

Patologia dinților:

Malformațiile congenitale. Leziunile carioase și necarioase ale țesuturilor dure dentare.

Patologia dinților:

Malformațiile congenitale. Leziunile carioase și necarioase ale țesuturilor dure dentare

Micropreparate:

№ 218. Pulpită cronică fibrozantă. (*Colorație H-E*). **Indicații:**

1. Creșterea țesutului conjunctiv la nivelul pulpei dentare.
2. Infiltrat celular inflamator (limfocite, macrofage, plasmocite, fibroblaști).

Pulpita cronică, histopatologic se caracterizează prin proliferarea țesutului de granulație cu infiltrare limfo-plasmocitară. Exudatul purulent este eliberat prin pierderea dentinei înmuiate carioase, transformând pulpita acută supurativă în pulpita ulcerativă cronică. Clinic, dintele afectat prezintă o cavitate mare cu expunere largă a pulpei. Deși pulpa este expusă, durerea este de obicei absentă. Impactul alimentelor în cavitatea mare poate induce rapid durerea, dar poate fi rezolvată prin îndepărtarea lor. Răzuirea suprafeței ulcerative cu instrumente dentare induce dureri severe și sângerări.

Influența continuă a stimulilor poate induce proliferarea polipoidă a țesutului de granulație rezultând pulpită hiperplazică cronică (cunoscută și sub denumirea de „polip pulpar”) a dentiției permanente sau temporare la adulții tineri cu viabilitate tisulară ridicată și aport sangvin adecvat dintr-un foramen apical larg. Polipul pulpar constă din exsudat fibrino-purulent la suprafață, țesut de granulație imatur și țesut conjunctiv fibros în porțiunile mai profunde. Poate fi tapetat de epiteliu scuamos de originea mucoasei bucale.

Inflamația seroasă sau supurativă ușoară apare în țesutul pulpar acoperit de dentină sănătoasă, rezultând pulpită cronică închisă. Durerea și alte simptome sunt mai ușoare decât în pulpita acută.

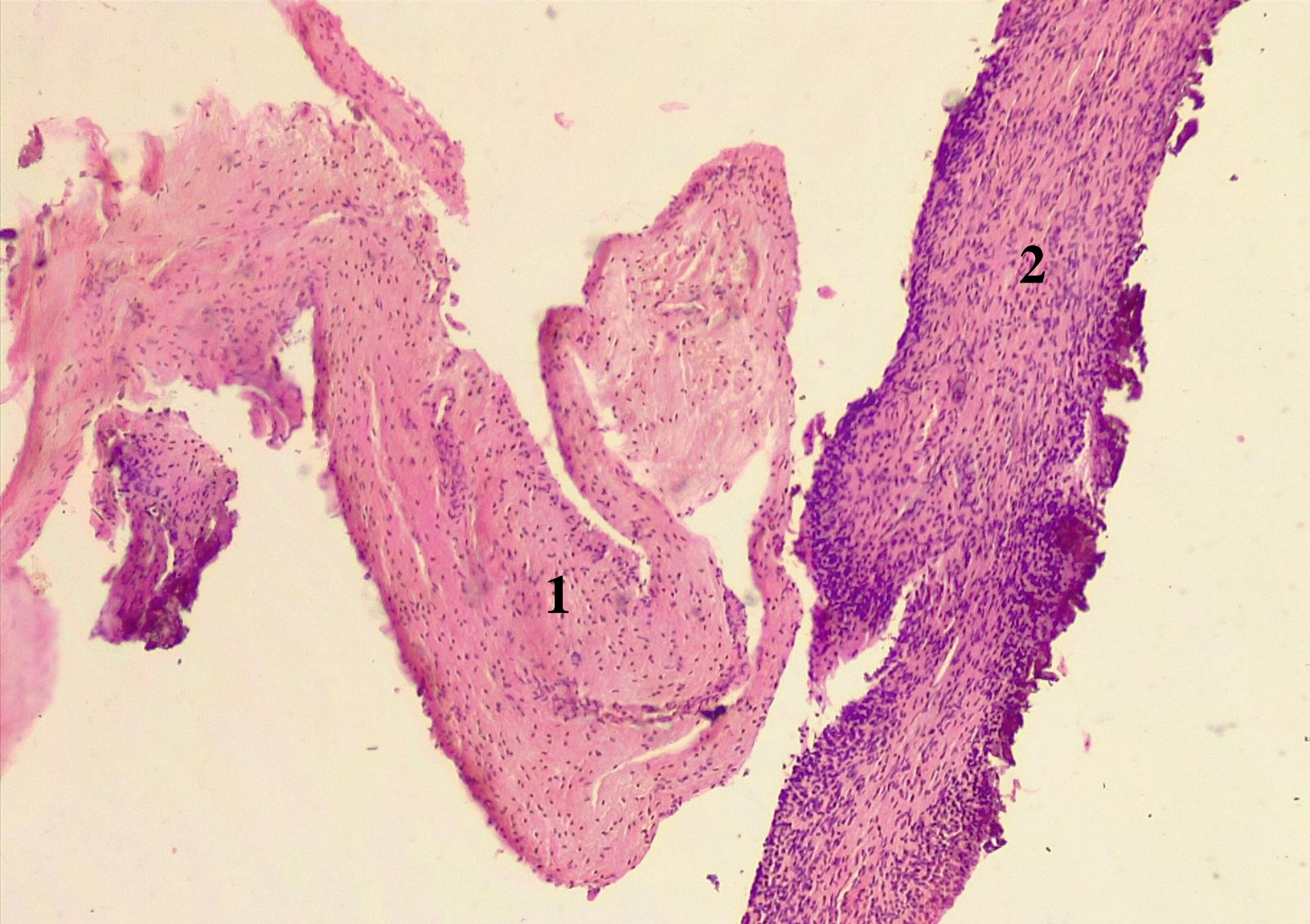
№ 221. Periodontită cronică granulantă. (Colorație H-E). Indicații:

1. Țesut de granulație la nivelul periodontului.
2. Infiltrat leucocitar.

