

lek. stom. **Barbara Urbanowicz-Śmigiel***

S-O-S dla uśmiechu

Co pewien czas do naszych gabinetów dzwoni pacjent z prośbą o natychmiastową pomoc. Powodem szukania pomocy jest uraz.

W sytuacjach urazu zmuszeni jesteśmy natychmiast podjąć decyzję, jak rozwiązać problem u danego pacjenta, tak byśmy nie musieli się wycofać z proponowanego leczenia. Musimy rozważyć plusy i minusy każdego możliwego rozwiązania. Dodatkowym problemem w tych przypadkach jest zwykle brak czasu potrzebnego na przeprowadzenie zabiegu.

PRZYPADEK 1

Do gabinetu zgłosili się rodzice z 10-letnim synem. Chłopiec dzień wcześniej, podczas zabawy doznał urazu zębów siecznych przyśrodkowych (fot. 1). Rodzice przechowali fragment odłamanego zęba 11 (fot. 4) w soli fizjologicznej, zgodnie z zaleceniami lekarza pierwszego kontaktu. Protruzja siekaczy (fot. 3), wiek dziecka i płeć umiejscawiają go w grupie predysponowanej do takich urazów.

W badaniu wewnątrzustnym (fot. 2) stwierdzono uraz zębów 11 i 21 kl. II wg Ellisa (uraz obejmujący szkliwo i zębinę bez obnażenia miazgi). Uraz zęba 21 dotyczył głównie szkliwa. Zęby były niebolesne na dotyk i opukiwanie, wrażliwe na zimno, nie wykazywały patologicznej ruchomości. Badanie zewnątrzustne nie wykazało patologii. Również badanie rentgenowskie nie wykazało zmian w obrębie kości wyrostka zębodołowego oraz w obrębie korzeni zębów 11 i 21.

W znieczuleniu nasiękowym, po uprzednim oczyszczeniu pastą i szczoteczką, w osłonie koferdamu zdecydowałam się na doklejenie zachowanej części odłamanego zęba 11. W pierwszej kolejności należy dopasować

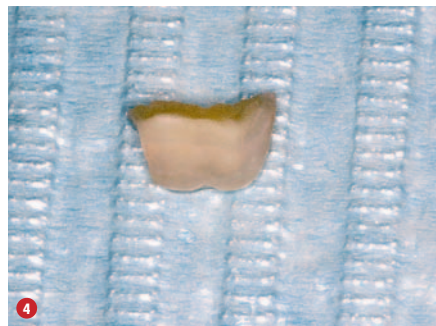
odłamany fragment do zęba (fot. 5). Idealnie jeżeli pasują do siebie jednoznacznie, ponieważ na etapie przyklejania trudniej popełnić błąd. Szkliwo zęba i odłamanego fragmentu wytrawiono kwasem ortofosforowym przez 30 s, zębinę natomiast przez 15 s. Powierzchnię zębiny pokryto primerem systemu łączącego dwubutelkowego IV generacji. Po 20 s nałożono bond na powierzchnię zęba i odłamanego fragmentu. Na tym etapie nie spolimerizowano bondu, ponieważ nie udałooby się wtedy idealnie połączyć obu fragmentów.

Na powierzchnię szkliwa i zębiny naniesiono płynny kompozyt i połączono odłamany fragment z zębem. Całość naświetlono lampą polimeryzacyjną przez 40 s od strony wargowej i podniebiennej (fot. 6). Pozostałą część zęba 11 i kąt mezialny 21 odbudowano materiałem kompozytowym, odtwarzając warstwę zębinową i szkliwną, zachowując naturalny charakter odbudowy (fot. 7, 8). Rodzice zostali poinformowani o konieczności kontrolowania żywotności zęba. Przekazano im harmonogram wizyt kontrolnych (fot. 9).

