

**GHID DE PRACTICĂ**  
**ÎN**  
**CHIRURGIA DENTO-ALVEOLARĂ**  
**- IULIE 2010 -**

**COORDONATOR:**

**Prof.Dr. Alexandru BUCUR (București)**

**Prof.Dr. Mihai SURPĂȚEANU (Craiova)**

**Prof.Dr. Grigore BĂCIUȚ (Cluj-Napoca)**

**Prof.Dr. Emil URTILĂ (Timișoara)**

**Prof.Dr. Eugenia POPESCU (Iași)**

**Prof.Dr. Dezideriu KOVACS (Târgu Mureș)**

**Prof.Dr. Augustin MIHAI (București)**

**Prof.Dr. Norina FORINA (Iași)**

**Prof.Dr. Maria VORONEANU (Iași)**

**Prof.Dr. Constantin ROMANUL (Oradea)**

**Conf.Dr. Adrian CREANGĂ (Constanța)**

**Asist.univ.Dr. Octavian DINCĂ (București)**

# CUPRINS

- 1. Conduita terapeutică în intervențiile chirurgicale de mică amploare la pacienții cu afecțiuni asociate**
- 2. Extracția dentară**
- 3. Tratamentul chirurgical al leziunilor periapicale**
- 4. Tratamentul tulburărilor asociate erupției incluziei dentare**
- 5. Tratamentul infecțiilor oro-maxilo-faciale**
- 6. Tratamentul chisturilor părților moi orale**
- 7. Tratamentul chisturilor și tumorilor benigne ale oaselor maxilare**
- 8. Tratamentul chirurgical preprotetic**
- 9. Tratamentul comunicării oro-sinuzale imediate**
- 10. Tratamentul provizoriu al fracturilor**
- 11. Tratamentul traumatismelor dento-alveolare**
- 12. Tratamentul unor afecțiuni ale articulației temporomandibulare**
- 13. Atitudinea față de tumorile maligne oro-maxilo-faciale**

# **1. CONDUITA TERAPEUTICĂ ÎN INTERVENȚIILE CHIRURGICALE DE MICĂ AMPLOARE LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI ASOCIATE**

- **Definirea intervențiilor chirurgicale de mică amploare din cabinetul de medicină dentară**
- **Indicațiile anesteziei generale pentru intervenții chirurgicale de mică amploare în secțiile cu paturi de chirurgie Oro-Maxilo-Facială (care nu sunt urgențe medico-chirurgicale)**
- **Chestionar de evaluare a stării generale**
- **Criterii de tratament chirurgical în cabinetul de medicină dentară / secție de chirurgie OMF din spital pentru pacienții cu afecțiuni generale asociate**

## DEFINIREA INTERVENȚIILOR CHIRURGICALE DE MICĂ AMPLOARE DIN CABINETUL DE MEDICINĂ DENTARĂ:

Intervenții chirurgicale de mică amploare:

- extracții;
- rezecții apicale +/- chistectomii pe 1-2 dinți;
- odontectomii;
- redresarea chirurgical-ortodontică;
- amputații radiculare;
- premolarizări;
- extirpări tumori benigne de mici dimensiuni ale părților moi orale;
- intervenții chirurgicale preprotetice/preimplantare/parodontale;
- incizia abceselor periosoase;
- inserția de implanturi.

## INDICAȚIILE ANESTEZIEI GENERALE PENTRU INTERVENȚII CHIRURGICALE DE MICĂ AMPLOARE ÎN SECȚIILE CU PATURI DE CHIRURGIE ORO-MAXILO-FACIALĂ (CARE NU SUNT URGENȚE MEDICO-CHIRURGICALE)

- A) Copii necooperanți;
- B) Pacienți cu handicap mediu-grav cu care este imposibilă colaborarea;
- C) Pacienți cu afecțiuni neurologice cu tulburări motorii grave (epilepsie, tulburări de coordonare etc);
- D) Pacienți alergici la anesteziicele locale;
- E) Pacienți cu reflex exagerat de vomă, care nu cedează la alte metode terapeutice (medicație antiemetică, sedare);
- F) La cererea pacientului, **cu plată** AG (extracții, odontectomii, chistectomii, rezecții apicale etc).

## CONDIȚII DE TRATAMENT ÎN CABINETUL DE MEDICINĂ DENTARĂ

Pacienților cu afecțiuni generale\* asociate patologiei medico-dentare li se va solicita acordul medicului specialist / familie unde pacientul se tratează pentru o afecțiune de bază.

\* *În corelație cu chestionarul de evaluare a stării generale și anamneză.*

## CHESTIONAR DE EVALUARE A STĂRII GENERALE

Numele și prenumele:

Sexul:

Vârsta:

Mediul de proveniență (urban/rural):

Profesia :

Vă rugăm să citiți cu ATENȚIE și să răspundeți la următoarele întrebări:

1. Ați mai urmat tratamente stomatologice sub anestezie locală/loco-regională?  
NU   
DA . Au apărut complicații NU   
DA . Precizați ce complicații:.....
2. Sunteți alergic la un medicament ?  
NU   
DA  Precizați la ce medicament:.....
3. Urmați tratament cu unul din următoarele medicamente?  
NU   
DA : antiagregante (Plavix, Aspirină) ; anticoagulante (Sintrom, Trombostop, Acenocumarol) ; corticoizi (Prednison) ; citostatice ; imunosupresoare ; bifosfonați (Fosamax, Zometa)
4. Urmați un alt tratament medicamentos prescris de medic?  
NU   
DA  . Precizați ce medicamente:.....
5. Ați suferit intervenții chirurgicale?  
NU   
DA . Precizați ce intervenții:.....
6. Ați efectuat analize de sânge în ultimul an?  
NU   
DA
7. Ați fost diagnosticat cu afecțiuni congenitale ?  
NU   
DA  . Precizați care: .....
8. Ați suferit vreodată pierderea stării de conștiență?  
NU   
DA
9. Ați fost diagnosticat cu afecțiuni infecțioase?  
NU   
DA . Precizați care: hepatită (B,C,D) ; sifilis ; TBC

10. Ați fost diagnosticat cu infecție HIV/ SIDA  
 NU   
 DA
11. Ați fost diagnosticat cu afecțiuni cardio-vasculare ?  
 NU   
 DA  . Precizați care: cardiopatie ischemică cronică ;angină pectorală   
 infarct miocardic   
 - precizați momentul producerii acestuia:.....  
 aritmii (extrasistole, tahicardie, fibrilație, flutter)   
 tulburări de conducere (blocuri)  ;  
 insuficiență cardiacă  ; hipertensiune arterială  ;  
 hipotensiune arterială ; endocardită infecțioasă   
 proteză vasculară/valvulară  ;  
 pacemaker/stimulator cardiac
12. Ați fost diagnosticat cu afecțiuni neurologice ?  
 NU   
 DA . Precizați care: epilepsie; b.Parkinson ; accident vascular  
 cerebral ; scleroză multiplă (în plăci)
13. Ați fost diagnosticat cu afecțiuni respiratorii ?  
 NU   
 DA . Precizați care: astm bronșic ; bronșită cronică ; emfizem
14. Ați fost diagnosticat cu afecțiuni hepatice?  
 NU   
 DA . Precizați care: hepatită ; porfirie ; insuficiență hepatică ;  
 ciroză hepatică
15. Ați fost diagnosticat cu afecțiuni renale?  
 NU   
 DA . Precizați care: litiază renală ; insuficiență renală cronică;  
 hemodializă
16. Ați fost diagnosticat cu afecțiuni autoimune?  
 NU   
 DA . Precizați care: poliartrită reumatoidă ; lichen plan ; lupus eritematos ;  
 pemfigus ; sclerodermie ; psoriazis
17. Ați fost diagnosticat cu afecțiuni sanguine?  
 NU   
 DA  . Precizați care: anemie ; talasemie ; trombocitopenie ;  
 trombocitopatie; hipersplenism ; leucemie acută ;  
 leucemie cronică ; mielom multiplu  ;  
 altele (precizați)  .....
18. Ați fost diagnosticat cu tumori maligne?  
 NU   
 DA . Precizați diagnosticul: .....

19. Ați fost diagnosticat cu diabet?  
NU   
DA  . Precizați ce tratament urmați: Insulină  ; Antidiabetice orale
20. Ați fost diagnosticat cu afecțiuni endocrine?  
NU   
DA  . Precizați care: hipotiroidism  ; hipertiroidism  ; b. Adisson  ;  
feocromocitom
21. Ați fost diagnosticat cu afecțiuni ale coagulării ?  
NU   
DA  . Menționați care: hemofilie  ; boala von Willebrand  ;  
altele (precizați)
22. Ați fost diagnosticat cu afecțiuni psihice?  
NU   
DA  . Precizați care: depresie  ; schizofrenie  ; dependență de alcool  ;  
dependență de droguri
23. Sunteți însărcinată?  
NU   
DA  . Precizați ce vârstă are sarcina:.....
24. Ați fost diagnosticat cu afecțiuni sinuzale ?  
NU   
DA
25. Ați înțeles întrebările de mai sus?  
NU   
DA
26. Considerați că mai aveți ceva de adăugat în legătură cu starea dvs. de sănătate?:  
NU   
DA  . Vă rugăm precizați: .....

**Declar că datele furnizate de mine în acest chestionar sunt reale și complete. Îmi asum întreaga responsabilitate pentru incidentele sau complicațiile ce pot să apară în eventualitatea că aceste date sunt false sau incomplete.**

**Datele furnizate de dumneavoastră sunt confidențiale.**

**Data:**

**Semnătura pacientului  
(reprezentant legal)**

**CRITERII DE TRATAMENT CHIRURGICAL ÎN  
CABINETUL DE MEDICINĂ DENTARĂ /SECȚIE DE  
CHIRURGIE OMF DIN SPITAL  
PENTRU PACIENȚII CU AFECȚIUNI GENERALE ASOCIATE**



# Hipertensiune arterială

Tratamentul se va realiza în:	
Cabinet de medicină dentară	Secție de chirurgie OMF din spital
<ul style="list-style-type: none"><li>HTA controlată medicamentos în absența altor afecțiuni care să indice internarea</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>HTA necontrolată medicamentos</li><li>HTA controlată medicamentos în prezența altor afecțiuni care să indice internarea</li></ul>

Conduită în cabinetul de medicină dentară
<ul style="list-style-type: none"><li>consult cardiologic efectuat înaintea intervențiilor chirurgicale de mică amploare.</li><li>administrarea fără întrerupere a medicației de rutină dacă există, inclusiv în ziua intervenției chirurgicale.</li><li>măsurarea tensiunii arteriale înaintea începerii tratamentului chirurgical. Se va temporiza intervenția chirurgicală la toți pacienții cu tensiuni arteriale maxime &gt;150 mmHg indiferent de valorile tensionale obișnuite</li><li>măsurarea pulsului. Se vor reevalua toți pacienții cu puls &gt;100 b/min</li><li>premedicația cu anxiolitice de tipul derivaților de benzodiazepine (de ex. Midazolam cpr. 7,5 mg per os. cu o oră înainte de intervenție).</li><li>se pot asocia vasoconstrictori în concentrație de 1:100000 – 1:200000.</li><li>trusa de urgență la îndemână</li></ul>

# Cardiopatie ischemică

Tratamentul se va realiza în:	
Cabinet de medicină dentară	Secție spital
<ul style="list-style-type: none"> <li>• infarct miocardic la mai mult de 6 luni de la producere, după re-evaluare cardiologică</li> <li>• angină pectorală stabilă</li> <li>• cardiopatie ischemică nedureroasă</li> <li>• stent(uri) și/sau bypass(uri)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• infarct miocardic la mai puțin de 6 luni de la producere, sau cu angor instabil restant și/sau disfuncție ventriculară clasa NYHA II, IV și/sau tulburări instabile de ritm</li> <li>• angină pectorală instabilă</li> <li>• cardiopatie ischemică nedureroasă cu funcție ventriculară clasa NYHA III, IV și/sau tulburări instabile de ritm</li> <li>• stent(uri) și/sau bypass(uri) cu angor instabil restant și/sau disfuncție ventriculară clasa NYHA II, IV și/sau tulburări instabile de ritm</li> </ul>

Conduită în cabinetul de medicină dentară
<ul style="list-style-type: none"> <li>• consult cardiologic efectuat înaintea intervențiilor chirurgicale de mică amploare.</li> <li>• administrarea fără întrerupere a medicației de rutină, inclusiv în ziua intervenției chirurgicale (vezi protocolul pt. medicația anticoagulantă)</li> <li>• măsurarea tensiunii arteriale înaintea începerii tratamentului chirurgical. Se vor reevalua toți pacienții cu tensiuni arteriale maxime &gt;150 mmHg indiferent de valorile tensionale obișnuite</li> <li>• măsurarea pulsului. Se vor reevalua toți pacienții cu puls &gt;100 / min</li> <li>• premedicația cu anxiolitice de tipul derivaților de benzodiazepine (de ex. Midazolam cpr. 7,5 mg per os, cu o oră înainte de intervenție)<sup>1,2</sup></li> <li>• intervențiile chirurgicale de mică amploare se vor efectua în poziție semișezândă, în cazul insuficienței cardiace asociate</li> <li>• asocierea de vasoconstrictori la</li> </ul>

<sup>1</sup> se vor lua precauțiile necesare cu privire la atenționarea pacientului referitor la interdicția de a conduce automobile, a efectua acțiuni de finețe sau periculoase și de a consuma alcool 24 de ore după administrarea de sedative

<sup>2</sup> nu se vor administra sedative la pacienții hipotensivi sau cu disfuncții ventilatorii

substanța anestezică în concentrație de maximum 1:200 000.