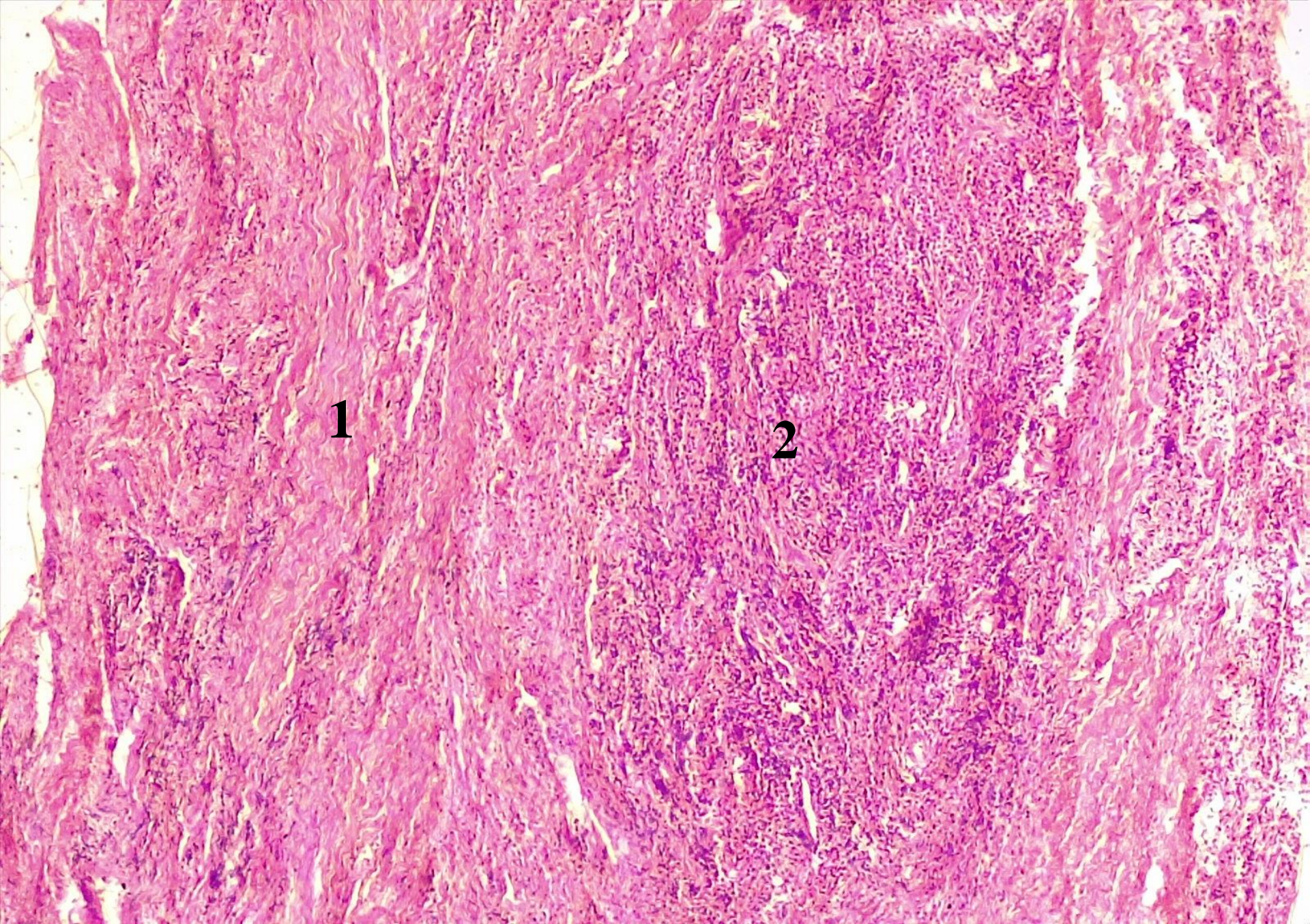
Periodontita cronică este cea mai frecventă boală periodontală la adulți. Principalul agent patogen cauzal fiind *Porphyromonas gingivalis*. Condiția patologică se caracterizează prin pierderea atașamentului țesutului conjunctiv, distrugerea osului alveolar și formarea a unui buzunar adevărat cauzat de acțiunea bacteriană. În buzunarul periodontal, pe suprafața rădăcinii se determină depunerea plăcilor și a calculilor.

Din punct de vedere clinic, se dezvoltă resorbția osoasă alveolară și crește mobilitatea dinților datorită distrugerii țesuturilor periodontale adițional apar semne de gingivită. Datorită pierderii osoase alveolare, treptat se dezvoltă recesiunea gingivală și expunerea rădăcinii, cu creșterea mobilității și mișcării dinților. Periodontita netratată duce în cele din urmă la pierderea dinților.

Manifestările morfologice din țesuturile gingivale sunt similare cu cele din gingivită. Ulterior, inflamația se extinde dincolo de fibrele crestei alveolare și se răspândește în ligamentul periodontal și osul alveolar, ducând la pierderea atașamentului și, respectiv, la distrugerea oaselor. Hiperemia, edemul și distrugerea fibrelor de colagen sunt proeminente. În cazurile avansate, sunt evidente pierderea marcată a atașamentului și resorbția osoasă cu multe osteoclaste.



№ 218. Pulpită cronică fibrozantă. (Colorație H-E).



№ 221. Periodontită cronică granulantă. (Colorație H-E).

Anomalii de dezvoltare ale dinților

Reprezintă abateri morfologice de la dentiția normală. Ele pot interesa un singur dinte sau un grup dentar și sunt prezente în momentul erupției, pot interesa atât dentiția temporară, cât și cea permanentă.

Factorii favorizanți în producerea acestor anomalii sunt:

- genetici
- virusuri
- tulburări endocrine
- intoxicații
- carențe alimentare.

Anomaliile de dezvoltare ale dinților pot fi:

- a. de număr
- a. de volum
- a. de formă
- a. de structură
- a. de culoare

Anomaliile de număr

Anodonția – lipsa dinților de pe arcadă, datorită absenței congenitale a mugurilor dentari. Poate interesa fie dinții temporari, fie cei permanenți, fie simultan ambele categorii.

Anodonția totală – sunt interesați mugurii tuturor dinților. Este rara întâlnită și se asociază de obicei cu displazie ectodermală.

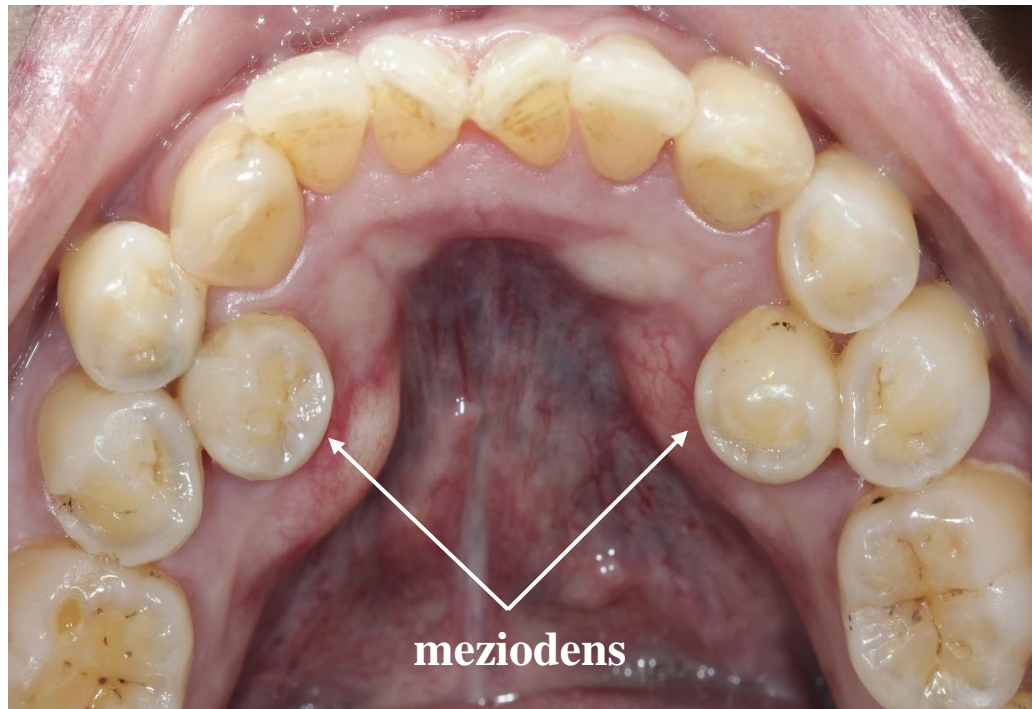
Anodonția parțială – hipodonția – lipsa a mai puțin de 5 muguri dentari sau oligodonția – lipsa a mai mult de 5 muguri dentari – este o formă mai des întâlnită, în special la femei, în general sunt interesați ultimii dinți din fiecare grup dentar: incisivii laterali, premolari 2 și ultimii molari.



