

**Recomandări  
pentru abordarea pacienților  
cu hipersensibilitate dentinară  
post-igienizare profesională  
și post-albire**

**- pentru medicii stomatologi practicieni  
și echipa stomatologică**

Cuprins:

|                                                                           |           |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Introducere                                                               | pagina 1  |
| Hipersensibilitatea dentinară (HSD) - definiție                           | pagina 2  |
| Epidemiologie                                                             | pagina 2  |
| Factori etiologici                                                        | pagina 3  |
| Mecanisme de apariție a HSD                                               | pagina 5  |
| Abordarea diagnosticului HSD                                              | pagina 6  |
| Managementul HSD – îngrijirea profesională și la domiciliu                | pagina 8  |
| Recomandări pentru pacientul cu HSD                                       | pagina 10 |
| - Albirea profesională a dinților - model de comunicare cu pacientul      | pagina 10 |
| - Recomandările pentru conduita pacientului după igienizarea profesională | pagina 12 |
| - Albirea profesională a dinților - model de comunicare cu pacientul      | pagina 13 |
| - Recomandările pentru conduita pacientului după albirea profesională     | pagina 14 |
| - Studiu de caz - cu permisiunea Prof. Dr. Natalia Lewikowicz             | pagina 15 |
| - Sumar                                                                   | pagina 20 |
| - Referințe                                                               | pagina 21 |

## Introducere

Cele mai comune afecțiuni orale, cum ar fi caria dentară și boala parodontală, au ca principală cauză placa bacteriană/ biofilmul. Atunci când placa bacteriană nu este îndepărtată corespunzător prin igiena orală zilnică, acumularea și maturarea acesteia duce la apariția cariilor și/sau la distrugerea țesutului conjunctiv și pierderea osului alveolar, cauzând pierderea din- telui. Prin urmare, auto-îngrijirea adecvată la domiciliu a pacientului, împreună cu măsurile preventive luate de medicul sto- matolog pentru a preveni acumularea plăcii bacteriene și a tartrului sunt foarte importante. Acestea includ instructajul pentru igienă orală (încurajarea pacienților să efectueze periajul și să folosească ața dentară în mod regulat) și îndepărtarea regu- lată a plăcii bacteriene în cabinetul stomatologic. Igienizarea profesională a dinților include detartrajul și periajul profesional. Pentru pacienții care au dezvoltat parodontită, se efectuează o procedură mai extinsă numită detartraj și planare radiculară (SRP), mai nou cunoscută sub numele de instrumentare non-chirurgicală subgingivală. Această procedură implică îndepăr- tarea mecanică a plăcii bacteriene și a tartrului din zona subgingivală a dinților afectați și este considerată „standardul de aur” în tratamentul parodontal. După aceste proceduri poate apărea hipersensibilitate dentinară tranzitorie (HSD). Două studii (Fischer și colab. 1991 și Tammaro și colab. 2000) au raportat modificarea semnificativă a hipersensibilității dentinare după SRP, aproximativ 55 % dintre pacienți prezentând dureri caracteristice timp de o săptămână după tratament. O analiză sistematică a arătat că hipersensibilitatea dentinară a apărut la aproximativ jumătate dintre pacienții cu intervenție de SRP (von Troil și colab. 2002).

Într-un chestionar la care au răspuns 839 de profesioniști din România, 34% dintre profesioniștii chestionați apreciază că 25- 50% dintre pacienții care au avut detartraj manifestă HSD, iar 12% dintre profesioniști apreciază că 50-75% dintre pacienții care au avut detartraj manifestă HSD. În ceea ce privește albirea profesională, în același chestionar, 29% dintre profesioniștii ches- tionati apreciază că 25-50% dintre pacienții care au avut această procedură manifestă HSD, iar 23% dintre profesioniști apre- ciază că 50-75% dintre pacienții care au avut albire profesională manifestă HSD.

Scopul acestui document este de a prezenta recomandări pentru medicii stomatologi cu privire la managementul pacienților cu hipersensibilitate dentinară după detartraj sau procedura SRP.

## Hipersensibilitate dentinară (HSD) - definiție



Hipersensibilitatea dentinară este o afecțiune caracterizată printr-o durere scurtă și intensă localizată la unul sau mai mulți dinți ca răspuns la stimuli care acționează asupra dentinei expuse și care nu poate fi asociată cu nicio altă formă de leziune sau patologie dentară [2]. Stimulii care provoacă HSD pot fi termici, mecanici, osmotici sau jet de aer.