- accesul rapid la medicația necesară în cazul apariției unui sindrom coronarian acut (nitroglicerină, ac. acetilsalicilic, O<sub>2</sub>)

# Insuficiență cardiacă

Tratamentul se va realiza în:	
<b>Cabinet de medicină dentară</b>	<b>Secție de chirurgie OMF din spital</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Insuficiență cardiacă compensată și numai cu avizul medicului specialist</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Insuficiență cardiacă necompensată</li></ul>

<b>Conduită în cabinetul de medicină dentară</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>consult cardiologic efectuat înaintea intervențiilor chirurgicale de mică amploare.</li><li>administrarea fără întrerupere a medicației de rutină, inclusiv în ziua intervenției chirurgicale (cu excepția medicației anticoagulante<sup>3</sup>)</li><li>măsurarea tensiunii arteriale înaintea începerii tratamentului chirurgical. Se vor reevalua toți pacienții cu tensiuni arteriale maxime &gt;150 mmHg indiferent de valorile tensionale obișnuite</li><li>măsurarea pulsului. Se vor re-evalua toți pacienții cu puls &gt;100 / min</li><li>intervențiile chirurgicale de mică amploare se vor efectua în poziție semișezândă</li><li>asocierea de vasoconstrictori la substanța anestezică în concentrație de maximum 1:200 000. <b>NU se vor utiliza soluții anestezice locale cu adrenalină la pacienții digitalizați</b></li><li>accesul rapid la medicația necesară în cazul apariției unei decompensări cardiace acute (nitroglicerină, furosemid, O<sub>2</sub>)</li></ul>

<sup>3</sup> Vezi conduita referitoare la medicația anticoagulantă

# Aritmii

Tratamentul se va realiza în:	
Cabinet de medicină dentară	Secție de chirurgie OMF din spital
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tulburări de ritm stabile, doar cu avizul medicului specialist.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tulburări de ritm instabile               <ul style="list-style-type: none"> <li>tahicardie paroxistică supraventriculară</li> <li>fibrilație atrială paroxistică sau flutter atrial</li> <li>tahicardie ventriculară sau fibrilație ventriculară în antecedente (fără defibrilator implantabil)</li> <li>bloc atrio-ventricular gr. II și III (fără pacemaker)</li> <li>boală de nod sinusal (fără pacemaker)</li> <li>Aritmii extrasistolice ventriculare cu tendință la sistematizare și/sau &gt; 6 ESV/min.</li> </ul> </li> </ul>

Conduită în cabinetul de medicină dentară
<ul style="list-style-type: none"> <li>consult cardiologic efectuat înaintea intervențiilor chirurgicale de mică amploare.</li> <li>administrarea fără întrerupere a medicației de rutină, inclusiv în ziua intervenției chirurgicale (cu excepția medicației anticoagulante<sup>4</sup>)</li> <li>măsurarea tensiunii arteriale înaintea începerii tratamentului chirurgical. Se vor reevalua toți pacienții cu tensiuni arteriale maxime &gt;150 mmHg indiferent de valorile tensionale obișnuite</li> <li>măsurarea pulsului. Se vor reevalua toți pacienții cu puls &gt;100 / min</li> <li>premedicația cu anxiolitice de tipul derivaților de benzodiazepine (de ex. Midazolam cpr. 7,5 mg per os. cu o oră înainte de intervenție)</li> <li>asocierea de vasoconstrictori la substanța anestezică în concentrație de maximum 1:200 000. Se vor lua toate precauțiile pentru evitarea</li> </ul>

<sup>4</sup> Vezi conduita referitoare la medicația anticoagulantă

injecării intravasculare a soluției  
anestezice. **NU se vor utiliza soluții  
anestezice locale cu adrenalină la  
pacienții digitalizați**

## Pacemaker și defibrilator implantabil

Tratamentul se va realiza în:	
Cabinet de medicină dentară	Secție de chirurgie OMF din spital
<ul style="list-style-type: none"><li>Nu se recomandă realizarea intervențiilor chirurgicale de mică amploare în cabinetul de medicină dentară.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Se recomandă efectuarea intervențiilor chirurgicale de mică amploare doar în secțiile de chirurgie OMF.</li></ul>

# Valvulopatii

Tratamentul se va realiza în:	
Cabinet de medicină dentară	Secție de chirurgie OMF din spital
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pacienți fără insuficiență cardiacă sau cu insuficiență cardiacă compensată (NYHA I-II)</li><li>• Pacienți fără aritmii instabile</li><li>• Pacienți fără proteze valvulare mecanice sau alte afecțiuni care contraindică întreruperea tratamentului anticoagulant</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pacienți care au altă patologie asociată care să indice internarea</li><li>• Pacienți cu insuficiență clasa funcțională NYHA III-IV</li><li>• Pacienți cu aritmii instabile</li><li>• Pacienți cu proteze valvulare mecanice sau alte afecțiuni care contraindică întreruperea tratamentului anticoagulant</li></ul>

Conduita în cabinetul de medicină dentară
<ul style="list-style-type: none"><li>• consult cardiologic efectuat înaintea intervențiilor chirurgicale de mică amploare.</li><li>• administrarea fără întrerupere a medicației de rutină dacă există, inclusiv în ziua intervenției chirurgicale (cu excepția medicației anticoagulante<sup>5</sup>)</li><li>• măsurarea tensiunii arteriale înaintea începerii tratamentului chirurgical. Se vor reevalua toți pacienții cu tensiuni arteriale maxime &gt;150 mmHg indiferent de valorile tensionale obișnuite</li><li>• măsurarea pulsului. Se vor reevalua toți pacienții cu puls &gt;100 b/min</li><li>• profilaxia endocarditei bacteriene conform protocolului AHA 2007</li><li>• asocierea de vasoconstrictori la substanța anestezică în concentrație de maximum 1:200 000.</li><li>• trusa de urgență la îndemână</li></ul>

<sup>5</sup> Vezi conduita referitoare la medicația anticoagulantă



## Profilaxia endocarditei infecțioase conform protocolului AHA 2007

Condițiile patologice asociate care cresc riscul apariției endocarditei sunt prezentate în Tabelul I.

**NU se efectuează intervenții chirurgicale de mică amploare în cabinetul de medicină dentară pacienților cu risc major sau mediu !**

**TABELUL I: Categoriile de pacienți la care este indicată profilaxia endocarditei bacteriene**

<b>PACIENȚI CARE NECESITĂ PROFILAXIE</b>	<b>PACIENȚI CARE NU NECESITĂ PROFILAXIE</b>
<p>Pacienți cu <b>risc major</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ purtători de proteze valvulare</li> <li>▪ antecedente de endocardită bacteriană</li> <li>▪ malformații cardiace complexe cianogene</li> <li>▪ șunturi sistemic-pulmonare chirurgicale</li> </ul> <p>Pacienți cu <b>risc mediu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ valvulopatii necorectate</li> <li>▪ defecte septale necorectate</li> <li>▪ canal arterial</li> <li>▪ coarctare de aortă</li> <li>▪ cardiomiopatie hipertrofică</li> <li>▪ prolaps de mitrală cu regurgitație</li> <li>▪ transplant de cord</li> </ul>	<p>Pacienți cu <b>risc neglijabil</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ malformații cardiace corectate (&gt; 6 luni)</li> <li>▪ prolaps de mitrală fără regurgitație</li> <li>▪ sufluri inocente/funcționale</li> <li>▪ RAA în antecedente, fără sechele valvulare</li> </ul>

Tabelul II prezintă intervențiile chirurgicale asupra leziunilor dento-alveolare care indică folosirea profilaxiei endocarditei.

**TABELUL II: Intervențiile chirurgicale dento-alveolare care NECESITĂ profilaxia endocarditei bacteriene la pacienții cu risc mare și mediu**

<b>MANEVRE CARE NECESITĂ PROFILAXIA</b>	<b>MANEVRE CARE NU NECESITĂ PROFILAXIA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervențiile chirurgicale de mică amploare</li> <li>• Tratamentul endodontic</li> <li>• Anestezia prin infiltrație</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suprimarea firelor de sutură</li> <li>• Extracția dinților temporari</li> </ul>

**TABELUL III: Regimurile recomandate de AHA (2007) pentru profilaxia endocarditei bacteriene în intervențiile de chirurgie dento-alveolară**

SITUAȚIE	ANTIBIOTIC - regim de administrare	DOZĂ	
		Adulți	Copii*
PROFILAXIE STANDARD	AMOXICILINĂ - p.o. cu o oră înainte de intervenție	2 g	50 mg/kg
PACIENTULUI NU I SE POATE ADMINISTRA MEDICAȚIE ORALĂ	AMOXICILINĂ <i>sau</i> AMPICILINĂ - i.m./i.v în intervalul de 30 min dinaintea intervenției	2g	50mg/kg
PACIENT ALERGIC LA PENICILINE	CLINDAMYCINĂ – p.o. cu o oră înainte de intervenție <i>Sau</i>	600 mg	20 mg/kg
	CEPHALEXIN <i>sau</i> CEFADROXIL - p.o cu o oră înainte de intervenție <i>Sau</i>	2 g	50 mg/kg
	AZITHROMYCIN <i>sau</i> CLARITHROMICIN - p.o. cu o oră înainte de intervenție	500 mg	15 mg/kg
PACIENT ALERGIC LA PENICILINE sau care NU POATE PRIMI MEDICAȚIE ORALĂ	CLINDAMYCIN - i.v. în intervalul de 30 min. dinaintea intervenției <i>Sau</i>	600 mg	20 mg/kg
	CEFAZOLIN -i.m./i.v. în intervalul de 30 min. dinaintea intervenției	1 g	25 mg/kg

Toate variantele cuprind o singură doză de antibiotic. Regimul standard cuprinde o doză de Amoxicilină administrată *per os*.

Pacienților alergici la peniciline li se poate administra Clindamicină sau derivați de Eritromicină (Azithromycină, Clarithromycină).

Pacienților care tolerează cefalosporine de generația I și nu prezintă reacții alergice de tip imediat la peniciline li se poate administra Cephalexin sau Cefadroxil. Cei care sunt alergici la peniciline și nu tolerează medicația orală, vor fi tratați cu Clindamicină injectabilă sau, dacă alergia nu este de tip imediat, cu Cefazolin.

Incizia și drenajul supurațiilor periosoase (abces vestibular/palatinal/parodontal) sau alte proceduri care implică țesuturi infectate, se va face la pacienți cu risc mare și moderat sub protecție cu antibiotice.

# Anticoagulante orale

Tratamentul se va realiza în:	
Cabinet de medicină dentară	Secție de chirurgie OMF din spital
<ul style="list-style-type: none"><li>Nu se recomandă realizarea intervențiilor chirurgicale de mică amploare în cabinetul de medicină dentară.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Se recomandă efectuarea intervențiilor chirurgicale de mică amploare doar în secțiile de chirurgie OMF</li></ul>

Conduita referitoare la medicația anticoagulantă
<ul style="list-style-type: none"><li>Coagulogramă completă (cu determinarea valorii actuale a INR)</li><li>Dacă <math>INR \leq 2.1</math> se poate efectua intervenția chirurgicală fără întreruperea tratamentului anticoagulant</li><li>Dacă <math>INR &gt; 2.1</math> se va întrerupe tratamentul anticoagulant 1-3 zile până când <math>INR \leq 2.1</math>, valoare la care se poate efectua tratamentul chirurgical; ulterior, se reia tratamentul anticoagulant (la 2-3 ore de la oprirea sângerării locale), iar la 4 zile de la reluarea tratamentului anticoagulant se verifică INR care trebuie să fie cel indicat pentru afecțiunea tratată.</li><li>Hemostază chirurgicală riguroasă</li></ul>

# Astmul bronșic

Tratamentul se realizează în:	
<b>Cabinet de medicină dentară</b>	<b>Secție de chirurgie OMF din spital</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• astm bronșic compensat.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• astm necontrolat medicamentos</li></ul>

<b>Conduita în cabinetul de medicină dentară</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• consult de specialitate efectuat înaintea intervențiilor chirurgicale de mică amploare.</li><li>• administrarea fără întrerupere a medicației de rutină dacă există, inclusiv în ziua intervenției chirurgicale</li><li>• dublarea preoperatorie a dozei de corticoid sistemic la pacienții corticodepenenți</li><li>• aerosoli cu bronhodilatator <math>\beta</math>-mimetic la îndemână</li></ul>

# Hemofilii

<b>Tratamentul se realizează în:</b>	
<b>Cabinetul de medicină dentară</b>	<b>Secție de chirurgie OMF din spital</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Nu se recomandă realizarea intervențiilor chirurgicale de mică amploare în cabinetul de medicină dentară.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Se recomandă efectuarea intervențiilor chirurgicale de mică amploare doar în secțiile de chirurgie OMF</li></ul>

## **Afecțiuni hematologice, chimioterapie, radioterapie, HIV, transplant**

<b>Tratamentul se realizează în:</b>	
<b>Cabinet de medicină dentară</b>	<b>Secție de chirurgie OMF din spital</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Se recomandă tratamentul chirurgical doar în secții de chirurgie OMF</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Se recomandă efectuarea intervențiilor chirurgicale de mică amploare doar în secțiile de chirurgie OMF</li></ul>

## Ciroza hepatică, hepatită cronică

Tratamentul se realizează în:	
Cabinet de medicină dentară	Secție de chirurgie OMF din spital
<ul style="list-style-type: none"><li>Pacienții pot fi tratați doar cu avizul medicului specialist</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>INR &gt; 2,1</li><li>Trombocite &lt; 50.000/mL</li></ul>