Anomalii de număr

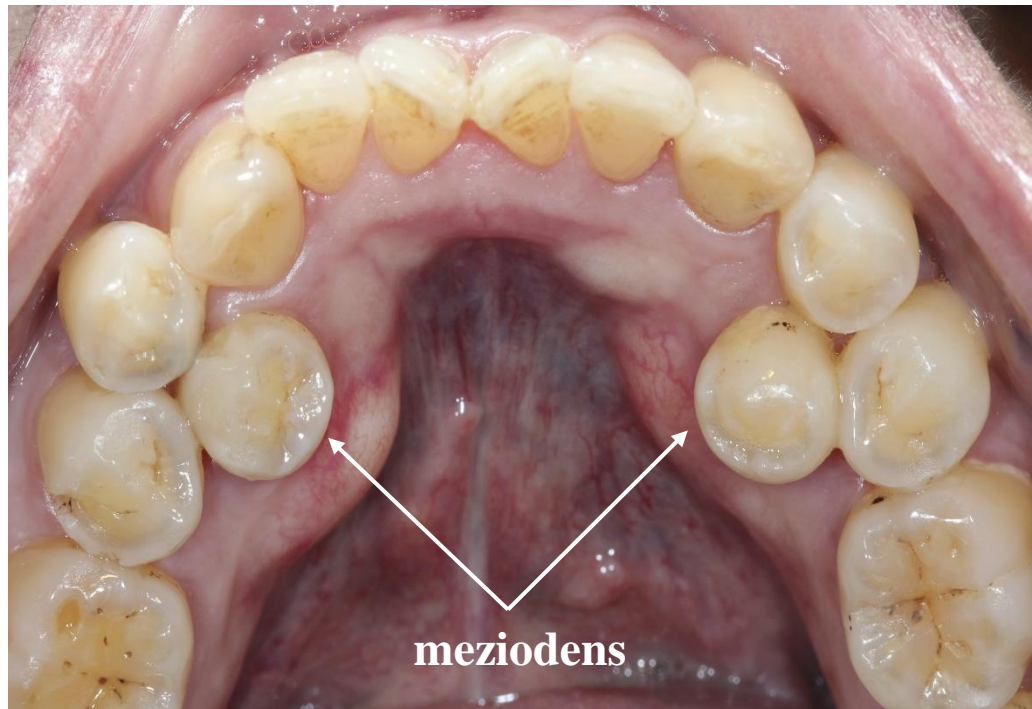
Hiperdontii – interesează mai ales dentiția permanentă, se formează unul sau mai mulți dinți supranumerari, datorită dezvoltării unui număr mai mare de muguri dentari. Afectează mai ales regiunea maxilară anterioară, fiind mai frecvent întâlnită la sexul masculin.

Forma cea mai frecventă a dintelui supranumerar este meziodens, localizat pe linia mediană, între cei doi incisivi centrali superiori, permanenți, poate fi unic sau pereche.



Anomalii de număr

Meziodens determină incluziuni dentare – persistența unui dinte intraosos sau submucos, după perioada sa normală de erupție, având evoluție morfologică terminată și sacul pericoronar integru. După îndepărtarea chirurgicală a dintelui supranumerar, dintele inclus va erupe. După erupție, dinții supranumerari pot fi situați normal pe arcadă sau în afara acesteia, pot rămâne incluși sau prin prezența lor pot împiedica erupția dinților normali.



Anomalii de volum

Macrodonția – formarea unor dinți de dimensiuni mai mari. Se asociază de obicei cu hiperdonția. *Macrodonția generalizată adevărată* apare în gigantism. *Macrodonția generalizată relativă* apare atunci când dimensiunile dinților nu concordă cu dezvoltarea arcadelor.

Macrodonția focală (taurodonția) – este interesat un singur dinte, anomalia localizându-se cel mai frecvent la nivelul celui de-al treilea molar inferior, incisivii centrali și caninul superior.



Anomalii de volum

Microdonția – dezvoltarea unor dinți de dimensiuni mai mici. Se poate prezenta sub forma *microdonției generalizate adevărate*, când sunt interesați toți dinții fără anomalii de formă, poate apărea în sindromul Down. În *microdonția generalizată relativă* – arcadele dentare sunt mai mari, dinții sunt cu puțin mai mici decât în mod obișnuit, dar dau un aspect de microdonție.

Microdonția focală – este cea mai frecventă și interesează incisivii laterali și molarii de minte. Uneori doar coroana are dimensiuni mai mici, iar rădăcinile au dimensiuni foarte mari. De obicei se asociază cu hipodonția.



Diffuse microdontia. Dentition in which the teeth are smaller than normal and widely spaced within the arch.



Isolated microdontia (peg shaped lateral).

Anomalii de formă

Geminația – apare ca urmare a clivării mugurelui dentar în timpul odontogenezei. Dintele geminat este format din două componente egale sau inegale și are o singură cameră pulpară. Numărul dinților rămâne același cu cel normal, dacă fiecare din dintele geminat este numărat o singură dată.



Anomalii de formă

Fuziunea – constă în alipirea a doi muguri dentari adiacenți, astfel încât la numărul total al dinților unul lipsește. Cei doi dinți fuzionați au două camere pulpare separate și sunt uniți în totalitate la nivelul coroanei sau radicular. Gemiția și fuziunea pot interesa atât dentiția temporară cât și cea permanentă, fiind mai frecvent localizate la nivelul regiunii anterioare a maxilarului



Anomalii de formă

Concrescența – unirea a doi dinți, la nivelul rădăcinelor adiacente, prin proliferarea cementului radicular.

Perlele de smalț (smalț ectopic) – sunt mase rotunde, mici, constituite din smalț și dispuse la joncțiunea smalț-cement sau în zona de bifurcație a rădăcinilor molarilor.

Dilacerarea – distorsiunea a rădăcinilor sau coroanei dentare, care se datorează unor factori mecanici, ce acționează în timpul odontogenezei.

Rădăcinile supranumerare – dezvoltarea unui număr mai mare de rădăcini, comparativ cu aspectul normal al dintelui respectiv. Afectează premolarii inferiori și superiori, dar și caninii inferiori. Dintre molari, mai des este afectat molar de minte inferior. Prezența unor rădăcini supranumerare poate crea probleme în timpul extracțiilor (fractură radiculară) sau în timpul tratamentelor endodontice (când rădăcina supranumerară nu este observată pe radiografie).

Anomalii de structură

Se poate produce de-a lungul a două perioade formative.

- 1. Perioada de formare a matricilor organice (hipoplazii dentare)**
- 2. Perioada de mineralizare (displazii dentare)**

În perioada prenatală - în producerea anomaliilor de structură pot interveni numai unele boli grave ale mamei: sifilisul sau rubeola din primele două luni de sarcină, care afectează geneza dinților temporari.

După naștere – factorii etiologici sunt:

- rahitismul
- dispepsiile
- bolile infecto-contagioase
- endocrinopatii
- intoxicația cronică cu fluor
- tratamentul cu antibiotice (tetraciclina)

Anomalii de structură ale smalțului

1. Anomaliile genetice ale smalțului – amelogeneza imperfectă (colorație cafenie a smalțului).

Reprezintă un grup de boli cu caracter ereditar, care interesează ambele dentiții și care afectează procesul de formare a smalțului în cele trei etape ale sale:

- elaborarea de matrice organică
- mineralizarea matricei
- maturarea smalțului

Defectele ereditare ale smalțului se clasifică în 3 categorii:

- hipoplazice
- hipocalcificare
- hipomaturare

Anomalii de structură ale smalțului

Defectele ereditare *hipoplazice* ale smalțului:

- lipsa de formare a matricei, difuză sau focală, parțială sau completă
- agenezia de smalț, cu apariția pe suprafața bucală a dinților a mici depresiuni colorate, ca “acul de gămălie”, dispuse în șiruri și coloane, între care apar zone cu smalț normal format, mineralizat și colorat.