Staramy się na każdym etapie leczenia pacjentów, czy to koronami porcelanowymi, czy odbudowami kompozytowymi, w możliwie najlepszy sposób odtworzyć naturalny wygląd zębów. Jednak to, co nas zachwyca najbardziej to właśnie ich naturalne piękno, tak trudne do podrobienia. Dzięki sile adhezji możemy wykorzystać mały, ale jak znaczący dla całej estetyki uśmiechu fragment, w którym zawarty jest właśnie charakter zęba, wzrastająca przezierność zębiny czy opalescencja ▶

Przypadek pierwszy

fot. autorka



Fot. 1, 2. Przed leczeniem; Fot. 3. Protruzja siekaczy; Fot. 4. Jedyny fragment odłamanej zęba; Fot. 5. Próba dopasowania odłamu; Fot. 6. Fragment zęba

po zacementowaniu; Fot. 7. Odbudowa kompozytem przed opracowaniem; Fot. 8. Stan bezpośrednio po leczeniu; Fot. 9. Kontrola po 2 tygodniach

▷ szkliva. W prosty sposób dowiadujemy się, jak wyglądają kąt mezjalny i przebieg brzegu siecznego.

PRZYPADEK 2

Pacjentka (lat 45) zgłosiła się do gabinetu z powodu odłamania korony zęba 22 (fot. 1, 2). W odcinku przednim od 13 do 23 szczęki oraz od 33 do 43 w żuchwie obecne są korony pełnoceramiczne.

W bocznych odcinkach w szczęcie i żuchwie obecne są korony oraz mosty porcelanowe na podbudowie metalowej. Uzupełnienia protetyczne zostały wykonane około 6 lat wcześniej w innym gabinecie.

Priorytetem w tym przypadku było natychmiastowe uzupełnienie brakującego zęba. Wspólnie z pacjentką podjęłam decyzję o zachowaniu korzenia i ponownym wykorzystaniu korony porcelanowej, gdyż kobieta była zadowolona z obecnego uzupełnienia protetycznego. W tym przypadku jest to leczenie warunkowe, ponieważ istnieje duże prawdopodobieństwo złamania lub pęknięcia korzenia czy odłamania korony z powodu braku odpowiedniej ilości zdrowych tkanek zęba w okolicy szyjki. Ekstruzja ortodontyczna zęba 22, mająca na celu uzyskanie większej ilości tkanek zrębu korzenia, niewiele by w tym przypadku zmieniła, ponieważ średnica korzenia dwójki jest niewielka. Bardziej radykalne postępowanie, czyli ekstrakcja zęba i zastąpienie jego braku implantem lub wykonanie mostu dwubrzęznego, wiązałyby się z koniecznością wymiany koron w odcinku przednim szczęki.

Z wywiadu wynikało, że ząb 22 kilkanaście lat wcześniej był leczony endodontycznie. Leczenie powtórzono przed wykonaniem pracy protetycznej. Jednak nadal utrzymywał się niewielki ból na opukiwanie. Okresowo dolegliwości nasilały się i pacjentka odczuwała lekkie ómienie i pobolewanie okolicy wierzchołka korzenia. Zdjęcie rentgenowskie wykazało obecność materiału

wypełniającego kanał poza korzeniem oraz przejaśnienie w okolicy wierzchołka, świadczące o toczącym się procesie zapalnym. Na zdjęciu widać również, że wkład nie został umieszczony w świetle kanału. Zbyt agresywne opracowanie kanału osłabiło w tym miejscu korzeń zęba (fot. 11).

Na pierwszej wizycie pobrałam wciśk alginatowy w celu wykonania uzupełnienia tymczasowego

z materiału kompozytowego chemoutwardzalnego. Z kanału korzeniowego w powiększeniu mikroskopu usunęłam materiał kompozytowy oraz wkład z włókien szklanych i oczyściłam zrab korzenia z próchnicy. Dopasowałam standardowy wkład metalowy do kanału (fot. 3). Wkład wchodził do kanału korzeniowego pa-

sywnie, nie powodując naprężeń. Przy użyciu pistoletu do aplikacji materiału do tymczasowej odbudowy wprowadziłam do kanału materiał, następnie umieściłam w nim wkład metalowy. Porcję materiału wprowadziłam do wciśku alginatowego w miejsce zęba 22, zgodnie z procedurą wykonania koron tymczasowych. Łyzkę wyciskową umieściłam w ustach pacjentki. Po 2 minutach wyjęłam ją z ust. Delikatnie usunęłam koronę 22 na wkładzie z zęba i ponownie wprowadziłam ją do kanału na minutę do ostatecznego utwardzenia masy (fot. 4). Po wygładzeniu i wypolerowaniu korony na wkładzie osadziłam pracę na cemencie tymczasowym (fot. 5). Z korony porcelanowej usunięto materiał kompozytowy i resztki cementu (fot. 6) oraz wypiaszkowano piaskarką techniczną.

