală cronică profundă :

A. la copii :

a) prepubertate precoce 0,5

b) parodontita juvenilă 0,5

B. la adult :

a) parodontita marginală cronică profundă : localizată, extinsă, generalizată 0,25

b) parodontita marginală apretivă rapid progresivă 0,25

c) parodontita marginală profundă rebelă la tratament 0,25

d) parodontita distrofică : parodontite marginală cronică mixtă 0,25

III. Manifestări gingivo-parodontale în oral în SIDA 1?

IV. Manifestări ale traumei ocluzale în prin lipsa con-  
tactului ocluzal. 1?



## Bulet 7 Necroze pulpare

Simptomatologii - frunte sâracă

- Dintele poate fi indurabil, transparența mai mică decât a dinților vecini, aspect mat 0,5
- Colorații modificată - galben cenușiu, brun 0,5
- reacții la excitanții termici și chimici locali 0,5
- Nu prezintă hipersensibilitate sau hiperesterie 0,5
- Poate să prezinte o obturație veche (silicat, amalgam) fără obit de bord.
- La deschiderea camerei pulpare → prezintă unii substanțe omogene de consistență redusă, culoare brună Nu sângerează Nu este sensibilă la hipersensibilitate
- Teste de vitalitate <sub>1</sub> - termice, electrice, prag exploziv - NE
- Diafanoscopia / Transiluminarea cu fibre optice → camera pulpară și-a pierdut transparența 0,5
- Percuție - rezonanța mată 0,5
- însămânțare bacteriologică - NEGATIVĂ 0,5
- Rx nu este concludentă 0,5

## Diagnose perihv

- modificarea de culoare a dințului 0,5
- lipsa sensibilității la pulpare cu bord 0,5
- Teste de vitalitate NEGATIVE 0,5
- însămânțare bacteriologică NEGATIVĂ 0,5

## Diagn. diferencial

- gangrenă pulpă simplă 0,5
- parodontită apic cronică 0,5
- pulpită cronică deschisă 0,5
- pulpită cronică inclusivă parțială 0,5



Realizarea paralelismului între dinții stâlpi și dinții adiacenți (p. 217 - 218)

- Dinți adiacenți în unele versiune  $\Rightarrow$  împiedică lucrul la punții. În aceste cazuri dinții adiacenți se vor lua ca sprijin suplimentar prin intermediul unui inlay 0,5

Solu  $\rightarrow$  se realizează un inlay slice-cut care va modifica profilul proximal și va angaja un punct de contact interdentar corespunzător 0,5

- În edentelii parte redusă se poate folosi pediculul distal un element de apărare de tip inlay pt. o nouă modificare suprafața distală a dinților stâlpi. 0,5

Realizarea paralelismului în raport cu direcția de implantare a dinților stâlpi

Direcțiile de implantare nu sunt paralele între ele:  $L = 0,5$   
MAX răd convergente, la mandibulă divergente  
Situatie este inversă în ceea ce privește condaniile 0,5  
dentare:  $L = 0$  MAX - divergente, la mandib - convergent

În unele edentelii apar modificări secundare

- axele M și PM sunt paralele între ele nu sunt probleme de paralelism 0,5

- axa PM rămâne verticală în timp ce M prezintă o mişcare versiune  $\Rightarrow$  fața medială a M trebuie să fie mai mult pt. obține paralelism 0,5

- distorsiune PM + mișcare versiune M  $\Rightarrow$  slefuiri accentuate pe fața M a molarului + fața  $\Delta$  a PM 0,5



## Ex. 43 Paralelismul preparatiilor

Realizarea paralelismului între diferite elemente ale aceluiași preparatii și apoi între preparatiile de pe diferiți dinți și alți perimite inserția unei punți asigurând ni retentia acestuia. 0,5.