Hypoplastic Pitted
Amelogenesis Imperfecta



Anomalii de structură ale smalțului

Defectele ereditare *de hipocalcificare* ale smalțului:

- se formează matricea smalțului, dar există o tulburare de mineralizare, dintele fiind normal la erupere, dar cu smalțul foarte moale, care se îndepărtează ușor, cu timpul dispărând complet.



© 2000 Georg Thieme Verlag

Hypocalcified Amelogenesis Imperfecta

Anomalii de structură ale smalțului

Defectele ereditare *de hipomaturare* ale smalțului:

- se caracterizează prin formarea matricei smalțului și începe mineralizarea, dar există un defect în formarea prismelor smalțului, forma dintelui este normală, dar smalțul prezintă modificări de culoare galben-brune, este mai moale și are tendință de a se sfărâma de pe suprafața dentinei.



© 2000 Georg Thieme Verlag

Hypomature Amelogenesis Imperfecta

Anomalii de structură ale smalțului

2. Anomaliile smalțului datorate factorilor de mediu:

- hipoplazii – constau în lipsa smalțului sub forma unor cavități, șanțuri sau zone extinse
- opacități difuze - în care smalțul are grosimea normală, dar este mult mai opac, cu limite indistincte față de smalțul normal
- opacități focale – opacități ale smalțului, net delimitate de smalțul normal.

În zona cu opacitate crescută, smalțul poate avea culoare albă, galbenă sau brună.

Aceste anomalii sunt frecvente întâlnite la copii, fiind de obicei bilaterale, simetrice și localizate preferențial la anumiți dinți, în funcție de perioada de amelogeneză care este afectată.

Anomalii de structură ale smalțului

2. Anomaliile smalțului datorate factorilor de mediu:

Hipoplazia Turner – afectează dentiția permanentă, poate fi datorată unei boli inflamatorii periapicale sau ca o consecință traumatismului local (leziunile fiind localizate la nivelul incisivilor centrali maxilari).



Anomalii de structură ale smalțului

2. Anomaliile smalțului datorate factorilor de mediu:

- **Hipoplazia produsă de tratamentul oncologic** – se dezvoltă la copii tratați pentru diferite tumori maligne, prin chimio-și radioterapie.
- **Fluoroza dentară** – este produsă de creșterea cantității de fluoruri ingerate cu efect asupra dezvoltării smalțului, cu formare de smalț hipomineralizat, opac, cu decolorări galbene și brune, mai rar cu hipoplazii, bilaterale și simetrice.



Anomalii de structură ale smalțului

2. Anomaliile smalțului datorate factorilor de mediu:

- **Hipoplazia sifilitică (dinți Hutchinson)** – apare ca consecință a sifilisului congenital. Modificări apar la nivelul incisivilor centrali superiori permanenți, care prezintă modificarea dimensiunii coronare sau modificarea formei (coroana având formă de “butoiaș” cu marginea incizală mai îngustă în raport cu zona coletului). La nivelul molarilor suprafața ocluzală prezintă numeroase proiecții rotunde, ceea ce face ca aspectul molarilor să fie de “dudă”

HUTCHINSON'S TEETH



MULBERRY MOLARS



Anomalii dentinei

Categoria dentinogenezilor imperfecte interesează ambele dentiții și se caracterizează prin transmitere ereditară a anomaliilor odontoblaștilor, producând modificarea structurii dentinei.

Se descriu trei forme clinice:

1. Displazia Capdepont

2. Aplazia dentinei

3. Melanodentiția Beltram

Anomalii dentinei

Displazia Capdepont (dentină opalescentă ereditară) – dinți mici și globuloși, cu rădăcini scurte și subțiri, cu aspect de “cui”. Foarte repede după erupție, smalțul se detașează de pe suprafața dentinară, dinții părând a fi șlefuiți pentru coroane de înveliș, ajungând apoi la resturi radiculare brune sau negre. Depunerea anormală de dentină umple camera pulpară și canalul radicular, ceea ce explică lipsa de sensibilitate a acestor dinți la excitanți externi.



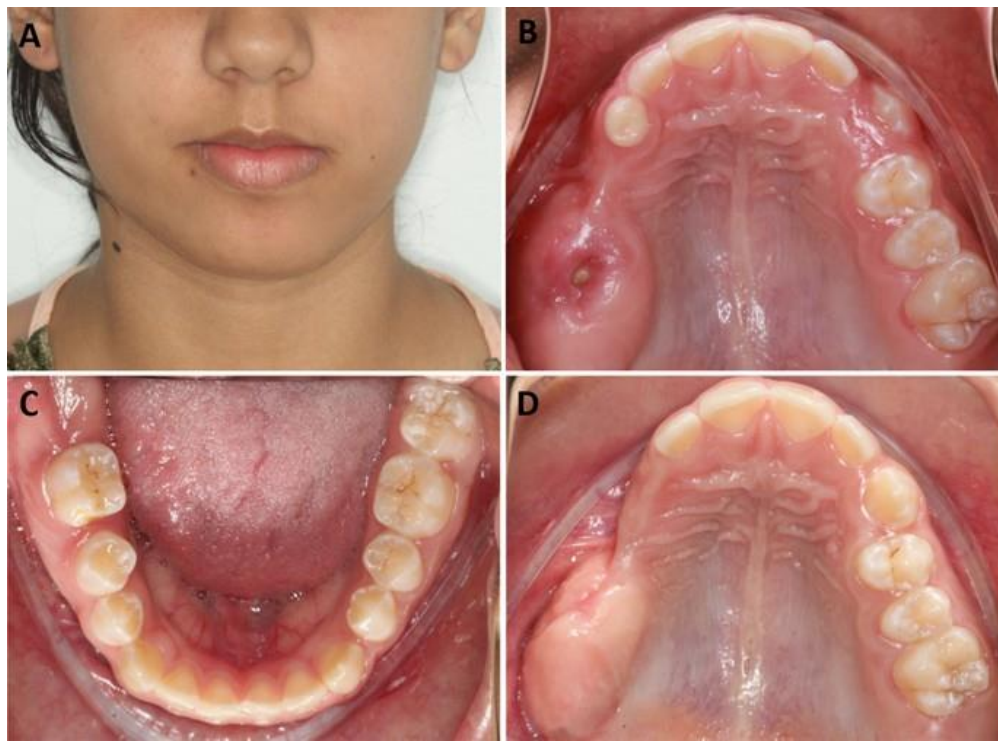
Anomalii dentinei

Aplazia dentinei (dintele decorticat sau dintele coajă) – se caracterizează prin prezența unui strat dentinar subțire și a unei camere pulpare voluminoase, ocupată de o pulpă formată din țesut conjunctiv fibros, rădăcina dintelui fiind scurtă.

Melanodontia infantilă – interesează dinții temporari, cu localizare pe frontalii superiori, care imediat după erupție au aspect normal, dar ulterior sunt acoperiți cu pete murdare ce se extind pe suprafață și în profunzime. Smalțul se desprinde cu ușurință și lasă suprafața dentinară descoperită, iar dintele se reduce la dimensiunea unui bont negru, având camera pulpară și canalul radicular umplute cu dentină secundară.