## Epidemiologie

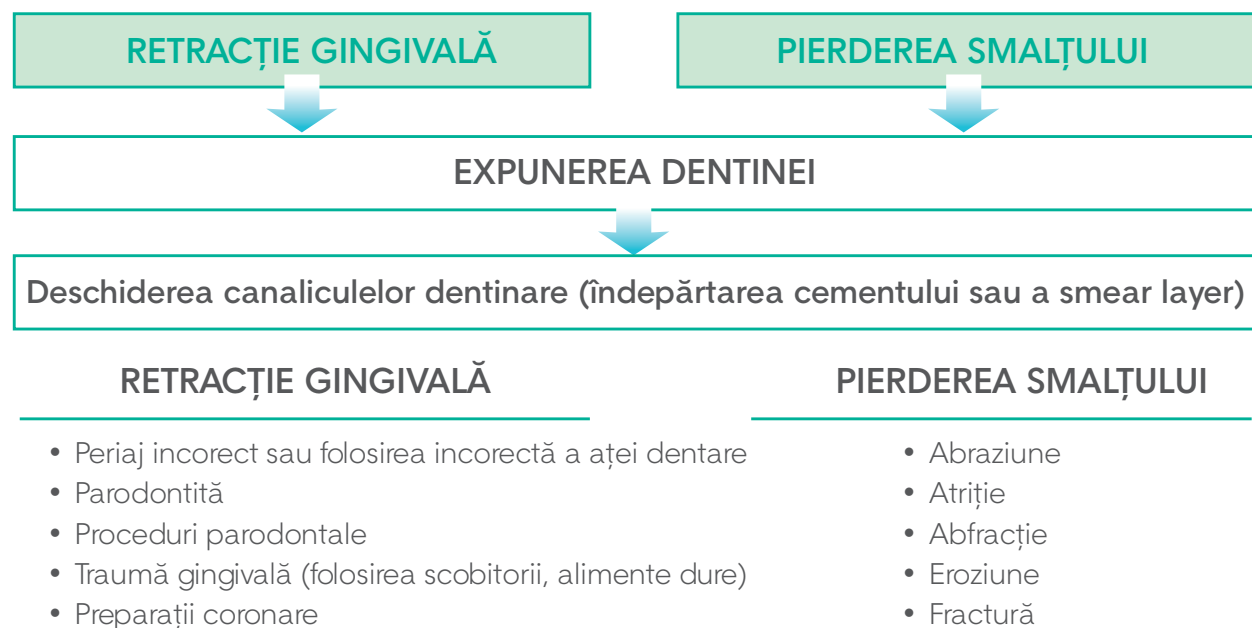


Studiile epidemiologice privind prevalența hipersensibilității dentinare au avut ca rezultat date contradictorii, cifrele variind de la 1,34 % [Bamise CT și colab., Oral Health Prev Dent 2007;5:49-53] la 98 % [Chabanski MB și colab., J Oral Rehabil 1997;24:666-672]. Această heterogenie poate fi explicată prin mai mulți factori, cum ar fi eșantionului de populație (originea etnică, zona în care s-a efectuat studiul, statusul parodontal, regimul de îngrijire dentară), criterii de diagnostic diferite folosite pentru identificarea hipersensibilității dentinare și alegerea sursei datelor bazate pe evaluare clinică sau pe chestionare adresate pacientului. Femeile tind să fie mai frecvent afectate decât bărbații, deși diferențele nu au fost de cele mai multe ori semnificative din punct de vedere statistic [18-22]. Sunt afectate toate grupele de vârstă [22], cu o incidență maximă între 30 și 40 de ani. [18, 21, 23].

HSD afectează în principal zonele cervicale de pe suprafețele vestibulare ale premolarilor permanenți (38 %), urmați de incisivi (26 %), canini (24 %) și molari (12 %).

## Factori etiologici

Pentru ca hipersensibilitatea dentinară să apară, dentina trebuie să fie expusă, iar canaliculele dentinare trebuie să fie deschise și în legătură cu pulpa. Dentina poate fi expusă ca urmare a pierderii smalțului sau a retracției gingivale.



Dababneh și colab. Br Dent J, 1999

Hipersensibilitatea dentinară este corelată cu obiceiurile de igienă orală și consumul de alimente și băuturi acide. Această problemă apare predominant la pacienții care efectuează un periaj traumatic. Ca rezultat, retracția gingivală și leziunile cervicale non-carioase (prescurtate NCCL din limba engleză) apar predominant pe suprafața vestibulară a dinților.

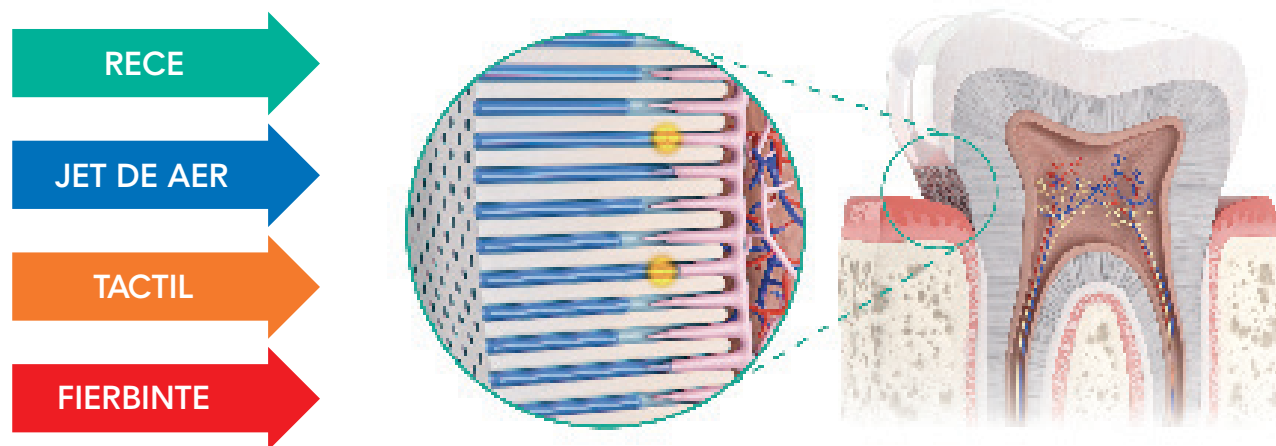
Partea stângă a arcadelor este mai afectată din cauza periajului efectuat predominant cu mâna dreaptă. Cauza cea mai comună a HSD este retracția gingivală (Susin et al., 2004). Dentina expusă este susceptibilă la dezvoltarea NCCL la pacienții cu igienă orală excesivă, conducând la risc crescut de hipersensibilitate dentinară (Addy et al., 2003).

Retracția gingivală poate fi un semn de parodontită avansată, ca urmare a pierderii progresive de țesut conjunctiv și os. La pacienții parodontali, retracția gingivală nu este restrânsă doar la fața vestibulară, ci este prezentă și în zonele interproximale, ca urmare a pierderii de țesut interproximal. La acești pacienți, efectuarea igienei orale este de obicei inadecvată, iar pierderea de țesut este datorată acumulării biofilmului în șanțul gingival și inflamației. Alte cauze potențiale ale HSD sunt legate de factori iatrogenici apăruiți în urma tratamentului parodontal, albirilor sau tratamentului restaurativ (Al-Sabbagh 2010, Swift EJ 2008, Jorgensen 2002). Este cunoscut faptul că tratamentul parodontal provoacă remodelarea țesutului de suport parodontal și modificarea marginii gingivale, adesea asociată cu sensibilitate radiculară în aproximativ 50-84.5% dintre pacienți după SRP (Chabanski MB 1996, Von Troil et al., 2002). Sensibilitate dentară crescută după albire profesională acasă sau la domiciliu este un fenomen comun (Van Haywood et al., 2002, Jorgensen 2002). În acest caz există diferențe față de HSD comună. Mecanismul apariției pare a fi multifactorial: pH acid, stimuli osmotici și penetrarea peroxidului în smalț și dentină. Toți acești factori pot provoca iritație pulpară reversibilă, un fenomen tranzitoriu, dar care poate agrava mai departe HSD.