Axele de inserție ale diferitelor elemente de agregare cât mai strict realizate între ele, determină o axă comună care reprezintă axa de inserție a punții. 0,5

Trasura acestei axe se face pe modele de studiu cu ajutorul paralelogramului. 0,5

Problemele de paralelism sunt cu atât mai dificile cu cât crește nr. dinților și alți. 0,5

Nerespectarea paralelismului face imponderabilă inserția punții. 1

Metode de rezolvare în caz de ne-paralelism:

- Dacă există dinți vitali și d. devitali → axa de inserție va fi dictată de dinții vitali. 0,5
- Dacă se face preparatii multiple numai pe d. vitali → axa de inserție va fi dictată de dinții cel mai puțin voluminoși. 0,5
- Dacă se face preparatii numai pe dinți devitali → axa de inserție va fi dictată de dinții cel mai puțin voluminoși. 0,5
- Dacă elementele de agregare sunt dinți cu prabii → axa de inserție va fi dictată de dinții cu rădăcină cea mai subțire. 0,5



# Orlet 44 Materiale de amprenta - Clasificari

## I Clasificari dupa Teremina

1. Materiale de amprenta cu timp redus de plasticitate si consistenta rigida la deslusuire din cavitatea orala (ghips, <sup>0,5</sup> năstri aculic, <sup>0,5</sup> Mucosal)
2. Materiale de amprenta cu timp de plasticitate redus si consistenta semi-rigida la indepartare din cavitatea orala (paste ZOE, <sup>0,5</sup> stents, <sup>0,5</sup> Ker) <sup>0,5</sup>
3. Materiale cu timp de plasticitate redus si consistenta elastica la indepartare din cavitatea orala (hidrocoloi reversibili, <sup>0,5</sup> invariabili; <sup>0,5</sup> cauciucuri siliconice)
4. Materiale cu timp de plasticitate prelungit
  - ⊖ grupa A (bucoplastici) <sup>0,5</sup>
  - ⊖ grupa B - material plasto-elastic (mutilente) <sup>0,5</sup>

## II Clasificari lui Nussbaum

- Materiale rigide <sup>0,5</sup> - max termoplastice
  - gipsuri <sup>0,5</sup>
- Materiale elastice <sup>0,5</sup> - paste ZOE
  - hidrocoloi reversibili
  - invariabili
  - elastomeri <sup>0,5</sup> de sinteza
    - cauciucuri polisulfurici
    - siliconi
    - polieteri

### III Clasificarea lui Membran și Brate

- ⊖ Rigide și semirigide <sup>0,5</sup> inversibile ⊖ gips <sup>0,5</sup>
  - ⊖ polimeri acrilici
  - ⊖ paste ZOE
- ⊖ Rigide reversibile (termoplastice) <sup>0,5</sup>
  - ⊖ compozituri Stents
  - ⊖ gutaperca <sup>0,5</sup>
  - ⊖ ceruri
  - ⊖ materiale bioplastice
- ⊖ Elastica reversibile <sup>0,5</sup> (hidrocolom <sup>0,5</sup> apar-apar)
- ⊖ Elastica inversibile <sup>0,5</sup>
  - ⊖ hidrocolom inversibile - alginat
  - ⊖ elastomeri de sinteză - poliulfoni;
  - ⊖ siliconi, polieteni, poliuretani -
  - ⊖ dimetacrilati



## TEMA 36 TUMORILE ODONTOGENE

SUBIECT: FIBROMUL ODONTOGEN CENTRAL.

Este o tumoră foarte rară  
0,5 Cel mai frecvent se asemănă cu mixomul odontogen, diferențierea fiind dată de gradul mai mare de maturizare (mixomul fiind o formă embrionară mai tânără)

### PATOGENIE

0,5 Tumoră se găsește numai la oasele maxilare și se dezvoltă din componentele mezenchimale ale mugurului dentar.

### ANATOMIE PATOLOGICĂ

Microscopic: Este alcătuit din fibre imature de colagen și numeroși fibroblaste. Trăntele de se mai găsesc resturi de smalt sau de epitelă odontogenă. Tumoră este bogată în colagen și substanță fundamentală.

### SEMNE CLINICE

F.O.C. apare la orice vârstă, medez fiind în jurul a 20 de ani, afectând în egală măsură ambele sexe. Are predilectia pentru mandibulă.

Cresterea este lentă, medericioasă, în timp produce deformarea feței și migrații ale dinților limitrofi.

### RADIOLOGIE

Aspectul său este specific pentru F.O.C., imaginile sale radiologice rămânând cu ale adamantionului sau mixomului odontogen. Majoritatea sunt lezioni hipertransparențe multi foculare extinse mult în osul maxilar.

Asocierea cu un dinte necrupt este frecventă

## TRATAMENT

Tumora se extirpă prin chiuretare <sup>0,5</sup> tesutului moale, a celui fibros, care uneori poate prezenta și o capsulă.