Anomalii complexe de structură

Odontodisplazia regională (dinte fantomă) – reprezintă o tulburare de dezvoltare complexă a dinților, localizată și neereditară, cu afectarea formării smalțului, dentinei și a cementului. Cea mai frecventă cauză este reducerea aportului sangvin (malformații vasculare). Afectează mai des dinții anteriori ai regiunii maxilare. De cele mai multe ori dinții nu erup iar dacă erupția s-a produs, dinții au o coroană mică, neregulată, galben – brună, cu dentină și smalț foarte subțire și camera pulpară mult lărgită, foramenul apical larg deschis, ceea ce produce radiologic aspectul de dinte “fantomă”



Leziuni dobândite ale dinților și parodonțiului

Abraziunea – este uzura patologică a dinților, care se produce în urma unui obicei vicios, numit bruxism, manifestat inconștient în timpul somnului (bruxism nocturn) sau în stare de veghe (bruxism diurn) printr-un contact excesiv al suprafețelor ocluzale, cu sau fără frecare interdentală (scrâșnitul dinților).



Leziuni dobândite ale dinților și parodonțiului

Eroziunea dentară – se manifestă prin pierderi de substanță, care interesează smalțul, putând fi uni- sau multifocală. Interesează mai ales coletul dinților frontali, fețe vestibulare și orale. Se datorează acțiunii acizilor, care provin din diferite alimente.

Pigmentarea dobândită a dinților – este produsă fie de factori extrinseci (bacterii cromogene, nicotină, tratament cu tetraciclină) fie unor intrinseci (necroza și gangrena pulpară)

Caria dentară

- Caria este cea mai răspândită boală cronică a țesuturilor calcificate ale dinților, care afectează atât ambele sexe, cât și fiecare grup de vârstă.
- Reprezintă un proces distructiv al țesuturilor dentare (smalț dentină și cement), cronic și ireversibil, care are drept consecință dezvoltarea unei cavități carioase.
- Incidența sa a crescut semnificativ odată cu modernizarea civilizației.

Caria dentară

- Dinții maxilarului superior sunt afectați cel mai frecvent:
 - primii molari,
 - molarii secunzi,
 - premolarii și incisivii superiori,
 - caninii.

Caria dentară, factori etiologici

- Bacterii
- Salivă
- Factorii alimentari
- Fluorul

Alți factori:

- starea generală a organismului,
- predispoziție genetică,
- vârstă,
- Tulburarea metabolismului mineral și carbohidraților,
- malnutriție, avitaminoza.

Caria dentară, factori etiologici

- Suprafețele dinților sunt colonizate în mod normal de multe microorganisme.
- Cu excepția cazului în care suprafața este curățată minuțios și frecvent, coloniile bacteriene formează o masă cunoscută sub numele de placă dentară.
- Streptococcul mutans și lactobacilul dar și alte microorganisme acidogene care produc acizi responsabili de demineralizarea smalțului și dentinei.

Caria dentară, factori etiologici

- În mod normal, saliva neutralizează acizii produși de microbi în cavitatea bucală.
- Conține factori bacteriostatici (lizozimă, lactoferină, lactoperoxidaza și imunoglobuline secretoare).
- Xerostomia (uscăciunea gurii) duce la apariția cariilor.

Caria dentară, factori etiologici

- Unul dintre cei mai importanți factori în patogeniza cariilor este o dietă bogată în carbohidrați.
- Alimentele crude și nerafinate curăță dinții prin necesitatea masticației prelungite
- Alimentele moi și rafinate tind să se lipească de dinți și nu necesită masticație prelungită

Carii dentare, clasificare: ICD-10

K02	Dental caries
K02.0	Caria limitată la smalț
K02.1	Caria dentinei
K02.2	Caria cementului
K02.3	Caria dentara stabilizată
K02.4	Odontoclazia
K02.8	Alte carii dentare
K02.9	Carie dentara, nespecificata.

Caria dentară, clasificare anatomică

- Caria smalțului
- Caria dentinei
- Caria cementului

Caria dentară, clasificarea clinico-topografică

- Inițială (pata albă, pigmentată) - macula carioasă.
- Caria superficială - defect în smalt.
- Caria medie - leziunea se extinde dincolo de joncțiunea smalț-dentină și este localizată în straturile superficiale ale dentinei.
- Caria profundă - leziunea straturilor profunde ale dentinei (1,5 mm sau mai puțin din stratul de dentină rămâne intact).

Caria dentară, Caracteristică morfologică:

- Inițială (pata albă, pigmentată) - macula carioasă.

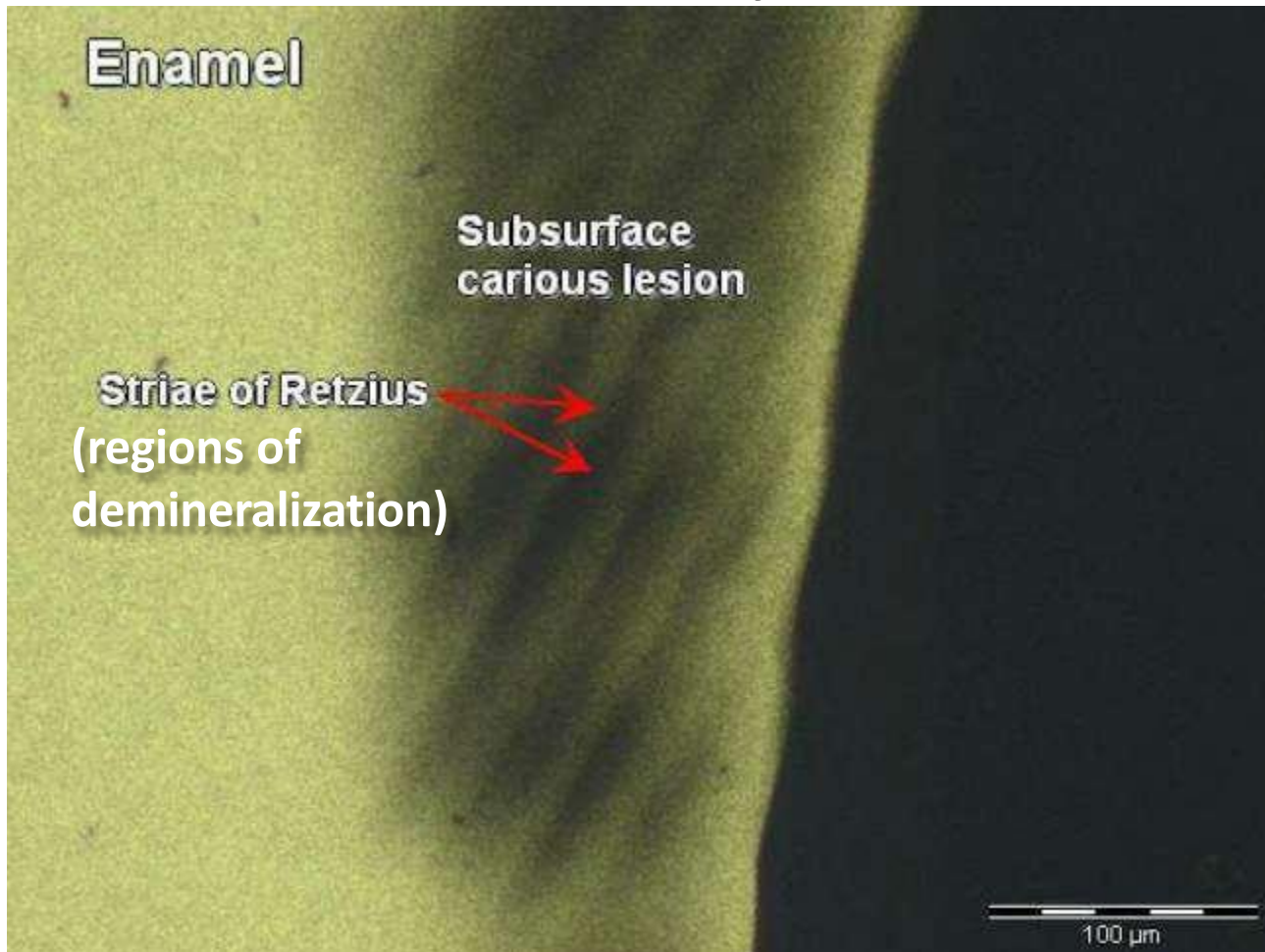


Caria dentară, Caracteristică morfologică:

- Inițial (pata albă, pigmentată) - macula carioasă, se caracterizează prin demineralizarea stratului superficial de smalț, fără formarea unui defect în formă de cavitate.
- maculă albicioasă sau întunecată, opacă, cu chenare precise



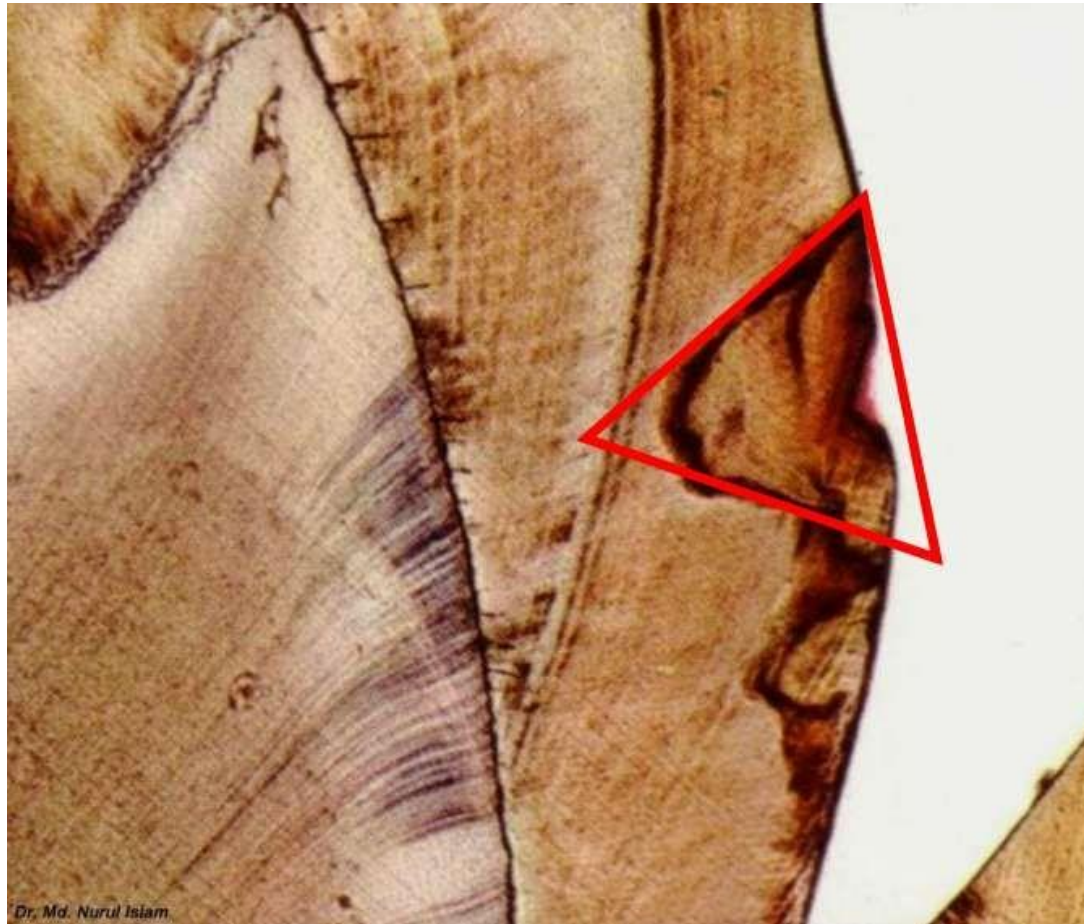
Caria inițială



Caria superficială

- se caracterizează prin demineralizarea întregului strat de smalț cu formarea unui defect în formă de cavitate în smalț.
- Dezorientarea cristalelor de hidroxiapatită, schimbarea formei lor. Defectul se localizează la nivelul joncțiunii smalț-dentină
- Nu sunt observate modificări ale pulpei.

Caria superficială



Caria medie

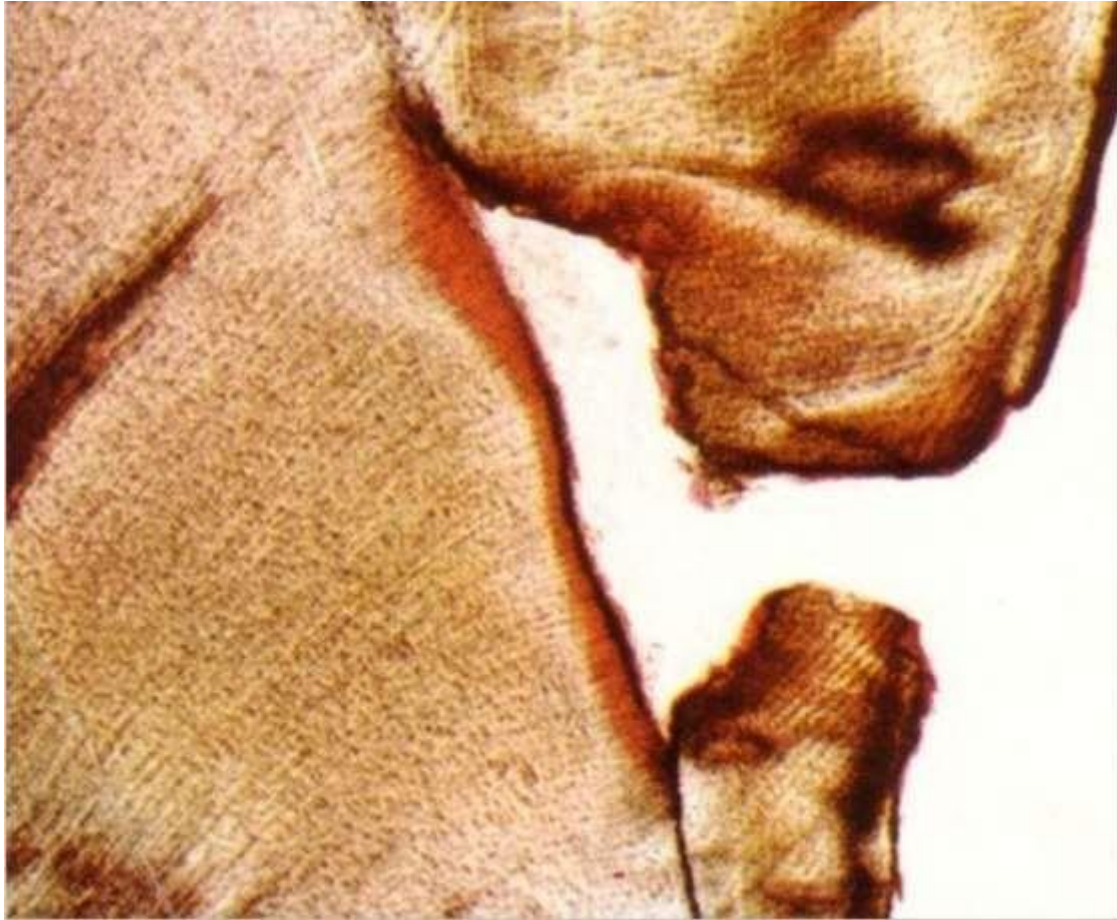
- se caracterizează prin demineralizarea smalțului și un strat de mantie a dentinei cu formare de defecte în interiorul mantiei dentinei sub formă de cavitate.