Conduita în cabinetul de medicină dentară
<ul style="list-style-type: none"><li>înaintea efectuării unui tratament chirurgical se va lua legătura cu medicul specialist/de familie pentru evaluarea hemostazei. Investigațiile minime cuprind timpul de protrombină (INR) și umărul de trombocite. Nu se vor efectua intervenții chirurgicale dacă INR &gt; 2,1.</li><li>la pacienții cu mai mult de 50 000 T/mL se pot efectua intervenții chirurgicale de mică amploare.</li><li>nu se va administra aspirină și de asemenea sunt de evitat AINS neselective. Pentru asigurarea analgeziei se va folosi paracetamol sau AINS COX-2</li><li>chiar la pacienții cu teste de hemostază normale se va efectua o hemostază riguroasă</li><li>dacă apare tendința de sângerare tardivă, se indică irigații orale din 6 în 6 ore, timp de 2-3 zile cu o soluție de acid ε-amino-caproic sau acid tranexamic</li><li>se vor evita intervențiile de lungă durată, pentru a evita atât riscul sângerării excesive cât și cel de apariție a hipoglicemiei</li><li>pacientul va mânca înaintea intervenției și se vor evita tratamentele care implică întreruperea alimentației peste 6 ore, deoarece pacienții cu insuficiență hepatică au o tendință crescută la hipoglicemie</li><li>intervențiile pe mai multe cadrane</li></ul>

- se vor face în ședințe separate, pentru a reduce riscul apariției intoxicației cu substanțe anestezice locale
- la pacienții cu insuficiență hepatică se va evita utilizarea sedativelor, datorită riscurilor de precipitare a encefalopatiei portale
  - la pacienții dependenți de etanol se va evita declanșarea sevrajului (consumul de etanol la pacientul dependent nu va fi întrerupt mai mult de 5 ore)
  - la pacienții aflați sub corticoterapie se vor lua măsuri de antibioprolaxie a infecțiilor locale
  - la toți pacienții se vor lua măsuri riguroase de prevenire a transmiterii infecțiilor prin contaminare sanguină

## **Pacient hemodializat**

<b>Tratamentul se va realiza în:</b>	
<b>Cabinetul de medicină dentară</b>	<b>Secție de chirurgie OMF din spital</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nu se recomandă realizarea intervențiilor chirurgicale de mică amploare în cabinetul de medicină dentară.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se recomandă efectuarea intervențiilor chirurgicale de mică amploare doar în secțiile de chirurgie OMF</li> <li>• Pacienți decompensați hemodinamic (doar dacă există acordul ATI)</li> </ul>

# Diabet zaharat

Tratamentul se va realiza în:	
<b>Cabinetul de medicină dentară</b>	<b>Secție de chirurgie OMF din spital</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacienți cu diabet zaharat compensat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacienți cu diabet zaharat care prezintă complicații</li> </ul>

Conduita în cabinetul de medicină dentară
<ul style="list-style-type: none"> <li>înainte și după efectuarea tratamentelor programate, pacientul va efectua controale de specialitate unde va obține avizul pentru intervenție</li> <li>în cazul urgențelor chirurgicale se îndrumă spre secțiile de chirurgie OMF</li> <li>programarea se va face în așa fel încât să nu modifice orarul de masă al pacientului</li> <li>indiferent de tipul de tratament al pacientului, acesta nu se va întrerupe și nu va fi modificat decât cu acordul medicului nutriționist. Dacă pacientul nu se poate alimenta, nu va fi administrată nici doza de antidiabetice orale sau insulină corespunzătoare mesei eliminate (<i>risc de hipoglicemie!</i>)</li> <li>se va administra antibioprofilaxia complicațiilor infecțioase locale înaintea intervențiilor chirurgicale</li> <li>ședințele vor fi scurte pentru a reduce la minimum interferențele cu regimul alimentar</li> <li>nu vor fi utilizate soluții de anestezic local cu concentrații crescute de vasoconstrictori (&gt;1/200 000), deoarece acestea cresc riscul de ischemie la nivelul filetelor nervoase</li> <li>zahărul cubic sau soluția perfuzabilă de glucoză vor fi la îndemână pentru a putea fi administrate prompt în cazul apariției semnelor de hipoglicemie (transpirații, tremurături, pierderea conștienței)</li> <li>pacientul la care s-a efectuat o intervenție chirurgicală pentru leziuni dento-alveolare va fi urmărit 7-10 zile</li> </ul>



postoperator (în funcție de amploarea intervenției) atât de către medicul stomatolog cât și de către medicul nutriționist, care va adapta tratamentul pacientului diabetic la modificările metabolice postoperatorii.

## Afecțiuni tiroidiene

Tratamentul se va realiza în:	
Cabinetul de medicină dentară	Secție de chirurgie OMF din spital
<ul style="list-style-type: none"><li>Pacienți compensați</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Pacienți decompensați (doar dacă există acordul ATI)</li></ul>

Conduita în cabinetul de medicină dentară
<ul style="list-style-type: none"><li>consult endocrinologic efectuat înainte tratamentul chirurgical cu maximum 15 zile</li><li>administrarea fără întrerupere a medicației de rutină, inclusiv în ziua intervenției chirurgicale</li><li>măsurarea pulsului și a TA. Se vor reevalua toți pacienții cu puls &gt;100 b/min</li><li>anxioliză la pacienții hipertiroidieni - se poate administra cu jumătate de oră înainte tratamentul un anxiolitic (de ex. Midazolam cpr. de 7,5 mg în cazul pacienților anxioși<sup>6</sup>)</li></ul>

## Corticodependență

Tratamentul se realizează în:	
Cabinetul de medicină dentară	Secție de chirurgie OMF din spital
<ul style="list-style-type: none"><li>Nu se recomandă realizarea intervențiilor chirurgicale de mică amploare în cabinetul de medicină dentară.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Se recomandă efectuarea intervențiilor chirurgicale de mică amploare doar în secțiile de chirurgie OMF</li></ul>

<sup>6</sup> se vor lua precauțiile necesare cu privire la atenționarea pacientului referitor la interdicția de a conduce automobile, a efectua acțiuni de finețe sau periculoase și de a consuma alcool 24 de ore după administrarea de sedative

# Epilepsie

<b>Tratamentul se realizează în:</b>	
<b>Cabinetul de medicină dentară</b>	<b>Secție de chirurgie OMF din spital</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• epilepsie controlată medicamentos fără crize în ultimele 3 luni</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• epilepsie necontrolată medicamentos</li></ul>

<b>Conduita în cabinetul de medicină dentară</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• consult de specialitate efectuat înaintea tratamentului chirurgical.</li><li>• administrarea fără întrerupere a medicației de rutină dacă există, inclusiv în ziua intervenției chirurgicale</li><li>• tratamentul se va realiza în ședințe cât mai scurte</li><li>• trusa de urgență la îndemână (Fenobarbital / Diazepam i.m.)</li></ul>

## 2. EXTRAȚIA DENTARĂ

### INDICAȚIILE EXTRAȚIEI DENTARE

#### A. INDICAȚIILE EXTRAȚIEI DINȚILOR PERMANENȚI

##### *a. Indicații legate de patologia dento-parodontală:*

- dinți cu distrucții corono-radiculare întinse, care nu mai pot fi restaurați cu ajutorul unor obturații sau prin mijloace protetice;
- dinți cu gangrene complicate cu parodontită apicală cronică (granuloame periapicale, chisturi), la care tratamentul conservator (endodontic /chirurgical al leziunilor periapicale) nu prezintă indicație sau au eșuat.
- dinți care au determinat complicații supurative, la care nu sunt indicate metodele de tratament conservator;
- dinți care au determinat sau/și întrețin procese supurative sinuzale;
- dinți cu parodontopatie marginală cronică profundă și mobilitate de gradul II/III, la care tratamentul conservator parodontal nu este indicat.

##### *b. Indicații legate de patologia pseudotumorală sau tumorală de cauză dentară:*

- dinți care, în urma iritației locale cronice, au dus la apariția unor leziuni hiperplazice reactive și inflamatorii;
- dinți care suferit transformări chistice / tumorale benigne, precum și dinții vecini care sunt cuprinși în respectiva leziune.

##### *c. Indicații legate de patologia traumatică oro-maxilo-facială:*

- dinți cu fracturi corono-radiculare, extinse sub pragul gingival, care nu permit restaurarea prin mijloace odontale sau protetice;
- dinți cu fracturi radiculare oblice sau longitudinale, sau dinți cu fracturi transversale în treimea cervicală sau medie;
- dinți fracturați sau luxați complet în urma traumatismelor oro-maxilo-faciale;
- dinți aflați în focarul de fractură al oaselor maxilare, care pot genera sau întreține supurații în focar sau care împiedică reducerea fracturii.

***d. Indicații legate de anomalii dento-maxilare (se recomandă stabilirea indicației de extracție în colaborare cu medicul ortodont):***

- dinți incluși ce nu mai pot erupe;
- dinți incluși sau erupți ce provoacă dizarmonii dento-alveolare, împiedică erupția sau redresarea ortodontică a dinților vecini;
- dinți care nu pot fi redresați ortodontic;
- alte indicații de extracție în scop ortodontic.

***e. Indicații de extracție în cadrul tratamentului preprotetic:***

- dinți extruzați, egresați sau înclinați, care defavorizează sau împiedică tratamentul protetic;
- edentația subtotală maxilară, atunci când împiedică adaptarea marginală corectă a unei proteze maxilare.

***f. Situații speciale în care se indică extracția dentară:***

- pacienții cu afecțiuni generale unde se impune asanarea focarelor infecțioase din cavitatea orală înaintea unei intervenții chirurgicale majore sau înainte de tratamentul radiant sau cu bis-fosfonați.
- lipsa posibilităților practice de realizare a unui tratament conservator, chiar dacă acesta ar fi indicat (pacienți foarte vârstnici, tarați, handicapați psiho-motor etc).

## **B. INDICAȚIILE EXTRAȚIEI DINȚILOR TEMPORARI**

Principial, indicațiile de extracție a dinților temporari sunt:

- dinți temporari care împiedică erupția celor permanenți sau determină o erupție a lor în malpoziție;
- dinți temporari cu procese carioase complicate, fără indicație de tratament conservator, și care întrețin procese septice locale sau generale (adenite, abcese, osteite, osteomielite, boală de focar);
- dinți temporari fracturați sau prezenți în focare de fractură, care împiedică reducerea fracturii sau întrețin procese supurative
- dinți temporari cu indicație de extracție stabilită de medicul ortodont.

# CONTRAINDICĂȚII ÎN EXTRAȚIA DENTARĂ

## A. CONTRAINDICĂȚIILE ABSOLUTE

- leucemia acută
- infarctul miocardic recent sau AVC (mai recent de 6 luni)

## B. CONTRAINDICĂȚIILE RELATIVE

Sunt legate de unele afecțiuni locale sau generale care necesită temporizarea extracției dentare și aplicarea unui tratament specific pentru afecțiunea locală, respectiv compensarea afecțiunii sistemice.

### ***CONTRAINDICĂȚIILE RELATIVE LOCALE:***

- leziuni locale ale mucoasei orale (infecțioase, afte etc.);
- sinuzita maxilară rinogenă;
- procese supurative acute;
- pacienți care urmează sau au urmat recent un tratament radioterapeutic la nivelul extremității cefalice;
- pacienții care urmează sau au urmat un tratament cu bis-fosfonați
- tumori maligne în teritoriul oro-maxilo-facial – nu se vor practica extracției dentare ale unor dinți situați într-o masă tumorală (prezumptiv) malignă!

### ***CONTRAINDICĂȚIILE RELATIVE GENERALE:***

Este necesară temporizarea extracției dentare până la compensarea afecțiunii de bază, respectiv adoptarea unor precauții specifice respectivei patologii.

Se recomandă respectarea și aplicarea principiilor prevăzute în Ghidul de „Conduita terapeutică în intervențiile chirurgicale de mică amploare la pacienții cu afecțiuni asociate”.

## EXTRACȚIA PE GRUPE DE DINȚI

Se practică după principiile clasice ale extracției dentare descrise în literatura de specialitate.

## EXTRACȚIA RESTURILOR RADICULARE

Rădăcinile dentare pot fi extrase prin următoarele metode:

1. extracția cu cleștele de rădăcini;
2. extracția cu ajutorul elevatoarelor;
3. extracția prin alveolotomie.

### 1. EXTRACȚIA CU CLEȘTELE DE RĂDĂCINI

#### Indicații:

- partea extraalveolară este suficient de înaltă și de rezistentă pentru o bună adaptare a cleștelui de rădăcini;
- rădăcina dentară este situată sub limita procesului alveolar, însă se poate practica un șanț pericervical cu instrumentar rotativ, pentru a permite o bună adaptare a cleștelui de rădăcini

#### *Extracția-rezecție (Witzel)*

#### Indicații:

- anchiloză dento-alveolară severă, în situațiile în care condițiile tehnico-materiale nu permit realizarea extracției prin alveolotomie.

### 2. EXTRACȚIA CU AJUTORUL ELEVATOARELOR

#### *Extracția resturilor radiculare mici, situate profund în alveolă*

#### Indicații:

- restul radicular poate fi vizualizat pe fundul alveolei

Dacă metoda nu permite extracția restului radicular restant, se indică alveolotomia.

### 3. EXTRACȚIA PRIN ALVEOLOMIE

#### Indicații:

- rădăcini situate profund intraalveolar;
- rădăcini deformate prin procese de hipercementoză;
- dinți/rădăcini cu anchiloză dento-alveolară;



- dinți cu rădăcini divergente, care nu permit extracția, cu sau fără separație interradiculară;
- dinți cu rădăcini convergente, care cuprind un sept interradicular gros;
- resturi radiculare profunde, rămase mult timp intraosos;
- rădăcini situate sub lucrări protetice conjuncte, la care se dorește conservarea respectivei lucrări protetice.

În funcție de extinderea alveolotomiei în plan vertical, se descriu următoarele posibilități:

***a. Alveolotomia cu rezecție marginală limitată a tablei osoase vestibulare***

**Indicații:**

- rădăcini situate în imediata apropiere a marginii alveolare.