Dacă chiuretarea și enuclearea tumorii sunt făcute rațional și corect, nu se produc <sup>0,5</sup> recidive postoperatorii.

Abordul este de regulă endobucal. <sup>0,5</sup>



# TEMA 26 INCIDENTELE SI ACCIDENTELE ERUPTIEI DENTAR

## SUBIECT: INCIDENTELE SI ACCIDENTELE LOCALE IN ERUPTIA MOLARULUI DE MINTE INFERIOR.

### - Accidente septice.

- 1 - pericoronarite congestive
- 1 - pericoronarite supurative
- 1 - pericoronarite cronice

### - Accidente (tulburări) nervoase

- tulburări motorii - contracturi 0,25
- trismus 0,25
- spasme 0,25
- paralizii faciale 0,25

### - tulburări senzitive - durere

- 0,5 - algii faciale
- 0,25 - algii asociate cu tulburări vasomotorii reflexe
- 0,10 - algii asociate cu tulburări vasomotorii reflexe
- 0,5 - nevralgii dentare n. citice
- 0,10 - nevralgii dentodentare sau dentocubrale
- 0,5 - deficiențe de sensibilitate (n. meibomer) sau hiperestezii
- 0,05 - tulburări vegetative reflexe ale creierului cu gâlgăre sau cu anafili

### - Accidente (tulburări) mecanice.

- 0,5 - ulceratii jugale sau linguale
- 0,5 - carii ale molarului 2.
- 0,5 - resorbții radiculare ale molarului secund.
- 0,5 - defecțiuni dentare
- 0,5 - defecțiuni ale molarului

- Accidente (tulburări) trofice.

1. - gingivostomatik odontogice.

- Accidente (complicații) tumorale.

0,5. - tumori cistice :-

- cist folicular
- cist marginal.
- Keratocist.
- adamantinose.



## TEMA 25. EXTRACTIA DENTARA

### SUBIECT 5 EXTRACTIA PRIMILOR MOLARI SUPERIORI ANESTEZIA, INSTRUMENTARUL, TEHNICA

**ANESTEZIE**: tranculare per zigică la tuberculul<sup>1</sup>, completă cu o infiltrație vestibulară<sup>0,5</sup> pentru anestezierea unui filot din nervul local și la gaură palatină mare<sup>0,5</sup>.

#### INSTRUMENTAR.

- devalorare dreptă<sup>0,5</sup> „în jghucl” și sindesmoză<sup>0,5</sup>
- desti pentru molari îndreți pe lat<sup>1</sup>, falca veleminoasă făcând un unghi obtuz cu mânerul. Falca ce urmează să fie aplicată vestibular prezintă un pinten<sup>0,5</sup> care se înmănuește între rădăcina mezo-vestibular și cea disto-vestibulară. Falca palatină este rotunjită convex în plan transversal și longitudinal.
- Există desti pentru hemiarcade drepte și desti pentru hemiarcade stânga<sup>0,5</sup>.

#### TEHNICA

- Creasta alveolară se fixează între index și police, îndepăr-  
tându-se puțin aceeași manieră și partea mai labioasă
- Decolarea gingiei în jurul coletului → devalorare sau  
sindesmoză drepte; pentru fete deșchise se folosesc devalorare „în barometru”
- Se aplică destele adaptând mai întâi falca palatină apoi cea vestibulară, al cărei pinte se va înmănuea cât mai adânc între cele două rădăcini. Se controlază dacă puze este făcută corect, pentru a preveni dereglarea destelui și eventuale fracturi.
- Luxația se face prin mișcări lente de basculare

înrotindu-se în mod egal atât vestibular, cât și palatinal.  
Pe măsură ce dintelă se mobilizează, va fi crescută  
amplitudinea mișcării de basculare, în special  
vestibular. Dacă creasta zigomaticoalveolară este  
joasă și se prelungește până la marginea liberă  
a alveolei, mișcările de basculare vor fi mai  
amplă palatinal.

- Când dintelă s-a mobilizat suficient, concomitent  
cu mișcările de basculare se exercită o tracțiune lentă  
și controlată în jos, scutând dintelă din alveolă.
- Sunt contraindicate absolut mișcările de rotație,  
ea și omuciturile bruște, care pot determina fracturarea  
uneia dintră rădăcini