Caria medie

- se caracterizează prin demineralizarea smalțului a dentinei cu formare de defecte în interiorul ei.



Caria medie



Caria medie

Din punct de vedere microscopic, se observă 4 straturi:

1. Stratul superficial constituit din microbi, resturi alimentare și dentină necrozantă
2. Stratul de dentină infectată de flora microbiană;
3. Stratul de scleroză dentinară (care are rolul de a opri invazia canaliculară a florei microbiene, constituit din canalicule îngustate sau obliterate printr-un proces de hipermineralizare;
4. Stratul de dentină reacțională (constituit din țesut dentinar nou format, care se depune în camera pulpară, producând îngustarea și deformarea acesteia)

Caria medie

Stratul de scleroză dentinară și stratul de dentină reacțională constituie o barieră care întârzie dezvoltarea procesului carios.

Caria dentară însă nu are tendință de oprire în evoluție, ci se complică cu leziuni secundare ale pulpei și paradonțului apical.

Caria profundă

Trei zone caracteristice:

1. Dezintegrare și demineralizare;
2. Zona subțire a dentinei intacte (uneori lipsește);
3. Modificări ale pulpei.

Caria profundă



Caria profundă



Caria profundă



Caria dentară, complicații

Distrugerea smalțului și a dentinei permite bacteriilor să intre în pulpă și să se extindă în os la nivelul apical al dintelui. Complicații tipice:

- **Pulpită acută:** infecție în cavitatea centrală a dintelui.
- **Abcesul apical:**
- **Granulom periapical:**
- **Chist radicular:**

Pulpita

- **Pulpita** este inflamația țesutului pulpei dentare.
- Etiologia:
 - infecție datorată cariilor dentare care pătrund prin smalț și dentină;
 - (foarte rară) infecție datorată diseminării limfo- sau hematogene
 - trauma;
 - iritarea chimică;
 - modificări termice.

Pulpita

- Clasificarea clinică:
 - acută (seroasă, purulentă focală, purulentă difuză);
 - cronică (gangrenoasă, granulată, fibroasă);
 - cronică în acutizare (activă).
- După localizare:
 - la nivelul coroanei;
 - la nivelul rădăcinei;
 - totală.

Pulpita acută

- **Pulpita seroasă:** pulpa este tumefiată, hiperemică, cu ușoară infiltrare leucocitară (neutrofilică), hemoragie, modificări degenerative ușoare în celulele nervoase.
- **Pulpita purulentă focală:** infiltrare leucocitară marcată (neutrofilică), cu formarea cavității umplute cu puroi (abces).
- **Pulpita purulentă difuză:** exsudatul umple atât pulpa coroanei cât și a rădăcinii (flegmonul).

În caz de distrugere carioasă, infecția anaerobă poate pătrunde în pulpă și se dezvoltă **gangrena:**

Macroscopic, pulpa este gri negricioasă cu miros putrid. Microscopic, pulpa este fără structură, conține uneori acizi grași și microbi.

Pulpita acută



Pulpita cronică

Uneori se dezvoltă independent, dar poate rezulta din pulpita acută.

- **Pulpita** gangrenoasă poate apărea în urma pulpitei acute după distrugerea parțială a pulpei.
- **Granulată (hipertrofică)** se caracterizează printr-o inflamație cronică proliferativă. Cavitatea dentară este înlocuită de țesut de granulație, care poate ieși din cavitatea carioasă. În astfel de cazuri, se formează polipul pulpei. Poate exista o resorbție lacunară a dentinei. Maturarea țesutului de granulație duce la scleroză; petrificarea duce la formarea denticulelor.
- **Pulpita fibroasă** - cea mai mare parte a cavității dentare este umplută cu țesut conjunctiv cu infiltrare limfoplasmocitară. Apoi se dezvoltă hialinoza, se formează denticulele.

Pulpita cronică, polip pulpar

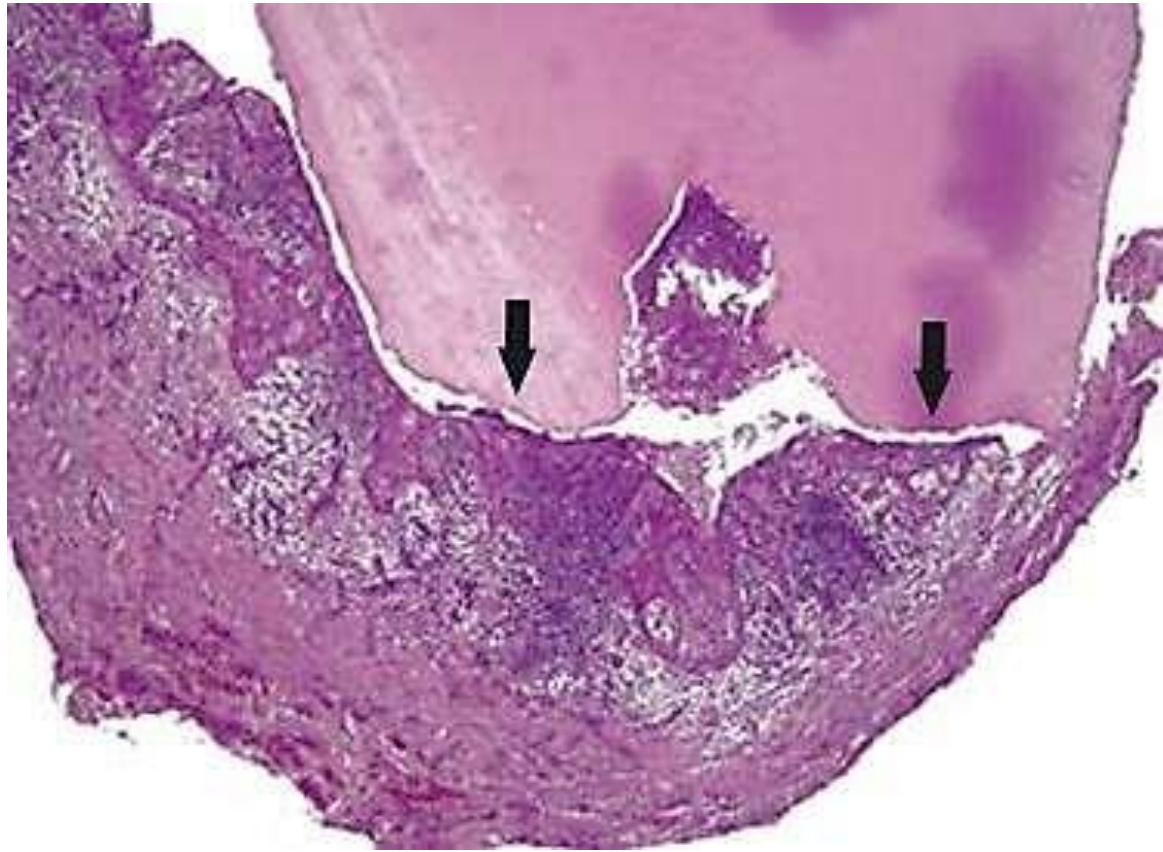


Pulpita, complicații

- **Granulomul apical (sau periapical)**, cea mai frecventă sechelă a pulpitei, este țesutul de granulație periapical inflammat cronic. Inflamația devine treptat înconjurată de o capsulă fibroasă, care, la extracție, poate fi văzută atașată la rădăcina dintelui.