***b. Alveolotomia cu rezecție marginală parțială/totală a tablei osoase vestibulare***

**Indicații:**

- resturi radiculare mici, situate profund;
- rădăcini deformate în regiunea apicală (hipercementoză);
- anchiloze dento-alveolare pe toată lungimea rădăcinii.

***c. Alveolotomia cu crearea unei ferestre osoase în corticală***

**Indicații:**

- resturi radiculare profunde și de mici dimensiuni.

***d. Extracția pe cale alveolară înaltă (Wassmundt)***

**Indicații:**

- rădăcina unui dinte sinuzal (premolar sau molar superior) împinsă sub mucoasa sinusală.

## **EXTRACȚIA DENTARĂ CU SEPARAȚIE INTERRADICULARĂ**

### **Indicații:**

- dinți pluriradiculari cu rădăcini curbe, divergente;
- dinți pluriradiculari cu fenomene de hipercementoză sau solidarizare interradiculară („dinte barat”)
- dinți pluriradiculari cu distrucție coronară
- fracturi coronare sau corono-radiculare în timpul manevrelor de extracție cu elevatorul sau cleștele a dinților pluriradiculari
- molari temporari fără rizaliză semnificativă a rădăcinilor.

În cazul în care restul radicular este sub rebordul osului alveolar, este de multe ori necesară asocierea alveolotomiei cu separația radiculară.

### **PRINCIPII CHIRURGICALE PENTRU EXTRACȚIA DINȚILOR TEMPORARI**

- se recomandă evitarea sindesmotomiei
- separația inter-radiculară dacă rădăcinile dintelui temporar, la examenul radiologic, sunt atașate de coroana premolarului permanent
- dacă se fracturează rădăcina dintelui temporar îndepărtarea acesteia se va cu ajutorul elevatorului.

### **ATITUDINEA DUPĂ EXTRACȚIA DINȚILOR TEMPORARI**

- va fi stabilită prin consult interdisciplinar cu medicul ortodont.

## INDICAȚII ȘI ÎNGRIJIRI POSTEXTRACȚIONALE

Postextracțional se recomandă:

- menținerea pansamentului supraalveolar timp de o oră;
- dieta semilichidă, la temperatura camerei în ziua intervenției;
- efectuarea masticației alimentelor pe partea opusă plăgii postextracționale;
- evitarea clătirii gurii și a consumului de băuturi carbo-gazoase în primele zile după extracție;
- utilizarea pentru igiena orală a unor soluții/spray-uri antiseptice pe bază de clorhexidină, după 24 de ore de la extracție;
- reluarea periajului dentar începând de a doua zi, menajând zona plăgii postextracționale;
- antibioterapia de protecție este necesară în cazurile:
  - alveolotomii laborioase, cu pierderi semnificative de substanță osoasă
  - după extracții multiple

Pacientul va fi avertizat și asupra fenomenelor inerente reacției inflamatorii postextracționale:

- durerea
- edemul postoperator, care poate dura câteva zile
- trismusul
- echimoze ale mucoasei orale și ale tegumentelor cervico-faciale.

# **ACCIDENTE ȘI COMPLICAȚII ALE EXTRACȚIEI DENTARE**

## **A. ACCIDENTELE EXTRACȚIEI DENTARE**

### **I. LEZIUNI DENTARE**

#### **FRACTURA CORONARĂ A DINTELUI EXTRAS**

- se continuă extracția resturilor radiculare.

#### **FRACTURA RADICULARĂ A DINTELUI EXTRAS**

- accident frecvent care poate să apară chiar în cazul utilizării unei tehnici chirurgicale corecte
- finalizarea extracției cu separație radiculară și/sau alveolotomie, în aceeași ședință sau ulterior

#### **FRACTURA CORONARĂ A DINTELUI VECIN**

- finalizarea îndepărtării dintelui de extras
- restaurarea dintelui vecin fracturat, de către medicul dentist

#### **LUXAȚIA DINTELUI VECIN**

- luxații cu mobilitate redusă: nu necesită un tratament specific (eventual monitorizarea vitalității pulpare de către medicul dentist)
- luxație cu mobilitate mai mare / avulsie parțială: reducere în poziție corectă și imobilizare
  - este necesară monitorizarea vitalității pulpare, de către medicul dentist.
- avulsii complete: se poate încerca replantarea imediată.

#### **FRACTURA CORONARĂ A DINȚILOR ANTAGONIȘTI**

- finalizarea extracției dintelui de extras
- restaurarea dintelui antagonist fracturat, de către medicul dentist

## **EXTRACȚIA UNUI ALT DINTE DECÂT A CELUI DE EXTRAS**

- se poate încerca replantarea imediată a dintelui extras accidental.

## **SMULGEREA SAU LEZAREA MUGURILOR DINȚILOR PERMANENȚI**

- dacă s-a lezat numai sacul folicular și/sau mugurele dintelui permanent: se va practica sutura mucoasei supraiacente
- dacă s-a produs smulgerea mugurelui dentar subiacent: acesta se va reintroduce în alveolă și se va practica sutura mucoasei supraiacente
- în ambele cazuri dacă apare supurație: extracția mugurelui dintelui respectiv.

## II. LEZIUNI ALE PĂRȚILOR MOI PERIMAXILARE

### PLĂGI GINGIVALE LINIARE

- excizia fragmentelor de mucoasă mici, devitale
- dacă lambourile sunt viabile: se practică sutura plăgii

### PLĂGI ÎNTINSE CU DECOLĂRI OSOASE IMPORTANTE

- regularizarea marginilor osoase, excizia țesuturilor moi devitale și repoziționarea prin sutură a părților moi
  - dacă nu este posibilă reoperirea, vindecarea se obține *per secundam*.

### PLĂGI ALE MUCOASEI PALATINE

- dacă se produce lezarea arterei palatine: ligatura vasului distal de plagă

### PLĂGI ALE LIMBII

- pentru controlul hemoragiei este necesară sutura în masă a plăgii
- în cazul apariției hematoamelor disecante de limbă: transport de urgență în Secție/Compartiment de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială.

### PLĂGI ALE PLANȘEULUI BUCAL

- în cazul apariției hematoamelor disecante de planșeu: transport de urgență în Secție/Compartiment de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială

## III. LEZIUNI OSOASE

### FRACTURA CORTICALEI ALVEOLARE

- fragmentul osos nu este deperiostat: se repoziționează fragmentul osos și se suturează plaga.
- fractură completă de proces alveolar cu fragmentul osos detașat de periost: îndepărtarea fragmentului osos, regularizarea marginilor osoase și sutura plăgii

### FRACTURA TUBEROZITĂȚII MAXILARE

- fragmentul osos rămâne atașat de periost: se repoziționează și se suturează plaga
- tuberozitate mobilă împreună cu dintele îndepărtat:

- dacă dintele și țesutul osos formează corp comun:
  - se poate tenta reatașarea tuberozității împreună cu dintele de extras
  - monitorizare timp de 6-8 săptămâni
  - extracția prin alveolotomie a dintelui de extras
- dacă tuberozitatea maxilară este complet detașată și separată de periost:
  - se îndepărtează și se închide defectul prin sutura mucoasei.
- dacă se constată prezența comunicării oro-sinusale, atitudinea terapeutică va fi specifică acestui accident, conform capitolului ”Afecțiuni de origine dentară ale sinusului maxilar”.

## **FRACTURA MANDIBULEI**

- se finalizează extracția dentară, dacă este posibil și dacă această manevră nu mărește decalajul între capetele osoase
- se practică imobilizarea provizorie de urgență a fracturii, dacă există condiții tehnico-materiale și condițiile locale ale traumei o permit și se transferă de urgență pacientul pentru tratament de specialitate în Secție / Compartiment de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială.

## **IV. ACCIDENTE SINUSALE**

Constau în:

- deschiderea sinusului maxilar după extracția completă a dintelui
- împingerea rădăcinilor sub mucoasa sinusală
- comunicarea oro-sinusală cu împingerea rădăcinilor în plină cavitate sinusală.

Tratamentul accidentelor sinusale este descris în capitolul ”Afecțiuni de origine dentară ale sinusului maxilar”.

## **V. ÎMPINGEREA DINȚILOR ÎN SPAȚIILE PERIMAXILARE**

- se transferă pacientul pentru tratament de specialitate în Secție / Compartiment de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială.

## **VI. LEZIUNI NERVOASE**

- în general apar după extracțiile dinților arcadei inferioare, intersând nervii: alveolar inferior, mentonier, lingual
- tratamentul este nespecific neurotrofic, fiind recomandabil consultul interdisciplinar cu chirurgul Oro-Maxilo-Facial și medicul neurolog

## **VI. LUXAȚIA ATM**

- finalizarea extracției, dacă este posibil
- se poate încerca reducerea prin metode nechirurgicale a luxației și imobilizare provizorie; dacă reducere nu este posibilă se transferă pacientul pentru tratament de specialitate în Secție / Compartiment de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială

## **ALTE ACCIDENTE**

### **Aspirarea unor fragmente dentare sau osoase**

- transferul pacientului în serviciile specializate de bronhologie.

### **Fracturarea unor instrumente**

- dacă porțiunea fracturată este vizibilă la examenul clinic se poate încerca îndepărtarea corpului străin
- dacă porțiunea fracturată nu este vizibilă la examenul clinic: transferul pacientului pentru tratament de specialitate în Secție / Compartiment de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială.



## COMPLICAȚIILE EXTRACȚIEI DENTARE

- durerea, tumefacția, trismusul
- hemoragia postextractională

Clasificare:

a.) după momentul producerii:

- hemoragia imediată prelungită
- hemoragia precoce (apare la câteva ore de la extracție)
- hemoragia tardivă (apare la câteva zile de la extracție)

b.) după felul vasului lezat:

- hemoragie arterială (în jet)
- hemoragie venoasă (continuă)
- hemoragie capilară (în masă)

c.) după cauză:

- hemoragie de cauză locală
- hemoragie de cauză generală

Atitudine terapeutică:

- **prevenție:**
  - evitarea extracțiilor traumatizante la pacienții cu afecțiuni asociate
  - sutura plăgii postextractionale și aplicarea unui pansament supraalveolar compresiv
  - supraveghere pentru 30-60 de minute
- **tratament local**
  - se îndepărtează cheagurile, se irigă abundant alveola cu ser fiziologic
  - se pot introduce în alveolă materiale hemostatice, dacă sunt disponibile
  - suplimentarea suturii plăgii postextractionale (dacă este necesar) și reaplicarea unui pansament supraalveolar compresiv.
- echimoza și hematumul
  - la pacienții cu teren nefavorabil și cu hematoame mai mari se poate recomanda instituirea antibioterapiei.
- **complicații infecțioase:**

**Alveolita uscată**

- se poate produce frecvent în anestezia intraligamentară
- tratament simptomatic (antialgic)
- irigațiile alveolei cu soluții slab antiseptice

- chiuretaj alveolar
- aplicarea de conuri cu antibiotice și anestezice locale

### ***Alveolita umedă***

- tratament simptomatic (antialgic, antiinflamator)
- chiuretaj alveolar
- regularizarea marginilor osoase și avivarea marginilor de gingivomucoasă
- aplicarea în alveolă a conurilor cu antibiotice și anestezice locale
- antibioterapia nu se impune decât atunci când apar fenomene infecțioase generale (reacție febrilă, etc.).

### ***Infecțiile spațiilor fasciale oro-maxilo-faciale***

- tratamentul este descris în capitolul ”Infecții oro-maxilo-faciale”.

### **• vindecarea întârziată**

Factorii care influențează vindecarea întârziată a plăgii postextractionale sunt următorii:

#### *a. Dehiscenta plăgii*

Pentru a limita riscul de dehiscentă trebuie luate următoarele măsuri:

- lamboul creat în vederea extracției chirurgicale trebuie să aibă un aport sanguin suficient
- regularizarea atentă a osului înainte de sutură
- sutura cu un instrumentar adecvat și o tehnică corespunzătoare
- menținerea firelor de sutură 7-10 zile postoperator, în cazul unei evoluții favorabile, fără complicații.

#### *b. Medicația*

- medicația cronică specifică unor boli asociate
  - citostaticele
  - anticoagulantele
  - glucocorticoizii
- administrarea postextractională de antiinflamatorii steroidiene.

#### *c. Malnutriția*

Este cel mai important factor implicat în vindecarea întârziată, în special la persoanele în vârstă.

#### *d. Radioterapia*

#### *e. Vârsta*

La pacienții în vârstă vindecarea este deficitară, datorită depresiei imune specifice vârstei, malnutriției și a bolilor generale asociate.

### **3. TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL LEZIUNILOR PERIAPICALE**

Metodele chirurgicale utilizate sunt:

1. Rezecția apicală
2. Chiuretajul periapical
3. Amputația radiculară

#### **REZECȚIA APICALĂ**

Pentru stabilirea indicației intervenției de chirurgie endodontică, evaluarea paraclinică trebuie să includă cel puțin una dintre următoarele metode radiologice sau imagistice:

- radiografii retroalveolare
- ortopantomograma
- CT

#### **INDICAȚIILE REZECȚIEI APICALE:**

##### **1. Anomalii anatomice:**

- canale cu curburi accentuate
- calcificări ale canalului cu reacție periapicală.
- denticuli intracanaliculari.
- resorbții externe sau interne.
- perforații apicale.
- dinți cu rădăcina nedezvoltată, unde tehnica apexificării eșuează.