## Mecanismele de apariție a HSD



Mecanismul cel mai larg acceptat de inducere a durerii din HSD este teoria hidrodinamică, propusă inițial de Gysi și dovedită mai târziu de Brännström. Teoria susține ideea că apariția hipersensibilității dentinare se bazează pe mișcările lichidului dentinar, induse de stimuli, în canaliculele dentinare și activarea consecutivă a nociceptorilor din zona de joncțiune pulpo-dentinară (Brannstrom et al., 1972). Unii dintre stimuli, cum ar fi jet de aer rece, provoacă pierderi de lichid dentinar, rezultând o modificare de presiune în interiorul canaliculelor. Sunt activate fibrele nervoase A-beta și câteva A-delta producându-se o senzație de durere caracteristică, scurtă și intensă. Un stimul fierbinte, pe de altă parte, induce retragerea lichidului dentinar spre interior, având ca rezultat o durere de intensitate mai mică față de cea indusă de un stimul rece sau jet de aer (vezi figura de mai jos).



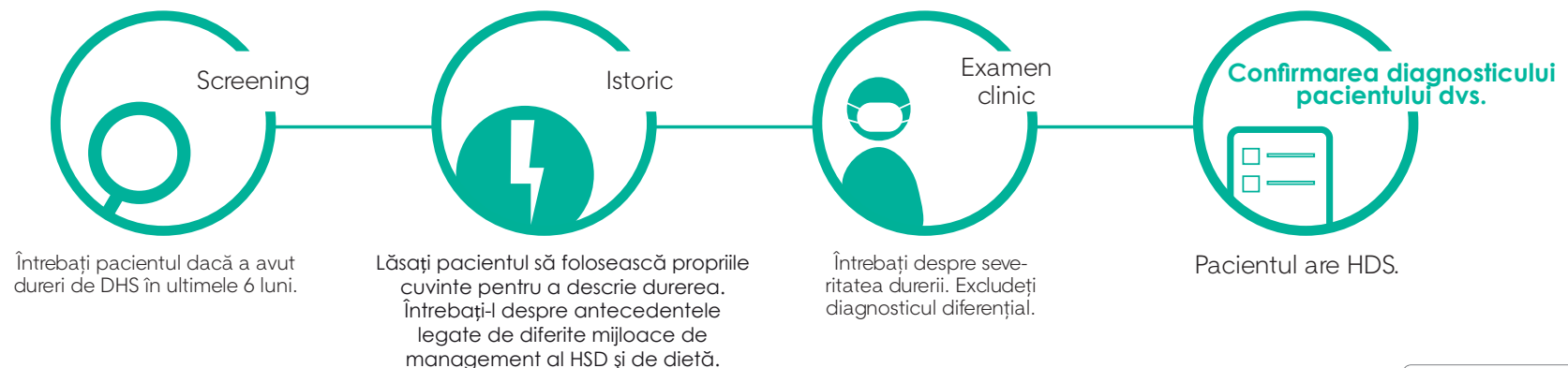
## Abordarea diagnosticului HSD



Există mai multe strategii pentru abordarea diagnostică, ce conduc la luarea măsurilor preventive și terapeutice. O abordare complexă pentru diagnosticarea și managementul HSD include:

- 1) identificarea tuturor caracteristicilor diagnosticului, în concordanță cu descrierea clinică a HSD și pe baza antecedentelor pacientului și a examenului clinic;
- 2) diagnostic diferențial corect pentru excluderea altor afecțiuni care ar putea da naștere unei dureri de tip similar;
- 3) tratamentul corespunzător al oricărei afecțiuni secundare care poate induce simptome similare HSD;
- 4) identificarea și eliminarea sau minimizarea factorilor etiologici și predispozanți, în special a unor obiceiuri alimentare și de igienă orală, în special a celor care pot provoca retracție gingivală, abraziune și eroziuni dentare;
- 5) recomandări de tratament bazate pe nevoile individuale ale pacientului.

Dacă pacientul raportează durere, trebuie efectuat un test de provocare a durerii. Cel mai comun sunt utilizate ca teste, aplicarea aerului și/sau atingerea delicată cu sonda. Dacă testul de provocare a durerii este pozitiv, alte patologii putând fi excluse (de origine endodontică sau cariologică, durerea orofacială, etc.), trebuie inițiată terapia HSD. Această schemă pentru diagnostic este ilustrată mai jos:





Este util să se apeleze la instrumente adiționale, care să asiste în stabilirea diagnosticului, cum ar fi Scala Analogică Vizuală VAS (pacientul indică nivelul durerii pe o scală grafică) (Fig. 2) sau scala Schiff (medicul stomatolog încadrează nivelul durerii în baza răspunsului pacientului la examinare) (Tab. 1).

### EVALUAREA NIVELULUI DURERII DVS. CU SCALA ANALOGICĂ VIZUALĂ (VAS)



Instrucțiuni de utilizare a scalei:

- Pacientul indică nivelul durerii pe scală
- Scorul VAS este înregistrat în fișa pacientului

### Scala Schiff

| Valori | Răspunsul pacientului la stimuli prin jet de aer               |
|--------|----------------------------------------------------------------|
| 3      | Răspunde, solicită întreruperea și îl consideră a fi dureros   |
| 2      | Răspunde și solicită întreruperea sau se sustrage de la stimul |
| 1      | Răspunde, dar nu cere oprirea stimulului                       |
| 0      | Fără răspuns                                                   |