Na kolejnej wizycie powtórzyłam leczenie kanałowe w osłonie koferdamu. Część przywierzchołkową wypełniłam materiałem Pro Root MTA na wypadek konieczności wykonania zabiegu resekcji wierzchołka korzenia. Nie miałam pewności, czy miną objawy bólowe i zmiany okołowierzchołkowe cofną się. Pozostałą część kanału wypełniłam termicznie uplastycznianą

gutaperką, pozostawiając wolną część przykoronkową kanału. Oczyszczono kanał korzeniowy zęba i dopasowano wkład z włókien szklanych do kanału korzeniowego (fot. 7) i korony porcelanowej. Na poprzedniej wizycie usunęłam z powierzchni korzenia próchnicę, dlatego korona porcelanowa nie przylegała dokładnie. Z tego powodu zmuszona byłam zdjąć koferdam i umieścić nić retrakcyjną nasączoną środkiem obkurczającym naczynia krwionośne w kieszonce działkowej, żeby zachować suchość pola zabiegowego. Musiałam mieć wgląd w położenie zęba 22 w stosunku do pozostałych zębów pacjentki w trakcie cementowania korony.

Do jednoczasowego cementowania wkładu i korony użyto cementu kompozytowego chemoświatłowiążącego. Cementem wypełniono najpierw kanał korzeniowy, wprowadzono wkład z włókien szklanych, następnie wypełniono wnętrze korony i wprowadzono koronę na zęba (fot. 8). Usunięto nadmiary cementu i światłem lampy spolimeryzowano cement przez koronę ceramiczną (fot. 12). Cement wypełnił szczelinę pomiędzy koroną a korzeniem, powstała po usunięciu próchnicy (fot. 9). Zdjęcie kontrolne wykonano po 3 latach od zabiegu (fot. 10). Pacjentka nie odczuwa żadnych dolegliwości bólowych związanych z zębem 22. Na zdjęciu radiologicznym widać znaczne zmniejszenie się zmiany okołowierzchołkowej (fot. 13).

Codziennie w naszej pracy musimy podjąć decyzję, jakie rozwiązanie wybrać u pacjenta. Wiemy, że możliwości zwykle jest kilka i każde może być dobre. Na moim miejscu może ktoś wybrałby inną metodę leczenia i ta zapewne również by się sprawdziła.

Niewątpliwie w tych i innych przypadkach sprawdza się zasada, którą propaguje od lat prof. Stanisław Suliborski „mini-max”, czyli minimum interwencji – maksimum korzyści. Tym bardziej, że zawsze można wdrożyć inne, bardziej radykalne postępowanie. □

KONTAKT

*Prywatna praktyka stomatologiczna „Śmigiel s.c. w Katowicach”
e-mail: barbara@smigiel.net

Na każdym etapie leczenia pacjentów, czy to koronami porcelanowymi, czy odbudowami kompozytowymi, staramy się, w możliwie najlepszy sposób odtworzyć naturalny wygląd zębów.

Przypadek drugi



Fot. 1, 2. Stan przed leczeniem; Fot. 3. Dopasowanie tymczasowego wkładu metalowego; Fot. 4. Przygotowane uzupełnienie tymczasowe; Fot. 5. Zacementowane tymczasowo uzupełnienie; Fot. 6. Wnętrze korony porcelanowej przed oczyszczeniem; Fot. 7. Dopasowany wkład z włókien szklanych; Fot. 8. Stan bezpośrednio

po cementowaniu korony i wkładu; Fot. 9. Stan po cementowaniu korony i wkładu; Fot. 10. Zdjęcie kontrolne po 3 latach; Fot. 11. RTG przed leczeniem; Fot. 12. RTG. Widok po zacementowaniu korony porcelanowej; Fot. 13. Zdjęcie kontrolne RTG wykonane po 3 latach