##### **2. Leziuni periapicale:**

- osteita periapicală cronică
- parodontita apicală cronică
- chisturi radiculare
  - dacă după rezecția apicală se poate conserva implantarea dintelui

##### **3. Leziuni traumatice radiculare:**

- fractura radiculară a 1/3 apicale

#### **4. Eșecul unor tratamente:**

- prezența unui pivot pe un canal cu reacție apicală, cu risc de fractură radiculară în cazul ablației dispozitivului radicular
- dezobturarea canalului imposibilă (instrumentar fracturat mai ales în 1/3 apicală)
- perforații ale podelei camerei pulpare /căi false radiculare
- obturații de canal în exces, care nu mai pot fi îndepărtate
- obturația de canal incompletă
- alte eșecuri ale tratamentului endodontic
- eșecuri ale rezecției apicale

#### **CONTRAINDICAȚIILE REZECȚIEI APICALE:**

##### **Contraindicații absolute:**

- dinți fără valoare protetică
- dinți cu implantare compromisă (parodontopatie marginală cronică)
- leziuni periapicale care depășesc 1/3 apicală a dintelui
- fractura radiculară verticală
- pacienți cu afecțiuni generale asociate care contraindică intervențiile de mică amploare (vezi Ghidul de "Conduita la pacienții cu afecțiuni generale asociate").

##### **Contraindicații relative:**

- vecinătatea unor formațiuni anatomice importante (nerv alveolar inferior, nerv mentonier, vase palatine, nerv palatin, sinus maxilar, fosa nazală)
- corticala vestibulară groasă (molari inferiori)
- abord dificil - microstomie, bride cicatriceale, sclerodemie etc.
- raport nefavorabil coroană-rădăcină

## **RECOMANDĂRI POSTOPERATORII DUPĂ REZECȚIA APICALĂ**

- se recomandă efectuarea unei radiografii de control
- informarea pacientului asupra fenomenelor inflamatorii postoperatorii (durere, edem, echimoze, tumefacție)
- se recomandă controlul postoperator a doua zi după intervenție
- suprimarea firelor de sutură neresorbabile la 7-10 zile postoperator.

## **ACCIDENTE ȘI COMPLICAȚII ALE REZECȚIEI APICALE**

### **ACCIDENTE INTRAOPERATORII:**

- secționarea incompletă a apexului
- leziuni ale apexurilor dinților vecini
- material de obturație restant în câmpul operator
- leziuni nervoase
- deschiderea cavităților naturale (fosa nazală, sinusul maxilar, canalul mandibular).

### **COMPLICAȚII POSTOPERATORII IMEDIATE:**

- hemoragie postoperatorie, hematom, echimoze
- durere
- edem postoperator
- tulburări de sensibilitate (hipoestezie sau anestezie)

### **COMPLICAȚII POSTOPERATORII TARDIVE:**

- durere meteosensibilă pe termen îndelungat
- posibila mobilitate accentuată a dintelui
- necroza osului, cu dehiscenta plăgii și denudarea osului
- fractura rădăcinii.
- mobilizarea obturației retrograde
- tulburări de vindecare
- bride cicatriciale, cu dificultăți de protezare ulterioară
- tulburări de sensibilitate (hipoestezii și/sau parestezii)

## **CHIURETAJUL PERIAPICAL**

Indicații:

- obturații radiculare recente în exces, care provoacă dureri, parestezii etc.

## **AMPUTAȚIA RADICULARĂ**

Indicații:

- leziune periapicală localizată strict pe o rădăcină a unui dinte pluriradicular (molari superiori sau inferiori)
  - condiție: celelalte rădăcini sunt tratate corect endodontic și au un parodonțiu marginal integru.

## 4. TRATAMENTUL TULBURĂRILOR ASOCIATE ERUPȚIEI/INCLUZIEI DENTARE

### A. DINȚII TEMPORARI

Accidentele și complicațiile locale pot fi următoarele:

- pericoronarita congestivă
- pericoronarita supurată
- gingivostomatita
- chistul de erupție

Tratament general:

- administrarea de sedative și vitamine
- administrare de antibiotice doar în complicații infecțioase, în colaborare cu medicul de familie (medicul pediatru)

Tratament local.

- irigații orale cu soluții slab antiseptice
- badijonarea mucoasei orale cu soluții anestezice

Tratament chirurgical:

- pericoronarita supurată: evacuarea colecției supurate sub anestezie locală, dacă este posibil; în situațiile care necesită anestezia generală se transferă pacientul în Secție/Compartiment de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială
- chistul de erupție: marsupializare.



## **B. DINȚII PERMANENȚI**

### **I. TULBURĂRI ASOCIATE ERUPȚIEI ȘI/SAU INCLUZIEI MOLARULUI DE MINTE INFERIOR**

Pentru stabilirea indicației intervenției chirurgicale, evaluarea paraclinică trebuie să includă cel puțin una dintre următoarele metode radiologice sau imagistice:

- radiografii retroalveolare
- ortopantomograma
- CT sau CT 3-D (în anumite situații clinice).

Atitudinea terapeutică față de molarul de minte inferior inclus va fi stabilită în funcție de situația clinică:

1. molar de minte inferior ce nu a provocat accidente sau complicații;
2. molar de minte inferior ce a provocat tulburări inflamatorii ușoare;
3. molar de minte inferior ce a determinat complicații inflamatorii severe;
4. molar de minte inferior ce a provocat complicații diverse, neinflamatorii.

#### **1. MOLAR DE MINTE INCLUS CE NU A PROVOCAT ACCIDENTE /COMPLICAȚII**

- nu se recomandă extracția profilactică a molarilor de minte incluși dacă există spațiul necesar erupției pe arcadă (exceptând cazurile în care există indicație ortodontică, stabilită de medicul ortodont).
- se recomandă dispensarizare și colaborare interdisciplinară cu medical ortodont.

#### **2. MOLAR DE MINTE INCLUS CE A PROVOCAT TULBURĂRI INFLAMATORII UȘOARE:**

##### ***PERICORONARITA ACUTĂ CONGESTIVĂ***

- irigații orale cu soluții antiseptice
- se pot administra antiinflamatoare și antialgice
- în funcție de aspectul capușonului de mucoasă și spațiul de erupție necesar, tratamentul poate fi radical (odontectomie) sau conservator (decapușonare)

## **PERICORONARITA ACUTĂ SUPURATĂ**

Tratamentul chirurgical poate fi efectuat prin metode conservatoare:

- drenajul sacului pericoronar
- decapuşonarea

### **a. Drenajul sacului pericoronar**

- incizie și drenajul colecției purulente

### **b. Decapuşonarea**

*Indicații:*

- capuşon de mucoasă subțire
- incluzie submucoasă
- spațiu retromolar pe arcadă suficient pentru erupția molarului
- incluzie verticală

*Contraindicații:*

- capuşon de mucoasă gros
- incluzie osoasă (parțială/totală) sau incluzie ectopică
- spațiu retromolar insuficient pentru erupția molarului
- anomalii de formă/volum ale coroanei/rădăcinilor molarului de minte.

Intervenția se poate realiza:

- după amendarea fenomenelor inflamatorii/infecțioase
- profilactic, la pacienții tineri, în perioada de erupție normală a molarului de minte

## **3. MOLAR DE MINTE CE A PROVOCAT TULBURĂRI INFLAMATORII SEVERE**

- cele mai frecvente complicații infecțios-inflamatorii severe sunt reprezentate de: abcesul de spațiu paramandibular, abcesul de spațiu pterigo-mandibular, abcesul de spațiu laterofaringian, flegmonul de planșeu, adenita, osteita/osteomielita.
- tratamentul de urgență (incizia și drenajul colecțiilor supurate ale spațiilor fasciale), nu intră în competența Chirurgiei dento-alveolare; tratamentul se realizează doar în Secție/Compartiment de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială;
- odontectomia se recomandă după cedarea fenomenelor inflamatorii/infecțioase, realizându-se de regulă în Secție/Compartiment de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială.

#### **4. MOLAR DE MINTE CE A PROVOCAT COMPLICAȚII DIVERSE, NEINFLAMATORII**

a.) Complicații tumorale / chistice (keratochistul odontogen chistul folicular)

- vezi "Tratamentul chisturilor și tumorilor benigne ale oaselor maxilare"

b.) Complicații nervoase senzitive:

- odontectomia molarului de minte

c.) Complicații mecanice:

- odontectomia molarului de minte

d.) Complicații trofice (gingivostomatita odontiazică):

- administrarea de colutorii ce conțin substanțe antiinflamatoare, antiseptice și analgezice
- odontectomia molarului de minte

**Extracția de necesitate a molarului de 12 ani în cadrul odontectomiei molarului de minte:**

- poate fi indicată în unele situații clinice

**Recomandări post-odontectomie:**

- tamponament supraalveolar menținut 1-2 ore postoperator
- informarea pacientului asupra fenomenelor postoperatorii normale (durere, edem, tumefacție, trismus, echimoze etc.)
- după intervenții laborioase, cu sacrificiu osos important, se poate institui antibioterapie de protecție.

# ACCIDENTE ȘI COMPLICAȚII ALE ODONTECTOMIEI MOLARULUI DE MINTE INFERIOR

## ACCIDENTE INTRAOPERATORII

- fractura rădăcinilor/apexurilor molarului de minte inferior
- fractura coronară a dinților antagoniști
- luxația sau fractura molarului de 12 ani inferior
- deschiderea canalului mandibular / lezarea pachetului vasculo-nervos alveolar inferior
- fractura tablei osoase linguale
- leziuni nervoase (n. lingual, n. alveolar inferior)
- împingerea molarului în spațiile anatomice învecinate:
  - planșeu bucal
  - spațiul pterigomandibular
  - spațiul laterofaringian
- luxația mandibulei
- fractura mandibulei
- fracturarea instrumentarului chirurgical.

## COMPLICAȚII POSTOPERATORII

- durere, edem, trismus, echimoze persistente
- hemoragia; hematumul
- complicații infecțioase (celulite/abcese ale spațiilor fasciale, alveolita)
- osteită/osteomielita de mandibulă
- dehiscenta plăgii/ vindecarea întârziată
- fractura de unghi mandibular
- tulburări de sensibilitate (n. alveolar inferior și/sau n. lingual)

## **II. TULBURĂRI ASOCIATE ERUPȚIEI ȘI/SAU INCLUZIEI MOLARULUI DE MINTE SUPERIOR**

Atitudinea terapeutică este similară cu cea expusă la molarul de minte inferior.

### **ACCIDENTE INTRAOPERATORII POSIBILE**

- hemoragia
- fractura rădăcinilor molarului de minte, în special a apexurilor radiculare
- fractura coronară a dinților antagoniști
- luxarea sau fracturarea molarului de 12 ani
- fractura tuberozității maxilare
- comunicarea oro-sinuzală
- împingerea dintelui în spațiile anatomice învecinate:
  - sinusul maxilar;
  - spațiul pterigomaxilar.
- fracturarea instrumentarului chirurgical.

### **COMPLICAȚII POSTOPERATORII POSIBILE**

- durerea, edemul, echimoze, trismus
- hematom de spațiu pterigo-maxilar
- hemoragia postodontectomie
- complicații infecțioase (celulită/abces al spațiilor fasciale, alveolita)
- osteita/osteomielite
- dehiscenta plăgii/vindecarea întârziată;
- comunicarea oro-sinuzală cronică/sinuzita maxilară

### **III. TULBURĂRI ASOCIATE INCLUZIEI CANINULUI SUPERIOR**

Stabilirea conduitei terapeutice în incluzia de canin va fi hotărâtă interdisciplinar, între chirurgul dento-alveolar și medicul ortodont.

Metode tratament:

- radicală: odontectomia
- conservatoare: redresarea chirurgical-ortodontică

#### **a. ODONTECTOMIA**

##### **Indicații:**

- chirurgicale: caninul inclus a provocat complicații septice locale sau generale, tulburări trofice, nervoase, mecanice, tumorale
- ortodontice: spațiul de pe arcadă este insuficient sau dintele în poziție nefavorabilă de erupție, și dintele nu poate beneficia de o redresare chirurgical-ortodontică (indicație stabilită de medicul ortodont)

##### **Accidente și complicații:**

- fracturarea apexurilor dinților vecini;
- luxarea dinților vecini;
- luxarea dinților vecini;
- extracția de necesitate a dinților vecini
- fractura procesului alveolar.
- deschiderea cavităților anatomice (fosele nazale, sinusul maxilar)
- hematom genian
- necroze pulpare ale dinților vecini.

#### **b. REDRESAREA CHIRURGICAL-ORTODONTICĂ**

##### **Indicații:**

Se stabilesc de către chirurgul dento-alveolar în colaborare cu medicul ortodont. Principial situațiile în care se poate practica intervenția sunt următoarele:

- pacienți tineri
- există/ poate fi creat spațiu suficient pe arcadă prin metode ortodontice
- incluzia nu este profundă
- dintele inclus se găsește în dreptul spațiului său normal de erupție
- dintele inclus este într-o poziție verticală sau ușor oblică

- dintele nu prezintă anomalii de formă/volum coronară și/sau radiculară.

Tratamentul cuprinde **trei etape principale**:

1. menținerea sau obținerea spațiului necesar pe arcadă (etapă ortodontică – medic ortodont)
2. descoperirea chirurgicală a coroanei și ancorarea dintelui (etapa chirurgicală)
3. tracționarea lentă și progresivă până la alinierea caninului pe arcadă (etapă ortodontică – medic ortodont).

#### **IV. TULBURĂRI ASOCIATE ALTOR INCLUZII DENTARE**

Atitudinea față de acești dinți incluși (dinți permanenți și dinți supranumerari) care provoacă accidente și complicații este numai chirurgicală radicală - odontectomia.