## Managementul HSD - îngrijirea profesională și la domiciliu

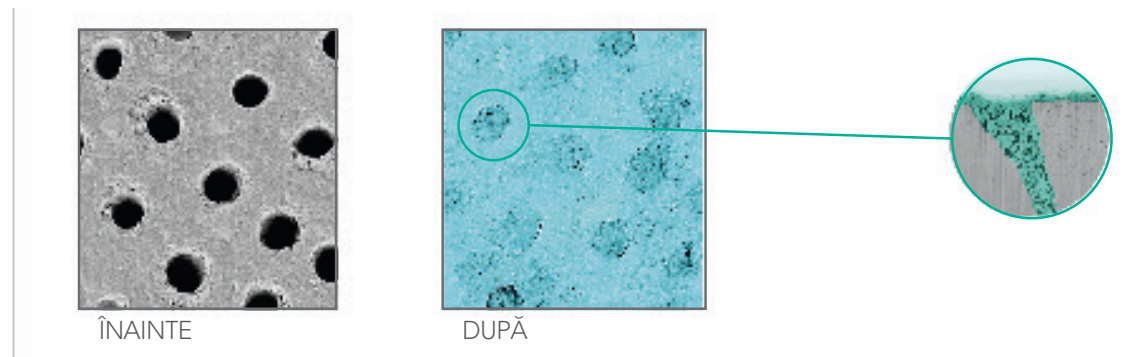


Prevenția primară a expunerii dentinei ca rezultat al retracției gingivale și/sau a distrugerii țesutului dur dentar prin periaj traumatic sau dietă eroziv/abrazivă este modalitatea cea mai bună de evitare a simptomelor dureroase ale HSD. Mai mult, orice pacient cu HSD trebuie investigat în ceea ce privește potențialii factori de risc, apoi trebuie făcute recomandările de igienă orală și dietă, pentru evitarea redeclanșării sau înrăutățirii HSD. Astfel atenția trebuie îndreptată pe schimbarea obiceiurilor nocive de igienă orală și dietă. Pacienților trebuie să li se recomande să aleagă o periuță non-abrazivă cu peri moi, să utilizeze metodele de periaj Stillman sau Bass, să evite băuturile sau alimentele erozive, să nu efectueze periajul imediat după mese, etc. ci să aștepte 30-40 de minute înainte de a face periajul. Așteptarea de 30 - 40 minute înainte de periaj permite pH-ului oral să crească și smalțului să se remineralizeze. Tratamentul HSD trebuie inițiat prin abordări minim invazive și reversibile. În cazurile mai severe, care la reevaluare par a nu fi evoluat pozitiv, se pot considera opțiuni de tratament mai invazive sau chiar ireversibile (ex. grefă gingivală sau tratament endodontic).

Managementul HSD poate fi împărțit în două abordări diferite: auto-îngrijirea la domiciliu și procedurile efectuate în cabinetul stomatologic. În general, managementul HSD are ca scop fie suprimarea impulsului nervos la nivel biochimic sau blocajul mecanic al canaliculelor. Produsele de îngrijire la domiciliu trebuie luate în considerare ca prima abordare. Ionii de potasiu pot scădea excitabilitatea fibrelor A, care înconjoară odontoblastele, ducând la reducerea sensibilității. Gelurile și pastele de dinți ce conțin nitrat de potasiu pot fi utilizate atât la domiciliu, cât și în cabinet (Poulsen S 2001). Sistemele de bonding ce conțin glutaraldehida apoasă s-au arătat a fi eficiente în managementul HSD (Kakaboura A 2005). Mecanismul de acțiune se bazează pe obturarea intracanaliculară și scăderea permeabilității dentinei. Alte produse disponibile pe piață, care conțin arginină/carbonat de calciu, sticlă bioactivă sau acetat de stronțiu, au mecanisme de acțiune similare (ocluzia canaliculelor deschise) și oferă rezultate clinice favorabile (Schmidlin PR 2013). S-a arătat că lacurile cu fluor reduc HSD formând un strat protector de fluorură de calciu (Ozen T 2009). De exemplu, s-a demonstrat că produsele cu concentrație crescută de fluor cu aplicare profesională, cum ar fi lacurile cu fluor (22 600 ppm fluor), au redus semnificativ hipersensibilitatea dentinară după numai o singură aplicare (Gaffar 1998). Ele pot fi aplicate și după procedura de albire profesională, după uscare produsul având culoarea naturală a smalțului. În plus, unele studii au demonstrat efectele benefice ale laserilor în tratamentul HSD (Hu 2019).

În cazurile în care sunt prezente leziuni non-carioase, obturațiile adezive sunt opțiunile cele mai bune. Grefa gingivală simplă sau încombinație cu obturația de compozit care restaurează partea coronară a leziunii non-carioase NCL este o alternativă bună, dar mai invazivă.

În anul 2002, apare o nouă tehnologie împotriva HSD bazată pe rolul pe care îl joacă saliva în mod natural în reducerea HSD. Componentele esențiale ale acestei tehnologii sunt arginina (un aminoacid încărcat pozitiv și polar la pH fiziologic) și un compus de calciu insolubil (ex. carbonat de calciu). Arginina este un aminoacid natural, care se găsește în mod natural în salivă. Este de asemenea compatibil cu fluorul. Ca majoritatea suprafețelor naturale, suprafața dintelui, inclusiv cea a dentinei, este încărcată negativ. La pH fiziologic în salivă, arginina interacționează cu calciul din carbonatul de calciu și aderă de pereții canaliculelor dentinare și de suprafața dentinei. Cu alte cuvinte, arginina ajută precipitarea ionilor de calciu și fosfat pentru a forma un strat bogat în calciu care obturează și sigilează deschiderea canaliculelor dentinare expuse. Precipitatul se constituie într-un scut protector al lichidului dentinar împotriva expunerii la stimuli externi. Studiile clinice au documentat faptul că o pastă de dinți cu 8% arginină, carbonat de calciu și 1450 ppm fluor este mai eficace în reducerea HSD în comparație cu o pastă de dinți cu fluor (Docimo et al. 2009, Docimo et al. 2009). O serie de studii clinice au documentat aplicarea directă a formulei de pastă de dinți cu 8% arginină, carbonat de calciu și 1450 ppm fluor pe suprafața dentară sensibilă oferă calmarea imediată a HSD. Aplicarea directă cu vârful degetului de către pacient sau cu aplicator de vată oferă îmbunătățire imediată, care a fost și menținută timp de 7 zile în studiu, prin periaj zilnic de două ori pe zi cu pasta de dinți ce conține arginină (Schiff et al. 2009). Pasta de dinți este destinată utilizării de două ori pe zi la domiciliu. Calmarea imediată este realizată atunci când pasta de dinți este aplicată direct cu vârful degetului pe suprafața sensibilă a dintelui și masată timp de 1 minut. Calmarea imediată apare atunci când zonele sensibile ale fiecărui dinte sunt periate de două ori pe zi.



În recomandările de mai jos sunt prezentate opțiunile de abordare în cazul pacienților cu hipersensibilitate dentinară.