## 5. INFECȚII ORO-MAXILO-FACIALE

### PRINCIPII GENERALE DE TRATAMENT ÎN INFECȚIILE ORO-MAXILO-FACIALE:

1. infecțiile oro-maxilo-faciale sunt urgențe medico-chirurgicale, iar tratamentul trebuie să fie precoce și complex (chirurgical, antibioterapic, reechilibrare hidroelectrolitică)
2. incizia se practica în zone declive pentru a permite drenajul gravitațional.
3. incizia nu se practică în zonele centrale ale tumefacției, slab vascularizate
4. alegerea locului de incizie trebuie să țină cont de spațiile anatomice afectate, de o eventuală evoluție în spații fasciale vecine, de structurile vitale prezente la acel nivel, de tipul de drenaj, de posibilele sechele postoperatorii.
5. incizia trebuie să faciliteze pătrunderea în spațiile periosoase.
6. disecția practică pentru drenaj este boantă.
7. drenajul supurației se practică preferabil cu lame/tuburi fixate sau nu la mucoasă; drenajul trebuie să permită evacuarea colecției purulente dar și spălăturile antiseptice. Drenajul se menține în medie 24- 72 de ore, până când secreția purulentă diminuează semnificativ
8. spălăturile antiseptice efectuate sunt unidireționale
9. tratamentul factorului cauzal (de regulă patologie dento-parodontală):
  - a) drenaj endodontic, dacă dintele cauzal poate fi conservat
  - b) extracție dacă dintele este compromis (după examen clinic și radiologic).
10. inciziile tegumentare nu intră în aria de competență a Chirurgiei dento-alveolare și pot fi practicate numai de medicul specialist/primar de Chirurgie oro-maxilo-facială.



# CLASIFICAREA INFECȚIILOR ORO-MAXILO-FACIALE

## A. INFECȚII NESPECIFICE

### 1. Infecții periosoase

- spațiul vestibular
- spațiul palatinal
- spațiul corpului mandibular

### 2. Infecțiile spațiilor fasciale

#### *a) primare maxilare*

- bucal
- canin
- infratemporal

#### *b) primare mandibulare*

- bucal
- submandibular
- submentonier
- sublingual

#### *c) secundare*

- maseterin
- pterigomandibular
- temporal superficial și profund
- laterofarigian
- prevertebral
- parotidian

#### *d) localizări particulare*

- abcesul limbii
- abcesul orbitei

### 3. Supurații difuze

- flegmonul planșeului bucal
- flegmonul difuz hemifacial

### 4. Fasciite necrozante

### 5. Limfadenite

- acute
- cronice

## **6. Infecții osoase**

- osteoperiostită
- osteită
- osteomielită
  - a. supurată acută
  - b. supurată cronică
  - c. nesupurată
- osteonecroză

## **B. INFECȚII SPECIFICE**

1. Actinomicoză
2. Sifilis
3. TBC

## **CONDIȚII DE TRATAMENT ÎN SECȚIA/COMPARTIMENTUL DE CHIRURGIE OMF A PACIENȚILOR CU INFECȚII ORO-MAXILO-FACIALE**

Următoarele categorii de pacienți vor fi tratați în condiții de spitalizare în Secția/Compartimentul de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială:

- pacienți cu afecțiuni generale asociate - conform protocoalelor incluse în ghidul „Conduita terapeutică în intervențiile chirurgicale de mică amploare la pacienții cu afecțiuni asociate”;
- pacienți cu status imun compromis ( diabet, afecțiuni renale, alcoolism, tumori maligne, tratamente imunosupresoare);
- stare toxicoseptică evaluată clinic;
- evoluție rapidă a supurației;
- extensie în spații fasciale de vecinătate;
- pacienți care necesită anestezie generală;
- risc crescut de hemoragie postoperatorie;
- necesitatea de urmărire postoperatorie continuă, la pacienți cu supurații severe asociate sau nu cu afecțiuni sistemice.

### **ANTIBIOTERAPIA PACIENȚILOR CU INFECȚII ORO-MAXILO-FACIALE**

Se pot administra antibiotice la următoarele categorii de pacienți:

- pacienții cu patologie generală asociată;
- pacienții cu stare generală alterată, cu febră peste 38<sup>0</sup>C sau tulburări de respirație.

Se recomandă administrarea de antibiotice uzuale, de preferință în asociere, eficiente pe flora aerobă și anaerobă.

## **FORMELE ANATOMO-CLINICE ALE INFECȚIILOR ORO-MAXILO-FACIALE**

### **CELULITA**

Tratament:

- medicamentos (antibiotice, antialgice, AINS etc.)
- atitudinea față de dintele cauzal: conservatoare / radicală

### **ABCESUL VESTIBULAR**

Tratament:

- incizie și drenaj pe cale orală
- tratament medicamentos (antibiotice, antialgice, AINS etc.)
- atitudinea față de dintele cauzal: conservatoare / radicală

### **ABCESUL PALATINAL**

Tratament:

- incizie și drenaj pe cale orală
- tratament medicamentos (antibiotice, antialgice, AINS etc.)
- atitudinea față de dintele cauzal: conservatoare / radicală

### **ABCESUL SPAȚIULUI CANIN**

În competența Chirurgiei dento-alveolare intră doar tratamentul formelor în care procesul supurativ nu se exteriorizează la tegumente

- incizie și drenaj pe cale orală
- tratament medicamentos (antibiotice, antialgice, AINS etc.)
- atitudinea față de dintele cauzal: conservatoare / radicală

### **ADENITA**

În competența Chirurgiei dento-alveolare intră doar tratamentul afecțiunii în faza congestivă:

- tratament medicamentos (antibiotice, antialgice, AINS etc.)
- atitudinea față de dintele cauzal (conservatoare/radicală)

Tratamentul formelor supurate/periadenitei se realizează doar în Secție / Compartiment de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială.

## **OSTEOPERIOSTITA**

Tratament:

- atitudinea față de dintele cauzal: extracție
- tratament medicamentos (antibiot terapie, imunoterapie, antialgic, AINS)

## **OSTEITA**

Tratament:

- atitudinea față de dintele cauzal: extracție
- chiuretaj osos
- tratament medicamentos (antibiot terapie, imunoterapie, antialgic, AINS)

## **ACCIDENTE ȘI COMPLICAȚII ALE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL:**

### **ACCIDENTE:**

- hemoragie
- leziuni ale nervilor periferici (mentonier, infraorbitar)

### **COMPLICAȚII**

- hemoragie
- obstrucția căilor aeriene
- extensia în spațiile fasciale primare sau secundare
- mediastinite
- complicații septice multiorganice
- tulburări de sensibilitate pe traiectul n.alveolar inferior și infraorbitar

## 6. TRATAMENTUL CHISTURILOR PĂRȚILOR MOI ORALE

### *MUCOCELUL CU ORIGINE ÎN GLANDELE SALIVARE MICI:*

#### *Are potențial mare de recidivă*

- în competența chirurgiei dento-alveolare intră doar tratamentul formelor de mici dimensiuni, cu localizare la nivelul mucoasei orale, care nu se află în vecinătatea unor structuri anatomice
  - papila și ductul *Stenon*, vasele faciale etc
    - extirpare chirurgicală, împreună cu glandele salivare implicate
    - este obligatoriu examenul histopatologic al piesei de extirpare

## TUMORILE BENIGNE ALE PĂRȚILOR MOI ORALE

Următoarele entități intră în competența Chirurgiei dento-alveolare:

### **I. Hiperplazii și hipertrofii reactive și inflamatorii „epulis-like”**

- Hiperplazia fibroasă inflamatorie (epulis fissuratum)
- Granulomul piogen:
  - gingival (epulis granulomatos)
  - localizat la nivelul mucoasei orale (botriomicom)
  - granulomul gravidei (tumora de sarcină)
- Fibromul osifiant periferic (epulis fibros)
- Granulomul periferic cu celule gigante (epulis cu celule gigante)
- Granulomul congenital (epulis congenital)

### **II. Tumori benigne epiteliale**

- Papilomul
- Adenomul pleomorf al glandelor salivare mici

### **III. Tumori benigne mezenchimale**

#### *Tumori predominant fibroase*

- Fibromul
- Fibromatoza gingivală

#### *Tumori ale țesutului adipos*

- Lipomul mucoasei orale

# I. HIPERPLAZII ȘI HIPERTROFII REACTIVE ȘI INFLAMATORII („EPULIS-LIKE”)

## ***HIPERPLAZIA FIBROASĂ INFLAMATORIE (EPULIS FISSURATUM)***

- inițial atitudinea este similară celei adoptate față de orice leziune a mucoasei orale care ridică suspiciunea de formă de debut a unei tumori maligne (vezi ghidul „Atitudinea față de tumorile maligne oro-maxilo-faciale”): se recomandă pacientului să renunțe la purtarea protezei timp de 10-14 zile și se prescrie un colutoriu antiinflamator
- dacă leziunea se remite în totalitate, se readaptează marginal/reface proteza, iar pacientul va fi dispensarizat
- dacă leziunea nu se remite după perioada de administrare a colutorului, se practică:
  - extirparea în totalitate a zonei hiperplazice, cu margini excizionale în mucoasa clinic sănătoasă, cu menținerea periostului; este recomandabil ca această intervenție să se realizeze în Secție/Compatiment de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială.
    - examenul histopatologic al piesei este obligatoriu
    - după intervenția chirurgicală se recomandă aplicarea protezei dentare readaptată marginal/refăcută

## ***GRANULOMUL PIOGEN***

- în competența chirurgiei dento-alveolare intră doar tratamentul formelor de mici dimensiuni, cu localizare gingivală sau la nivelul mucoasei orale, care nu se află în vecinătatea unor structuri anatomice – vasele palatine, papila și ductul *Stenon*, etc.
  - localizare gingivală:
    - extirparea formațiunii tumorale cu margini de siguranță, cu îndepărtarea periostului subiacent
    - chiuretajul osului demineralizat; extracția dintelui/dinților adiacenți nu se recomandă decât dacă prezintă mobilitate accentuată după chiuretaj
  - localizare la nivelul mucoasei orale:
    - extirparea formațiunii tumorale împreună cu țesut adiacent clinic normal.
    - identificarea și îndepărtarea factorului iritativ local
  - obligatoriu examen histopatologic (în ambele tipuri de localizare)

### ***Granulomul gravidei (tumora de sarcină):***

- risc mare de recidivă pe perioada sarcinii.
- nu se recomandă intervenția chirurgicală

### ***FIBROMUL OSIFIANT PERIFERIC (EPULIS FIBROS)***

***Rata de recidivă este semnificativă, de 15-20%.***

- extirparea formațiunii tumorale la distanță de marginile clinice aparente, împreună cu țesuturile parodontale din care derivă
- poate fi necesară și extracția dintelui cauzal
- examenul histopatologic este obligatoriu

### ***GRANULOMUL PERIFERIC CU CELULE GIGANTE***

***(EPULIS CU CELULE GIGANTE)***

***Rata de recidivă este de aproximativ 10%***

- extirparea formațiunii tumorale la distanță de marginile clinice aparente, împreună cu periostul subiacent (până la nivelul crestei alveolare edentate)
- de cele mai multe ori este necesară și extracția dintelui cauzal
- examenul histopatologic este obligatoriu

## **II. TUMORI BENIGNE EPITELIALE**

### ***PAPILOMUL***

- în competența chirurgiei dento-alveolare intră doar tratamentul formelor de mici dimensiuni, cu localizare la nivelul mucoasei orale, care nu se află în vecinătatea unor structuri anatomice – planșeu oral, papila și ductul *Stenon*, vasele palatine etc.:
  - extirparea formațiunii, împreună cu baza de implantare
  - examenul histopatologic este obligatoriu

### ***ADENOMUL PLEOMORF AL GLANDELOR SALIVARE MICI***

***Are o rată crescută de recidivă***

- în competența chirurgiei dento-alveolare intră doar tratamentul formelor de mici dimensiuni, cu localizare la nivelul mucoasei orale, care nu se află în vecinătatea unor structuri anatomice – planșeu oral, papila și ductul *Stenon*, vasele palatine etc.:
- extirparea formațiunii tumorale, împreună cu glanda/glandele salivare accesorii și cu o porțiune din mucoasa acoperitoare
- examenul histopatologic este obligatoriu



### III. TUMORI BENIGNE MEZENCHIMALE

#### ***FIBROMUL***

- în competența chirurgiei dento-alveolare intră doar tratamentul formelor de mici dimensiuni, cu localizare la nivelul mucoasei orale, care nu se află în vecinătatea unor structuri anatomice – planșeu oral, papila și ductul *Stenon* etc :
  - extirparea formațiunii tumorale împreună cu baza de implantare (sesilă sau pediculată), marginile excizionale fiind plasate la distanță de marginile clinice aparente ale formațiunii tumorale
  - examenul histopatologic este obligatoriu

#### ***FIBROMATOZA GINGIVALĂ***

*Are caracter recidivant, practic refăcându-se la 1-2 ani de la intervenție*

- gingivectomie extinsă
  - de regulă este necesar tratament parodontal specific asociat
- examenul histopatologic este obligatoriu

#### ***LIPOMUL MUCOASEI ORALE***

- în competența chirurgiei dento-alveolare intră doar tratamentul formelor de mici dimensiuni, cu localizare la nivelul mucoasei orale și care nu se află în vecinătatea unor structuri anatomice – planșeu oral, papila și ductul *Stenon* etc.
  - extirparea formațiunii tumorale
  - examenul histopatologic este obligatoriu

# 7. TRATAMENTUL CHISTURILOR ȘI TUMORILOR BENIGNE ALE OASELOR MAXILARE

## A. CHISTURILE OASELOR MAXILARE

Pentru stabilirea indicației chirurgicale , evaluarea paraclinică trebuie să includă cel puțin una dintre următoarele metode radiologice sau imagistice:

- ortopantomogramă
- radiografii retroalveolare
- CT / CT 3D cu reconstrucție

Intră în competența Chirurgiei dento-alveolare următoarele tipuri de chisturi:

### I. CHISTURI DE DEZVOLTARE

#### KERATOCHISTUL ODONTOGEN

*Keratochisturile prezintă un risc crescut de recidivă (peste 50%).*

- în competența chirurgiei dento-alveolare intră doar tratamentul formelor de mici dimensiuni, care nu intersează canalul mandibular sau alte structuri anatomice de vecinătate (gaura mandibulară, incizura sigmoidă etc.) :
  - se practică chistectomia ; dinții adiacenți pot fi menținuți dacă nu au raport lezional sau nu prezintă mobilitate intraoperator
  - examenul histopatologic este obligatoriu

#### CHISTUL FOLICULAR (DENTIGER)

- în competența chirurgiei dento-alveolare intră doar tratamentul formelor de mici dimensiuni, care nu interesează sinusul maxilar sau canalul mandibular :
  - se practică chistectomia și odontectomia dintelui (semi)inclus
    - dacă se consideră că este necesară și totodată posibilă erupția, se poate conserva dintele

## **CHISTUL DE ERUPȚIE**

- în general nu necesită tratament (marsupializare spontană)
- uneori este necesară marsupializarea chirurgicală

## **CHISTUL PARODONTAL LATERAL**

- chistectomie
  - conservarea dinților adiacenți, dacă nu au mobilitate mai mare de gradul I.

## **CHISTUL GINGIVAL AL ADULTULUI**

- chistectomie

## **CHISTUL GINGIVAL AL NOU-NĂSCUTULUI**

- nu necesită tratament chirurgical

## **CHISTUL ODONTOGEN CALFICIFICAT**

- formele endosoase: chistectomie, dacă nu interesează structuri de vecinătate (sinusul maxilar, canalul mandibular etc.)
- formele extraosoase: extirpare, dacă nu necesită abord cutanat și nu interesează structuri de vecinătate (sinusul maxilar, canalul mandibular etc.)
- confirmarea diagnosticului prin examen histopatologic al piesei operatorii

## **CHISTUL ODONTOGEN GLANDULAR**

*Recidivele sunt frecvente, în peste 30% dintre cazuri.*

- în competența chirurgiei dento-alveolare intră doar tratamentul formelor care prin evoluție nu interesează canalul mandibular :
  - chistectomie cu chiuretajul osos
  - confirmarea diagnosticului prin examen histopatologic

## **CHISTUL NAZO-PALATIN**

- în competența chirurgiei dento-alveolare intră doar tratamentul formelor care nu interesează prin evoluție fosele nazale sau sinusul maxilar:
  - chistectomie

## **CHISTUL MEDIAN PALATINAL**

- în competența chirurgiei dento-alveolare intră doar tratamentul formelor care prin evoluție

nu interesează fosele nazale sau sinusul maxilar:

- chistectomie

### **CHISTUL NAZO-LABIAL**

- în competența chirurgiei dento-alveolare intră doar tratamentul formelor care prin evoluție nu interesează fosele nazale :
  - chistectomie

## ***II. CHISTURI INFLAMATORII***

### **CHISTUL PERIAPICAL**

- în competența chirurgiei dento-alveolare intră doar tratamentul formelor care prin evoluție nu interesează fosele nazale, sinusul maxilar sau canalul mandibular:
  - chistectomie cu rezecție apicală, dacă dintele cauzal este recuperabil protetic și dacă mai puțin de 1/3 din rădăcină este inclusă în formațiunea chistică;
  - chistectomie cu extracția dintelui cauzal, dacă acesta este irecuperabil din punct de vedere protetic, sau dacă mai mult de 1/3 din apex este inclusă în formațiunea chistică

### **CHISTUL RADICULAR LATERAL**

- în competența chirurgiei dento-alveolare intră doar tratamentul formelor care prin evoluție nu interesează fosele nazale, sinusul maxilar sau canalul mandibular
- principiile de tratament sunt similare cu cele pentru chistul periapical

### **CHISTUL REZIDUAL**

- în competența chirurgiei dento-alveolare intră doar tratamentul formelor care prin evoluție nu interesează fosele nazale, sinusul maxilar sau canalul mandibular:
  - chist rezidual după tratament endodontic: chistectomie cu rezecție apicală
  - chist rezidual după extracția dentară: chistectomie

### **„CHISTUL GLOBULOMAXILAR”**

- tratamentul este în concordanță cu forma anatomo-patologică a cărei expresie clinică o reprezintă

### **III. PSEUDOCHISTURI**

- în competența chirurgiei dento-alveolare intră doar tratamentul leziunilor care nu interesează fosele nazale, sinusul maxilar sau canalul mandibular
  - explorare chirurgicală și chiuretajul pereților osoși
  - examenul histopatologic este obligatoriu

#### **ACCIDENTELE CHISTECTOMIEI:**

- hemoragie intraoperatorie (vasele palatine mari, vasele alveolare inferioare etc.)
- lezarea dinților vecini
- deschiderea cavităților anatomice (sinus maxilar, fose nazale, canal mandibular)
- leziuni nervoase (alveolar inferior, mentonier, incisiv, infraorbital)
- fractura de mandibulă intraoperator

#### **COMPLICAȚIILE CHISTECTOMIEI**

- dureri, edem, tumefacție, trismus, echimoze
- hemoragia postoperatorie
- tulburări de sensibilitate pe traiectul nervilor alveolar inferior, infraorbital, mentonier
- dehiscente
- recidive
- fistule persistente orale/cutanate
- complicații infecțioase
- osteita / osteomielita
- sinuzită maxilară cronică
- mobilitatea dinților restanți / pierderea dinților
- anchiloza/resorbția radiculară a dinților vecini lezați
- fractura de mandibulă postoperator

## **B. TUMORILE BENIGNE ALE OASELOR MAXILARE**

Pentru stabilirea indicației chirurgicale, evaluarea paraclinică trebuie să includă cel puțin una dintre următoarele metode radiologice sau imagistice:

- radiografii retroalveolare
- ortopantomograma
- CT

Intră în competența Chirurgiei dento-alveolare următoarele tumori benigne odontogene:

1. odontomul
2. cementoblastomul

### **ODONTOMUL**

- în competența chirurgiei dento-alveolare intră doar tratamentul leziunilor care nu interesează fosele nazale, sinusul maxilar sau canalul mandibular
  - extirparea în totalitate a odontomului

### **CEMENTOBLASTOMUL**

- în competența chirurgiei dento-alveolare intră doar tratamentul leziunilor care nu interesează canalul mandibular
  - extirparea leziunii împreună cu dintele cauzal
  - examen histopatologic al piesei operatorii

## 8. TRATAMENTUL CHIRURGICAL PREPROTETIC

### A. TRATAMENTUL CHIRURGICAL PREPROTETIC AL PĂRȚILOR MOI

#### EXCIZIA ȘI/SAU ALUNGIREA PLASTICĂ A FRENURILOR ȘI BRIDELOR CICATRICIALE VESTIBULARE SAU PARALINGUALE

Se poate realiza prin:

##### *a. Frenoplastie*

##### **Indicații:**

- frenuri labiale, laterale sau linguale, scurte și subțiri, fără hipertofia mucoasei, inserate pe creasta alveolară.

##### *b. Frenectomia cu frenoplastie*

##### **Indicații:**

- frenuri hipertrofiate
- bride cicatriciale

##### *c. Frenoplastia cu vestibuloplastie*

##### **Indicații:**

- frenuri labiale cu inserție largă la nivelul mucoasei crestei alveolare
- bride laterale localizate la nivelul fundurilor de sac vestibular maxilar

#### PLASTIA ȘANȚURILOR PERIOSOASE

##### *Vestibuloplastia la mandibulă*

##### **Indicații:**

- înălțimea mandibulei este de 10-15 mm
- fundul de sac este îngust, prin inserarea înaltă a musculaturii.

##### **Complicații:**

- modificarea postoperatorie a adâncimii șanțului vestibular din cauza bridelor cicatriciale
- accelerarea atrofiei osoase la nivelul crestei alveolare
- hipoestezia/anestezia pe teritoriul nervului mentonier

### ***Plastia șanțului pelvilingual***

Se recomandă ca intervenția să se practice doar în Secție/Compartiment de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială.

### ***Vestibuloplastia la maxilar***

#### **Indicații:**

- atrofie severă și șanț vestibular neutru, din cauza inserțiilor musculare înalte pe procesul alveolar.

## **EXCIZIA ȘI MODELAREA PLASTICĂ A HIPERTROFIILOR ȘI HIPERPLAZIILOR**

### ***Hiperplazia inflamatorie (hiperplazia de proteză, epulis fissuratum)***

- atitudinea terapeutică este descrisă în ghidul „Tumorile benigne ale părților moi orale”.

### ***Fibromatoza tuberozitară***

- este obligatoriu examenul radiologic pentru a confirma natura conjunctivă a formațiunii, și a infirma evoluția în părțile osoase, precum și pentru a exclude prezența unui dinte inclus sau a unei formațiuni tumorale
- aprecierea îndepărtării suficiente a țesuturilor este dificilă

### ***Hiperplazia inflamatorie papilară palatinală***

- este recomandabil examenul histopatologic al piesei operatorii, pentru a exclude existența unor modificări de tip neoplazic

### ***Hiperplazia gingivală***

- gingivectomie cu gingivoplastie.

### ***Creasta balantă***

- înainte de îndepărtarea țesutului balant, trebuie evaluat suportul osos, pentru a putea stabili gradul de resorbție osoasă.
- frecvent corectarea acestei leziuni poate provoca reducerea înalțimii șanțului vestibular; în aceste cazuri, este nevoie de vestibuloplastie ulterioară.



## **B. TRATAMENTUL CHIRURGICAL PREPROTETIC AL SUBSTRATULUI OSOS**

### **A. REMODELAREA PROCESULUI ALVEOLAR**

#### ***Extracția alveoloplastică***

Alveoloplastia reprezintă o intervenție chirurgicală prin care se realizează extracția dentară, presupunând regularizarea osoasă și sutura postextractională.

#### ***Alveoloplastia creștelor alveolare edentate***

##### **Indicații:**

- creastă alveolară edentată neregulată (cu exostoze)
- creastă alveolară ascuțită (în „lamă de cuțit”).

##### **Complicații:**

- reducerea marcată a înălțimii și/sau lățimii creștei alveolare

#### ***Rezecția modelantă a creștei oblice interne (milohioidiene) ascuțite***

Intervenția se poate desfășura ambulator, dar se recomandă efectuarea în Secție/Compartiment de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială.

#### ***Rezecția modelantă a apofizelor genii hipertrofice***

Intervenția se poate desfășura ambulator, dar se recomandă efectuarea în Secție/Compartiment de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială.

#### ***Rezecția modelantă a spinei nazale anterioare***

Intervenția se poate desfășura ambulator, dar se recomandă efectuarea în Secție/Compartiment de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială.

#### ***Tuberoplastia***

Tuberoplastia se realizează în scopul îmbunătățirii închiderii marginale posterioare a protezelor totale la pacienții cu șantul retrotuberozitar (pterigo-tuberozitar) desființat de o atrofie osoasă accentuată.

Este frecvent asociată cu excizia și modelarea plastică a fibromatozelor tuberozitare.

**Complicații:**

- hemoragie
- fracturarea apofizei pterigoide
- recidiva.

***Plastia modelantă a torusurilor (palatinal / mandibular)***

Torusul palatin și mai rar cel mandibular necesită excizie, atunci când prin mărimea sau neregularitatea sa împiedică stabilitatea protezei.

**Complicații:**

- hematom de planșeu bucal: este indicat transferul pentru tratament de specialitate în Secție/Compartiment de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială
- dehiscente
- recidiva

## B. MĂRIREA OFERTEI OSOASE

Mărirea ofertei osoase se poate realiza prin următoarele metode:

- Osteoplastia de adiție: poziționarea grefei pe suprafața zonei receptoare în vederea corectării înălțimii/lățimii crestei alveolare
- Osteoplastia de augmentare: inserarea grefei la nivelul unui defect osos sau cavitate osoasă
- Osteoplastia de interpoziție: poziționarea grefei între două fragmente osoase separate (prin osteotomie sau bone splitting)

Se pot utiliza următoarele categorii de materiale de adiție:

**Autogrefă** = grefă recoltată de la același individ

**Alogrefă** = grefă recoltată de la un individ din aceeași specie (din bănci de țesuturi)

**Heterogrefă** = grefă recoltată de la alte specii (xenogrefă)

**Material aloplastic** = material non-organic sintetic care se implantează în țesuturile vii

În general, grefele de os autolog se indică în reconstrucția defectului de mărime medie (cum sunt cele după *sinus lifting*), iar pentru defecte mici, materialul non-autolog).

### AUTOGREFELE

Grefa de os autogen se poate obține din următoarele zone:

*Cavitatea orală:*

- tuberozitatea maxilară;
- simfiza mentonieră;
- trigon retromolar/ram ascendent mandibular.

*De la distanță:*

- calvaria;
- tibia;
- creasta iliacă.

În cazul autogrefelor de la distanță, intervențiile de recoltare se pot efectua doar în Secție/Compartiment de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială.

## RECONSTRUCȚIA DEFECTELOR DE MAXILAR

### *Blocurile osoase (grefe de apozitie)*

#### **Indicații:**

- atrofiile orizontale dar și în cele combinate verticale și orizontale
- creste alveolare ascuțite.

#### **Complicații:**

- dehiscență
- resorbția grefei
- infecție.

### *Bloc osos de interpozitie (metoda „în sandwich”)*

#### **Indicații:**

- atrofia maxilară severă

#### **Complicații:**

- fractura osului maxilar
- dehiscență
- resorbția grefei
- infecție
- recidiva.

### *Osteoplastia procesului alveolar cu grefă de os fragmentat*

#### **Indicații:**

- toate tipurile de atrofii
- reconstrucția defectelor după extirparea unor chisturi de dimensiuni mari sau a unor tumori benigne.

#### **Complicații:**

- dehiscența plăgii, cu descoperirea plasei
- supurația și necroza.