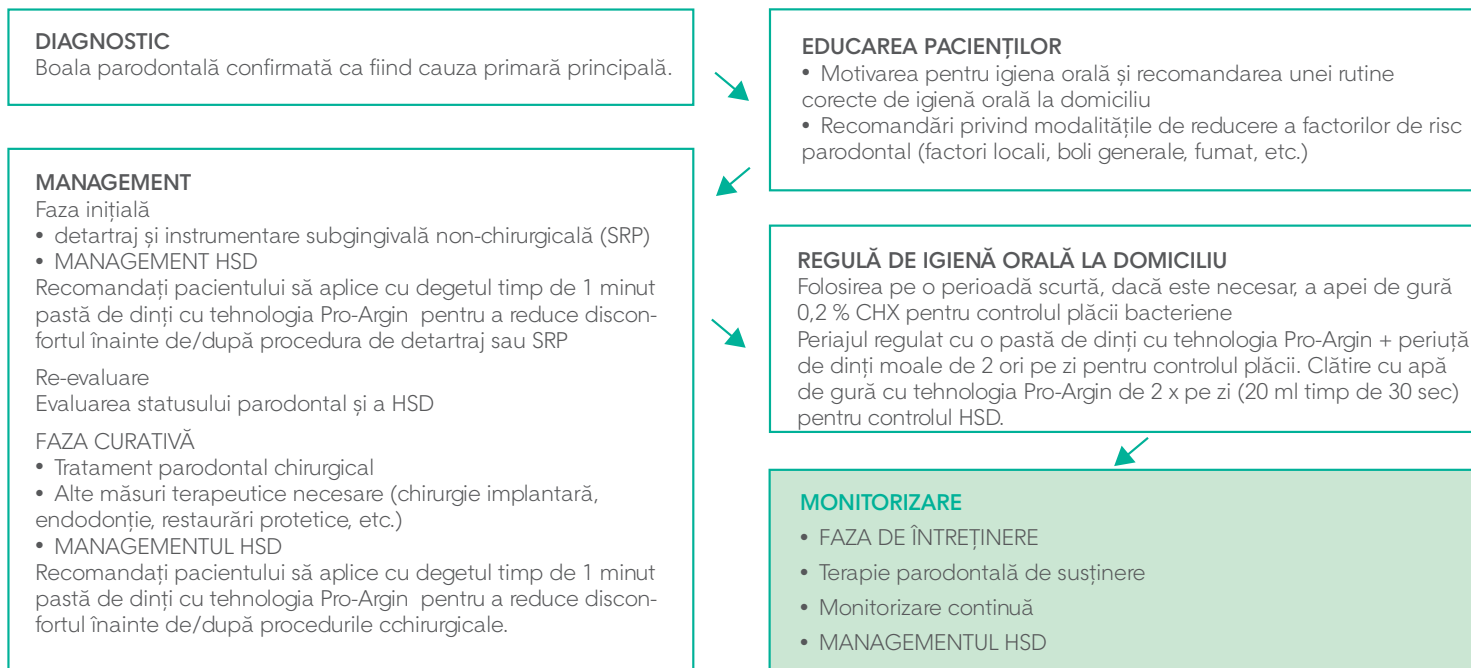
## Recomandări pentru pacientul cu HSD

### Îndepărtarea mecanică profesională a plăcii - model de comunicare cu pacientul!

Controlul zilnic al plăcii bacteriene este foarte important. Dacă placa bacteriană nu este îndepărtată în mod regulat, aceasta provoacă afecțiuni gingivo-parodontale, dar și carii dentare sau poate evolua în tartru. Parodontita și cariile sunt cele două cauze majore ale pierderii dinților la adulți. Prin igienizare profesională, se îndepărtează placa bacteriană și tartrul din șanțul gingival și din pungile parodontale, atunci când acestea sunt formate deja, în cazul pacienților cu afecțiuni parodontale. Aceasta ajută gingia să își înceteze degradarea și să se vindece la stadiul afecțiunii la care s-a ajuns, fără ca acesta să mai avanseze (în cazul pungilor aflate în prima fază, de punji false, chiar se poate produce vindecarea lor). O igienizare profesională regulată a dinților vă va oferi sănătate oro-dentară. De asemenea, vă îmbunătățește sănătatea generală și ajută la prevenirea bolilor gingivo-parodontale și a cariilor dentare. Cei mai mulți medici stomatologi recomandă o igienizare profesională a dinților la fiecare 6-12 luni pentru a reduce probabilitatea de progresie a afecțiunilor gingivo-parodontale. Îndepărtarea profesională a plăcii bacteriene și a tartrului durează în medie 30-60 de minute și se realizează în poziție culcată, în scaunul stomatologic confortabil. După procedură, în timp ce gingia se vindecă, este posibil să resimțiți un ușor disconfort în jurul dinților timp de câteva zile. Este normal să apară o oarecare inflamare a gingiei sau sângerări minore. În medie, durează între

5 și 7 zile pentru ca gingia să se vindece după o igienizare subgingivală. De asemenea, este posibil să aveți o sensibilitate crescută a dinților la rece, dulce, atingere cu periuța, băuturi sau alimente acide și la cald. Pentru a preveni sensibilitatea crescută a dinților după o igienizare profesională, medicul stomatolog va aplica un produs special sau un lac de protecție în zona dinților dinspre rădăcină. De obicei, se folosește un lac cu concentrație crescută de fluor, care întărește stratul exterior al dintelui și reduce hipersensibilitatea. După procedură, medicul stomatolog vă va recomanda, de asemenea, o pastă de dinți desensibilizantă (de exemplu, cu arginină 8 % și calciu) care să fie folosită acasă în locul pastei de dinți obișnuite. În caz de durere și disconfort, pentru calmarea instantanee a durerii, puteți masa suplimentar zona sensibilă cu vârful degetului cu pasta de dinți cu arginină 8% timp de 1 minut. Acest lucru, la fel ca și folosirea de produse cu concentrație crescută de fluor, va reduce disconfortul legat de sensibilitatea dentară. Medicul stomatolog vă poate da și alte sfaturi adjuvante pentru nevoile dumneavoastră individuale, inclusiv modificarea obiceiurilor de igienă orală zilnică sau a dietei.

#### Opțiunile de management al hipersensibilității dentinare după igienizare profesională sau tratament parodontal



## Recomandări pentru conduita pacientului după igienizare profesională

1. Nu consumați alimente și băuturi timp de o oră.
2. Dacă aveți anestezie locală, nu consumați alimente până când nu dispare senzația de amorțire.
3. Evitați alimentele care ar putea să păteze sau să decoloreze dinții timp de cel puțin 6 ore după igienizare. Urmați „dieta albă”. Evitați băuturile precum cafeaua, ceaiul, sucurile colorate și vinul, fructele de pădure (mure, afine, coacăze negre), anumite legume precum varza roșie, sfecla și sosul de roșii, precum și condimentele (curry, paprica, șofran, curcumă). Puteți bea apă.
4. Nu fumați timp de cel puțin 6 ore. Fumatul pătează dinții, așa că trebuie să evitați fumatul imediat după igienizare.
5. Evitați alimentele și băuturile acide: băuturile alcoolice și alimentele fierbinți și picante până la vindecarea gingiilor.
6. Mențineți o bună igienă orală zilnică. Folosiți o periuță de dinți moale și ață dentară.
7. Folosiți o pastă de dinți desensibilizantă pentru a reduce sensibilitatea dentară.