## **REGENERAREA OSOASĂ DIRIJATĂ**

Constă în aplicarea unei bariere pentru a împiedica interacțiunea cu alte structuri ale substanței de adiție sau ale cheagului sanguin, cu rol în regenerarea osoasă.

Ca bariere, se pot folosi:

- membrane plasate în defect în contact intim / fixate cu micropini
  - membranele neresorbabile
  - membranele resorbabile
- plasele de titan

### ***Elevarea mucoasei sinuzale și mărirea distanței subsinusale (sinus lifting)***

Pentru stabilirea indicației chirurgicale, evaluarea paraclinică trebuie să includă cel puțin una dintre următoarele metode radiologice sau imagistice:

- ortopantomograma
- SAF
- CT

Intervenția de sinus lifting se poate realiza simultan sau poate precede inserarea implanturilor dentare.

### **Contraindicații locale:**

- sinuzita maxilară acută sau cronică,
- rinita alergică,
- radioterapia în regiunea oro-maxilo- facială

### **Complicații:**

- perforarea membranei sinuzale:
  - perforațiile care depășesc 5 mm necesită acoperirea cu membrane resorbabile
- sinuzita maxilară
- comunicare persistentă oro-sinuzală
- pierderea grefei și a implanturilor

## **RECONSTRUCȚIA REBORDULUI ALVEOLAR MANDIBULAR**

Procedeele chirurgicale sunt similare cu cele utilizate la maxilar.

## **TRANSPOZIȚIA NERVULUI ALVEOLAR INFERIOR**

### **Indicații:**

- zonele mandibulare atrofiate, atunci când este imposibilă osteoplastia procesului alveolar
- re poziționarea se poate realiza prin două proceduri:
  - abord anterior și transpoziția nervului alveolar inferior
  - abord lateral și fenestrația osoasă, cu deplasarea laterală a nervului alveolar inferior

### **Accidente:**

- hemoragia
- lezarea nervului mentonier, alveolar inferior sau incisiv

### **Complicații:**

- tulburări neurosenzoriale tranzitorii sau permanente pe teritoriul nervilor respectivi

## **9. TRATAMENTUL COMUNICĂRII ORO-SINUZALE IMEDIATE (DESCHIDEREA ACCIDENTALĂ A SINUSULUI MAXILAR)**

### **1. COMUNICAREA ORO-SINUZALĂ REZULTATĂ PRIN EXTRACȚIA COMPLETĂ A DINTELUI**

- plastia imediată a comunicării oro-sinuzale
- indiferent de tipul de plastie al comunicării, postoperator se va institui tratamentul antibiotic, antiinflamator și decongestiv și se vor respecta recomandările legate de evitarea variațiilor de presiune intrasinuzală.

### **2. COMUNICAREA ORO-SINUZALĂ REZULTATĂ ÎN URMA ÎMPINGERII RĂDĂCINII DENTARE SUB MUCOASA SINUZALĂ**

- reevaluare radiologică urmată de finalizarea extracției pe cale alveolară lărgită (*Wassmundt*)
- plastia imediată a comunicării oro-sinuzale
- tratament medicamentos și respectarea recomandărilor legate de evitarea variațiilor de presiune intrasinuzală.

### **3. COMUNICAREA ORO-SINUZALĂ REZULTATĂ ÎN URMA ÎMPINGERII RĂDĂCINII DENTARE ÎN PLINĂ CAVITATE SINUZALĂ, CU PERFORAREA MUCOASEI SINUZALE**

Tratamentul nu intră în competența Chirurgiei dento-alveolare, putând fi practicat numai în Secții/Compartimente de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială.

## **10. TRATAMENTUL PROVIZORIU AL FRACTURILOR**

### **A. FRACTURILE MANDIBULEI**

Se realizează toaleta plăgilor și, eventual, sutura de poziție. Se recomandă realizarea seroprofilaxiei antitenatice (ATPA), dacă pacientul nu a fost imunizat în ultimele 6 luni și se aplică un dispozitiv de imobilizare de urgență:

- bandaj mentocefalic
- blocaj rigid
- capelină cu frondă mentonieră

Tratamentul definitiv al fracturii, inclusiv atitudinea față de dinții din focarul de fractură, vor fi stabilite și efectuate doar în Secție/Compartiment de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială.

Se pot prescrie antibiotice cu spectru larg, antiinflamatoare, antialgice uzuale.

### **B. FRACTURILE ETAJULUI MIJLOCIU AL FEȚEI**

Se realizează toaleta plăgilor și, eventual, sutura de poziție. Se recomandă realizarea seroprofilaxiei antitenatice (ATPA), dacă pacientul nu a fost imunizat în ultimele 6 luni și se aplică un dispozitiv de aplică un dispozitiv de imobilizare de urgență:

- bandaj mento-cefalic
- dispozitiv "în zăbală"
- capelină cu frondă mentonieră..

Tratamentul definitiv al fracturii, inclusiv atitudinea față de dinții din focarul de fractură, vor fi stabilite și efectuate doar în Secție/Compartiment de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială.

Se pot prescrie antibiotice cu spectru larg, antiinflamatoare, antialgice uzuale.



## 11. TRATAMENTUL TRAUMATISMELOR DENTO-ALVEOLARE

Clasificarea traumatismelor dento-alveolare după OMS, modificată de *Andreasen*:

- A. leziuni dentare;
- B. traumatisme ale țesuturilor dento-parodontale;
- C. traumatisme ale procesului alveolar;
- D. leziuni ale mucoasei fixe și mobile.

### A. LEZIUNILE DENTARE

#### *Fractura radiculară*

##### **Dinți temporari**

- dacă există mobilitate clinică: extracția segmentului coronar
- segmentul radicular nu va fi extras (risc de lezare a foliculului dintelui permanent), cu excepția situațiilor clinice care exclud acest risc (foliculul dintelui permanent este situat la distanță).

##### **Dinți permanenți**

Alegerea soluției terapeutice variază în funcție de localizarea liniei de fractură și de deplasarea fragmentelor dentare:

##### **a. Fractura radiculară în 1/3 apicală**

*Dacă dintele își pierde vitalitatea, este necesar tratamentul endodontic, fie ca unică soluție terapeutică, fie asociat cu rezecția apicală și imobilizarea dintelui.*

##### **b. Fractura radiculară în 1/3 cervicală**

Se pot adopta două atitudini:

- extracția fragmentului coronar și reconstituire coronoradiculară după expunerea zonei de fractură pe cale chirurgicală (gingivo-osteoplastie);
- extracția atât a fragmentului coronar, cât și a fragmentului radicular.

##### **c. Fractura radiculară în 1/3 medie**

*Dacă deplasarea fragmentelor este importantă și nu se poate obține reducerea, se practică extracția celor 2 fragmente dentare (coronar și radicular).*

##### **d. Fractura radiculară verticală**

Are ca indicație extracția dintelui respectiv.

## B. TRATAMENTUL LEZIUNILOR ȚESUTURILOR PARODONTALE

### *Luxația cu intruzie*

Se pot adopta următoarele atitudini terapeutice:

#### **Dinți permanenți**

- favorizarea erupției dentare, dacă dintele este imatur;
- re poziționarea imediată, chirurgicală, a dintelui în poziție corectă, cu imobilizarea sa la dinții vecini;
- tratament ortodontic pentru re poziționarea dintelui intruzat (fie matur, fie imatur)

#### **Dinți temporari**

- dacă dintele temporar împiedică erupția dintelui permanent: extracție;
- dacă dintele intruzat este deplasat vestibular și pare să nu intereseze dintele permanent: favorizarea reerupției spontane;
- dacă în timpul reerupției se produce infecția gingivo-mucoasei: dintele va fi extras și se recomandă antibioterapie.

### *Luxația cu extruzie*

#### **Dinți permanenți**

- dintele va fi re poziționat manual în alveolă, în relație ocluzală corectă, cât mai repede posibil
- ulterior se realizează imobilizarea dintelui cu sârmă de 0,25 mm
- sunt necesare evaluări periodice ale vitalității dintelui în servicii de medicină dentară.

#### **Dinți temporari**

- extracție.

### *Luxația laterală*

- reducere manuală în poziție corectă
- imobilizare rigidă la dinții vecini, pentru 2-8 săptămâni
- examinarea periodică a vitalității dintelui în servicii de medicină dentară.
- sutura plăgilor gingivale asociate

### *Avulsia dentară*

- se poate încerca replantarea, urmată de imobilizare, pentru 7-10 zile
  - dacă este prezentă și o fractură asociată a procesului alveolar, se indică imobilizare pentru 3-4 săptămâni

- dintele traumatizat va fi scos din ocluzie pentru 2-3 săptămâni
- se recomandă o dietă semilichidă pentru 2-3 săptămâni
- chiar dacă la îndepărtarea imobilizării persistă un grad de mobilitate dentară, aceasta nu se va prelungi, deoarece stimulează resorbția radiculară.
- în cazul *dinților temporari avulsionați* nu se indică replantarea.

### **C. TRATAMENTUL PLĂGILOR MUCOASEI FIXE ȘI MOBILE ORALE**

Se realizează toaleta și sutura plăgilor mucoasei orale care nu se însoțesc de fracturi maxilare/mandibulare; în aceste situații se indică realizarea toaletei și a suturii de poziție, urmate de transferul pentru tratament de specialitate în Secție/Compartiment de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială. Se recomandă realizarea seroprofilaxiei antitenatice (ATPA), dacă pacientul nu a fost imunizat în ultimele 6 luni.

### **D. TRATAMENTUL LEZIUNILOR TRAUMATICE ALE PROCESULUI ALVEOLAR**

#### *Zdrobirea procesului alveolar*

- reducerea manuală a fracturii și tratamentul luxației, după explorarea plăgii
- control periodic pentru testarea vitalității dintelui

#### *Fractura peretelui alveolei dentare*

- reducerea fracturii sub presiune manuală
- după reducerea fracturii se scoate dintele din ocluzie și se imobilizează rigid dinții interesați
- ulterior se vor sutura plăgile asociate
- imobilizarea dentară se va menține aproximativ o lună.

În cazul fracturilor de proces alveolar în dentiția temporară, se poate renunța la imobilizare (este suficientă o dietă semilichidă pentru 2 săptămâni și examinarea periodică a vitalității dentare).

#### *Fractura procesului alveolar*

- reducerea fragmentului în poziție corectă prin presiune manuală
- imobilizarea pentru 4 săptămâni, cu fixare rigidă sau șină linguală
- dacă fragmentul osos prezintă o deplasare foarte accentuată sau dacă apexurile dentare

împiedică reducerea, poate fi necesară osteosinteza în Secție/Compartiment de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială.

## **METODE DE IMOBILIZARE ÎN TRAUMATISMELE DENTO-ALVEOLARE**

În prezent, sunt folosite mai multe dispozitive de imobilizare, care pot asigura fie fixarea rigidă, fie fixarea semirigidă, fiecare dintre acestea prezentând o serie de avantaje și dezavantaje.

Dintre aceste dispozitive cele mai utilizate sunt:

1. Gutiere acrilice
2. Șinele linguale
3. Imobilizarea cu sârmă "în 8" (ligatura hipocratică)
4. Gutieră din rășini compozite cu gravare acidă
5. Imobilizarea semirigidă/elastică.

## **COMPLICAȚII TERAPEUTICE POSIBILE**

- hemoragia; hematom
- durere, edem, tumefacții persistente, echimoze
- complicații infecțioase
- mortificări pulpare dentare
- tulburări de dezvoltare ale dinților permanenți
- ischemia/necroza părților moi
- leziuni ale structurilor nervoase
- persistența/accentuarea mobilității dentare posttraumatice
- tulburări funcționale
- tulburări estetice dento-faciale
- modificări ocluzale
- disfuncție temporo-mandibulară

## 12. TRATAMENTUL UNOR AFECȚIUNI ALE ARTICULAȚIEI TEMPORO-MANDIBULARE

### SINDROMUL ALGODISFUNCȚIONAL (SAD)

#### a) Tratamentul medicamentos sistemic

- analgetice
- antiinflamatoare nesteroidiene
- miorelaxante
- anxiolitice
- antidepressive

#### b) Fizioterapie – trimitere în servicii de specialitate.

### LUXAȚIA TEMPORO-MANDIBULARĂ ANTERIOARĂ

- se poate încerca reducerea prin metode nechirurgicale a luxației și imobilizare provizorie intermaxilară pentru 24 de ore (bandaj mentocefalic, ligaturi de sârmă);
  - dietă semilichidă și limitarea mișcărilor ample mandibulare pentru 7 zile
  - re-evaluare în Secție/Compartiment de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială
- dacă reducere nu este posibilă se transferă pacientul pentru tratament de specialitate în Secție / Compartiment de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială

# 13. ATITUDINEA FAȚĂ DE TUMORILE MALIGNNE ORO-MAXILO-FACIALE

## ATITUDINEA FAȚĂ DE O LEZIUNE A MUCOASEI ORALE CARE RIDICĂ SUSPICIUNEA DE FORMĂ DE DEBUT A UNEI TUMORI MALIGNNE

În cazul în care se identifică o leziune a mucoasei orale (de cele mai multe ori o ulcerăție):

- se încearcă să se identifice și îndepărteze un posibil factor cauzal traumatic:
  - se prescrie un colutoriu pe bază de antibiotic și antiinflamator, aplicat timp de 10-14 zile
    - dacă după acest interval, leziunea se remite în totalitate: dispensarizare
    - dacă leziunea nu se remite: suspiciune unei forme de debut a unei tumori maligne: trimitere în Secție/Compartiment de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială
    - dacă leziunea se remite dar reapare în același loc după un interval de timp: suspiciune unei forme de debut a unei tumori maligne: : trimitere în Secție/Compartiment de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială
    - dacă nu se identifică niciun factor cauzal microtraumatic: suspiciune unei forme de debut a unei tumori maligne: trimitere în Secție/Compartiment de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială