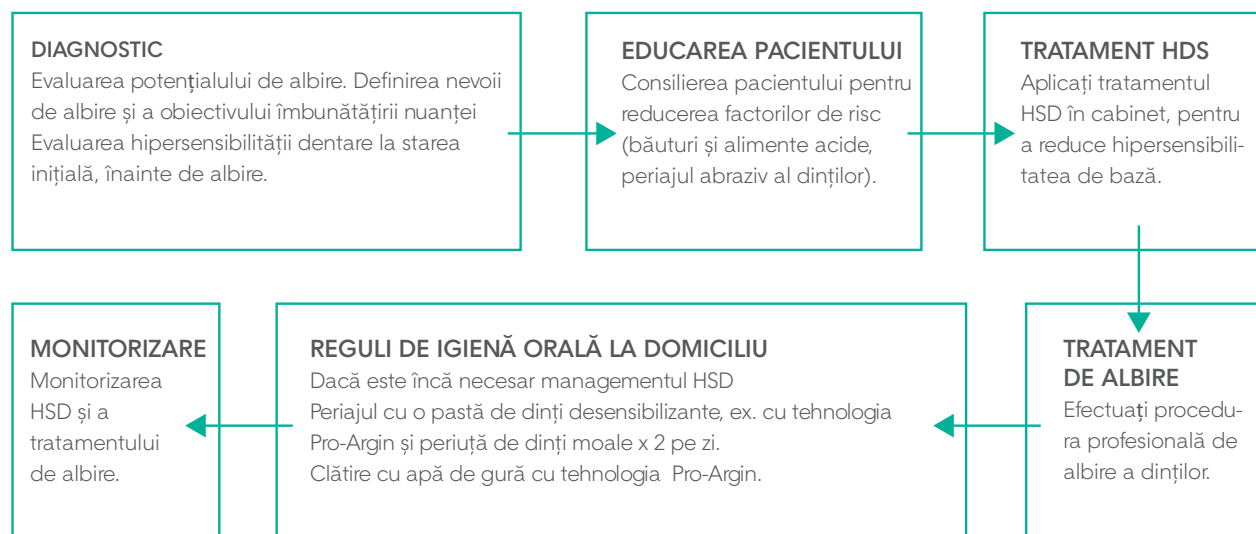
### Nu uitați:

1. Igienizarea profesională este o procedură sigură și minim invazivă.
2. Îndepărtarea profesională regulată a plăcii bacteriene și tartrului este recomandată la toate vârstele. Pentru prevenirea bolii parodontale și a cariilor dentare, aceasta trebuie efectuată la fiecare șase luni. La pacienții cu boală parodontală, trebuie efectuată la fiecare 3 luni sau conform recomandărilor medicului stomatolog.
3. Continuați acasă cu periaj dentar corect și obiceiuri corecte de igienă orală. Doar periajul curăță 60 % din suprafața dinților. Folosiți o pastă de dinți pentru dinții sensibili. Folosiți ață dentară sau o periuță interdentară pentru a curăța zonele dintre dinți.
4. Puteți să mergeți la igienizare profesională în siguranță și în timpul sarcinii. De fapt, este foarte recomandat, deoarece modificările hormonale pot crește inflamația gingiei.

## Albirea profesională - model de comunicare cu pacientul

Albirea dinților este o procedură dentară cosmetică, prin care nuanța dinților este deschisă și care vă face zâmbetul mai atractiv. Albirea profesională deschide culoarea naturală a dinților și elimină atât petele de suprafață, cât și pe cele profunde. Gradul de schimbare a culorii care apare în timpul albirii depinde de tipurile de pete prezente, de concentrația de peroxizi folosită, de perioada de contact cu dinții a produsului și de frecvența cu care se efectuează procedura. Produsele de albire pătrund în țesutul dur al dinților și îi pot face cu până la șase nuanțe mai luminoși. Această procedură utilizează agenți oxidanți, cum ar fi peroxidul de hidrogen sau peroxidul de carbamidă, pentru a lumina nuanța dintelui. Agentul oxidant pătrunde în porozitățile din structura cristalină a smalțului și oxidează depunerile de pete interprismatice. În decursul unei perioade de timp, stratul de dentină, aflat sub smalț, este de asemenea albit. Albirea nu este permanentă și, de obicei, trebuie repetată ocazional. Culoarea mai albă poate dura până la cinci ani. Depinde de diverși factori, cum ar fi fumatul, consumul de ceai și cafea și cât de multă atenție se acordă pentru a evita apariția de noi pete. Nu este neobișnuit ca dinții să devină ușor sensibili în timpul și după procesul de albire. Primul pas în pregătirea pentru procedura de albire a dinților este igienizarea lor profesională. O igienizare profesională face, de asemenea, ca dinții să pară mai albi, deoarece îndepărtează petele superficiale și pigmentările.

### Opțiuni de management al hipersensibilității dentare după albire profesională



## Recomandări pentru conduita pacientului după albirea profesională a dinților

1. Evitați alimentele și băuturile colorate timp de cel puțin 72 de ore după o albire profesională, deoarece acestea pot lăsa pete pe dinți. Evitați următoarele produse:
  - băuturi precum cafeaua, ceaiul, sucurile colorate și vinul roșu, fructe de pădure (mure, afine, coacăze negre),
  - anumite legume precum varza roșie, sfecla și sosul de roșii, și condimentele (curry, paprica, șofran).
2. Nu fumați timp de cel puțin 72 de ore, deoarece fumatul vă pătează dinții.
3. Evitați alimentele și băuturile acide.
4. Mențineți zilnic igiena orală. Folosiți o periută de dinți moale și ață dentară.
5. Folosiți o pastă de dinți desensibilizantă.

### **Nu uitați:**

Albirea profesională a dinților poate provoca hipersensibilitate dentinară temporară. Prin urmare, este important să urmați aceleași recomandări suplimentare ca și după procedurile de igienizare profesională.



## Studiu de caz - cu permisiunea Prof. Dr. Natalia Lewkowicz

### CAZUL 1.

#### Managementul HSD la un pacient parodontopat

Se prezintă un pacient de sex masculin, de 28 de ani, motivul prezentării: sângerare gingivală și halitoză. Pacientul este nefumător, cu istoric medical nerelevant. Pacientul raportează că, de când a observat sângerarea în timpul periajului, a început să folosească o periută extrasoft, încercând să evite contactul perilor periutei cu gingia în timpul periajului. Examenul parodontal a arătat scoruri ridicate ale indicelui de placă în întreaga gură (80%) și ale indicelui de sângerare la sondaj (70%), dar fără pierderi ale atașamentului gingival sau adâncime crescută la sondaj (PD).

Pacientul a fost diagnosticat cu gingivită generalizată indusă de acumularea plăcii bacteriene (Fig. 1).



Figura 1  
(Prof. Dr. Natalia Lewkowicz)

## Etiologie

Îndepărtarea mecanică profesională a plăcii bacteriene și debridarea subgingivală/SRP pot duce la HSD postoperatorie recurentă. Mai mult, țesutul gingival poate suferi retracție după SRP, lăsând suprafața rădăcinii expusă la stimuli. HSD tranzitorie, dar neplăcută, după îndepărtarea profesională a plăcii poate duce la împiedicarea manoperelor corecte de igienă orală personală și descurajează pacienții de la a apela la detartraj regulat.

## Prevenție

Nu este disponibil un protocol considerat "standardul de aur" pentru prevenirea sau managementul HSD după instrumentare non-chirurgicală subgingivală (cunoscută în trecut sub denumirea de SRP). De obicei, clinicienii aplică lacuri cu fluor și recomandă folosirea pastelor de dinți desensibilizante la domiciliu. O recenzie sistematică recentă a arătat că datorită calității limitate a dovezilor, nu există o concluzie definitivă despre eficacitatea agenților desensibilizanți asupra HSD după tratament parodontal non-chirurgical. Oricum, agenții desensibilizanți care obturează canaliculele au un potențial mai mare de calmare a HSD decât cei cu factori de inhibiție neuronală. În ciuda caracterului tranzitoriu al HSD după igienizare profesională, este important să oferim pacienților confort și calmarea durerii (de Oliveira 2020).

## Tratament

Pacientul a fost motivat pentru menținerea unei igiene orale mai bune, recomandându-i-se periajul de 2 ori pe zi cu periuța electrică și pastă de dinți cu fluor și folosirea aței dentare o dată pe zi. Îndepărtarea profesională a plăcii a fost efectuată în aceeași ședință și urmată de aplicarea de lac cu fluor. I s-a recomandat să nu consume alimente și lichide timp de 1 oră, să nu consume alimente și lichide închise la culoare până la sfârșitul zilei, pentru a evita colorarea dinților. În caz de HSD post-tratament, s-a recomandat pacientului să efectueze periaj de 2 ori pe zi cu o pastă de dinți desensibilizantă. La controlul de la 4 săptămâni, pacientul nu a raportat HSD și statusul parodontal s-a îmbunătățit remarcabil (Fig. 2).



Figura 2  
(Prof. Dr. Natalia Lewkowicz)

## CAZUL 2.

### Managementul HSD înainte și după procedura de albire profesională

O pacientă de sex feminin, cu vârsta de 34 de ani se prezintă la cabinetul stomatologic pentru procedura de albire dentară. A raportat sensibilitate dentară la stimul rece și faptul că a experimentat durere în timpul și după ultimul detartraj. A avut dietă vegană timp de 2 ani, consumând mai ales fructe și legume crude. În urma examenului clinic s-a constatat o igienă orală bună și o expunere minoră a dentinei în zona premolară, ce nu depășește 1 mm. Pacienta indică scorul 5 pe scala VAS la stimularea cu jet de aer rece a premolarilor și cere oprirea stimulului (scor 2 pe scala Schiff). Nicio altă patologie nu explică prezența durerii, deci pacienta a fost diagnosticată cu HSD.



Figura 3  
(Prof. Dr. Natalia Lewkowicz)

### Etiologie

Acizii dietari sunt asociați cu eroziuni ale smalțului care cresc riscul de hipersensibilitate dentinară, iar durata contactului cu acizii dietari poate fi componenta determinantă în procesul patologic al hipersensibilității dentinare (O'Toole S 2017). Frecvența crescută a acizilor dietari, în particular între mese, pare a fi un factor de risc predominant. De asemenea, obiceiul de a consuma băuturi acide cu înghițituri mici sau prin sorbire, clătire sau menținerea băuturilor acide în gură înainte de înghițire va crește riscul de progresie a afecțiunii. Sunt implicate de asemenea consumul de fructe pentru o perioadă prelungită la o singură masă și consumul acizilor dietari la temperature crescute. Adăugarea fructelor sau aromelor de fructe în băuturi și consumul regulat de oțet, murături și medicație acidă sau dulciuri/băuturi acide fără zahăr sunt potențiali factori de risc ascunși care trebuie discutați cu pacienții cu risc de progresie a eroziunilor acide.

## Prevenție

Pacientul a fost consiliat să reducă frecvența/durata zilnică de contact cu alimente și băuturi acide. Potențiali factori de risc care trebuie discutați cu pacienții includ obiceiul de a consuma băuturi acide cu înghițituri mici sau prin sorbire, clătire sau menținerea băuturilor acide în gură înainte de înghițire, adăugarea fructelor sau aromelor de fructe în băuturi și consumul regulat de oțet, murături și medicație acidă sau dulciuri/băuturi acide fără zahăr (O'Toole S 2018). În plus, periajul dentar direct după mese trebuie evitat, în special după mese cu acizi și carbohidrați, din cauza potențialului ridicat de abraziune a țesuturilor dure la pH scăzut.

## Tratament

Se efectuează în aceeași ședință detartrajul și se aplică un lac cu concentrație crescută de fluor. I se recomandă pacientei să folosească de două ori pe zi o pasta de dinți desensibilizantă. La ședința următoare, după o săptămână, se aplică o protecție fotopolimerizabilă pentru izolarea țesutului moale și se efectuează albirea folosind agent de decolorare peroxid de hidrogen 38% și diode laser de 940 nm. Deși pacienta nu raportează durere în timpul procedurii de albire, pentru a evita HSD post-albire, se aplică pentru 10 minute un gel sau lac cu concentrație crescută de fluor imediat după albire. Pacienta a primit recomandări să nu consume produse care pot păta dinții, cum ar fi cafea, ceai, tutun, vin roșu, anumite fructe și legume, pentru până la 48 de ore. Pacienta a fost instruită să se perie de două ori pe zi cu pasta de dinți cu arginină, pentru a evita HSD post-albire. La nevoie, aceeași pasta de dinți poate fi folosită prin masaj cu degetul pe zona sensibilă a dintelui timp de 1 minut pentru calmarea imediată a durerii. La control, după 7 zile, pacienta nu raportează nicio problemă particulară, iar HSD este diminuată (scor 2 pe scala VAS).



Figura 4  
(Prof. Dr. Natalia Lewkowicz)

### CAZUL 3.

#### Managementul HSD la un pacient cu retracție gingivală și leziuni cervicale non-carioase

Un bărbat de 31 de ani cu istoric medical nerelevant, nicio medicație administrată, nefumător, se prezintă cu motivul prezentării "dinții de sus prea lungi" și HSD la rece la dinții maxilari. Examenul clinic arată retracție gingivală generalizată de tip 1 după clasificarea Cairo fără pierdere interproximală de țesut, însoțită de pierdere severă de țesut dur dentar în zona cervicală, în special la maxilar (Fig. 8.). Deoarece pacientul nu era satisfăcut de nuanța gri a dinților, a efectuat periaj excesiv timp de câțiva ani (periaj orizontal cu forte mari, de 3-4 ori pe zi, cu periute medium - hard, cu paste de dinți pentru albire). Examenul clinic nu a arătat prezența altei patologii care să explice durerea la stimul rece. Pacientul indică un scor al durerii pe scala VAS 6 la stimularea cu aer rece și solicit oprirea stimulului (scor 2 pe scala Schiff).



Figura 5  
(Prof. Dr. Natalia Lewkowicz)

#### Etiologie

Periajul agresiv provoacă plasarea către apical a marginii gingivale și eroziuni intense ale smalțului, care duc la expunerea dentinei. Aceasta poate conduce la apariția HSD.

#### Prevenție

Pacientul a fost instruit în ceea ce privește tehnicile corecte de igienă orală. A fost recomandat periajul de 2 ori pe zi cu pasta de dinți cu agent desensibilizant, periuța soft și tehnica de periaj Stillman modificată.

#### Tratament

S-a efectuat îndepărtarea mecanică a plăcii bacteriene urmată de aplicarea unui lac cu fluor pe zonele de dentină expusă. Din cauza pierderii severe de țesut moale și dur, a fost nevoie de abordare combinată restaurativă și chirurgicală pentru a obține rezultate stabile pe termen lung. Procedura a fost planificată pe cadrane, începând cu cadranul al doilea. Pacientul a fost programat pentru reconstrucția părții coronare a țesutului dur cu rășină compozită și pentru restabilirea jonctiunii smalț-cement. O săptămână mai târziu, s-a efectuat o procedură chirurgicală corectivă cu lambou repoziționat coronar cu grefă de țesut conjunctiv. La controlul la 3 luni, pacientul a raportat rezolvarea completă a durerii în cadranul 2 (Fig. 6). Aceeași abordare a fost aplicată ulterior în cadranul 1.

## Sumar

Hipersensibilitatea dentinară este o problemă comună în cabinetul stomatologic. Din cauza etiologiei complexe, strategia de management trebuie să includă o analiză de caz comprehensivă, care să adreseze posibili factori de risc să se aleagă cele mai bune opțiuni pentru calmarea HSD. Agentul ideal pentru calmarea durerii de HSD trebuie să fie aplicat fără durere, non-iritant pentru pulpă, ușor de aplicat, rapid și cu rezultate pe termen lung, fără efecte adverse și cu cost convenabil. Tehnologia de ocluzie a canaliculelor dentinare apare în cele mai multe dintre soluțiile optime care pot fi utilizate atât profesional, după o procedură de igienizare profesională sau după o procedură profesională de albire, cât și la domiciliu.



Figura 6  
(Prof. Dr. Natalia Lewkowicz)

## Referințe

- Chabanski MB, Gillam DG, Bulman JS, Newman HN (1996) Prevalence of cervical dentine sensitivity in a population of patients referred to a specialist Periodontology Department. *J Clin Periodontol* 23:989–992
- Al-Sabbagh M, Beneduce C, Andreana S, Ciancio SG (2010) Incidence and time course of dentinal hypersensitivity after periodontal surgery. *Gen Dent* 58:e14–e19
- Swift EJ Jr, Ritter AV, Heymann HO, Sturdevant JR, Wilder AD Jr (2008) 36-month clinical evaluation of two adhesives and microhybrid resin composites in Class I restorations. *Am J Dent* 21(3):148–152
- Jorgensen MG, Carroll WB (2002) Incidence of tooth sensitivity after home whitening treatment. *J Am Dent Assoc* 133:1076–1082
- Poulsen S, Errboe M, Hovgaard O, Worthington HW (2001) Potassium nitrate toothpaste for dentine hypersensitivity. *Cochrane Database Syst Rev* (2):D001476
- Kakaboura A, Rahiotis C, Thomaidis S, Doukoudakis S (2005) Clinical effectiveness of two agents on the treatment of tooth cervical hypersensitivity. *Am J Dent* 18(4):291–295
- Ozen T, Orhan K, Avsever H, Tunca YM, Ulker AE, Akyol M (2009) Dentin hypersensitivity: a randomized clinical comparison of three different agents in a short-term treatment period. *Oper Dent* 34(1):392–398
- M.L. Hu, G. Zheng, J.M. Han, M. Yang, Y.D. Zhang, H. Lin, Effect of Lasers in Dentine Hypersensitivity: Evidence From a Meta-analysis, *J Evid Based Dent Pract.* 19 (2019) 115–130
- De Oliveira. Effect of desensitizing agents on dentin hypersensitivity after non-surgical periodontal therapy: A systematic review and meta-analysis. *J Dent* 2020.
- O'Toole S, Bartlett D. The relationship between dentine hypersensitivity, dietary acid intake and erosive tooth wear. *J Dent.* 2017 Dec;67:84-87. doi: 10.1016/j.jdent.2017.10.002. Epub 2017 Oct 7. PMID: 29017845.
- O'Toole S, Mullan F. The role of the diet in tooth wear. *Br Dent J.* 2018 Mar 9;224(5):379-383. doi: 10.1038/sj.bdj.2018.127. Epub 2018 Feb 23. PMID: 29471309.