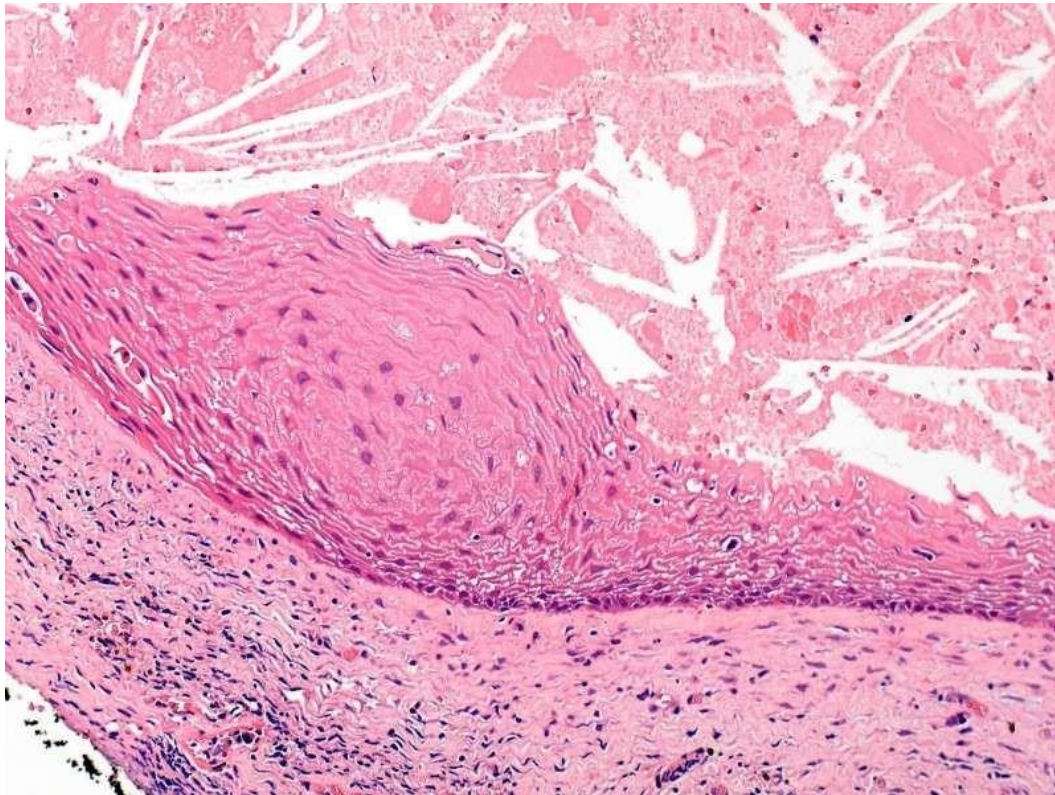


Pulpita, complicații



Pulpita, complicații

- **Chistul radicular (chistul periodontal apical)** apare atunci când proliferază epiteliul scuamos al unui granulom apical, formând o cavitate tapetată cu epiteliu (chist).



Pulpita, complicații

- **Abcesul periapical poate să se dezvolte după pulpită.**
- **Osteomielite** poate fi complicația unui abces periapical și este de obicei cauzată de *S. aureus*, *S. epidermidis*, diferiți streptococi sau organisme mixte. Infecția poate traversa osul cortical și se poate răspândi în spațiile tisulare ale capului și gâtului sau, rareori, mediastinului.

Periodontita

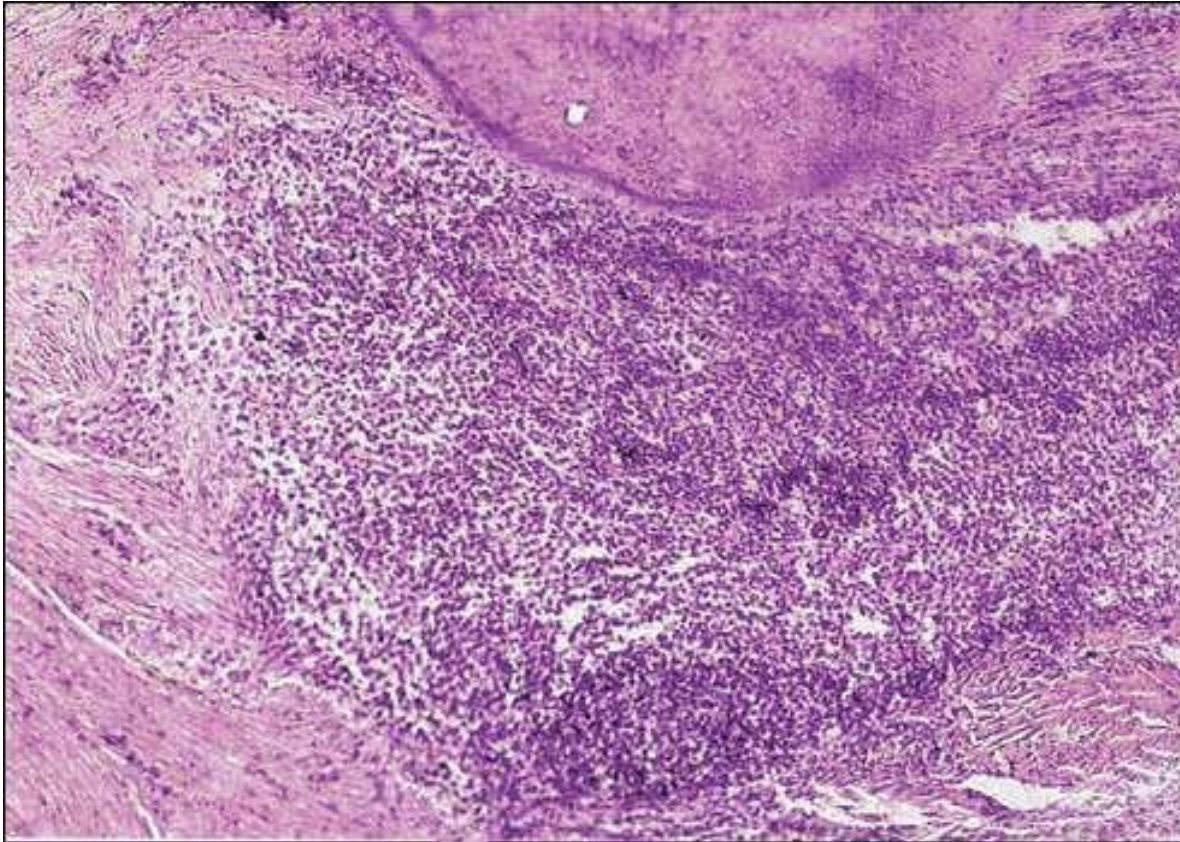
- **Periodontita** reprezintă un set de boli inflamatorii care afectează periodonțiului.
- Etiologia:
 - traume sau leziuni chimice care duc la infecție
- Căile de infectare:
 - intradental (după pulpită);
 - extradental (din dinții învecinați);
 - limfo- sau hematogen.

Periodontita, clasificarea

- După localizare:
 - apicală
 - marginală.
- După evoluția clinică:
 - acută;
 - cronică;
 - cronică în acutizare (activă).

Periodontită periapicală acută

- seroasă
- purulentă – de obicei, cu formare de abces



Periodontită periapicală cronică

- **granulantă** - formarea țesutului de granulație, resorbția osteoclastică a osului, cementului, uneori dentinei; se pot dezvolta fistule;

Periodontită periapicală cronică

- **granulomatoasă:**
 - granulom simplu: țesutul de granulație este înconjurat de țesut fibros;
 - granulom complex (epitelial) : + epiteliu scuamos stratificat, care pătrunde în țesutul de granulație;
- **fibroasă.**

Calculi pulpare, sau denticule

- sunt mase nodulare, calcificate, care apar în una sau ambele porțiuni- coronară și rădăcină a pulpei.

Calcule pulpare, sau denticule

După structură:

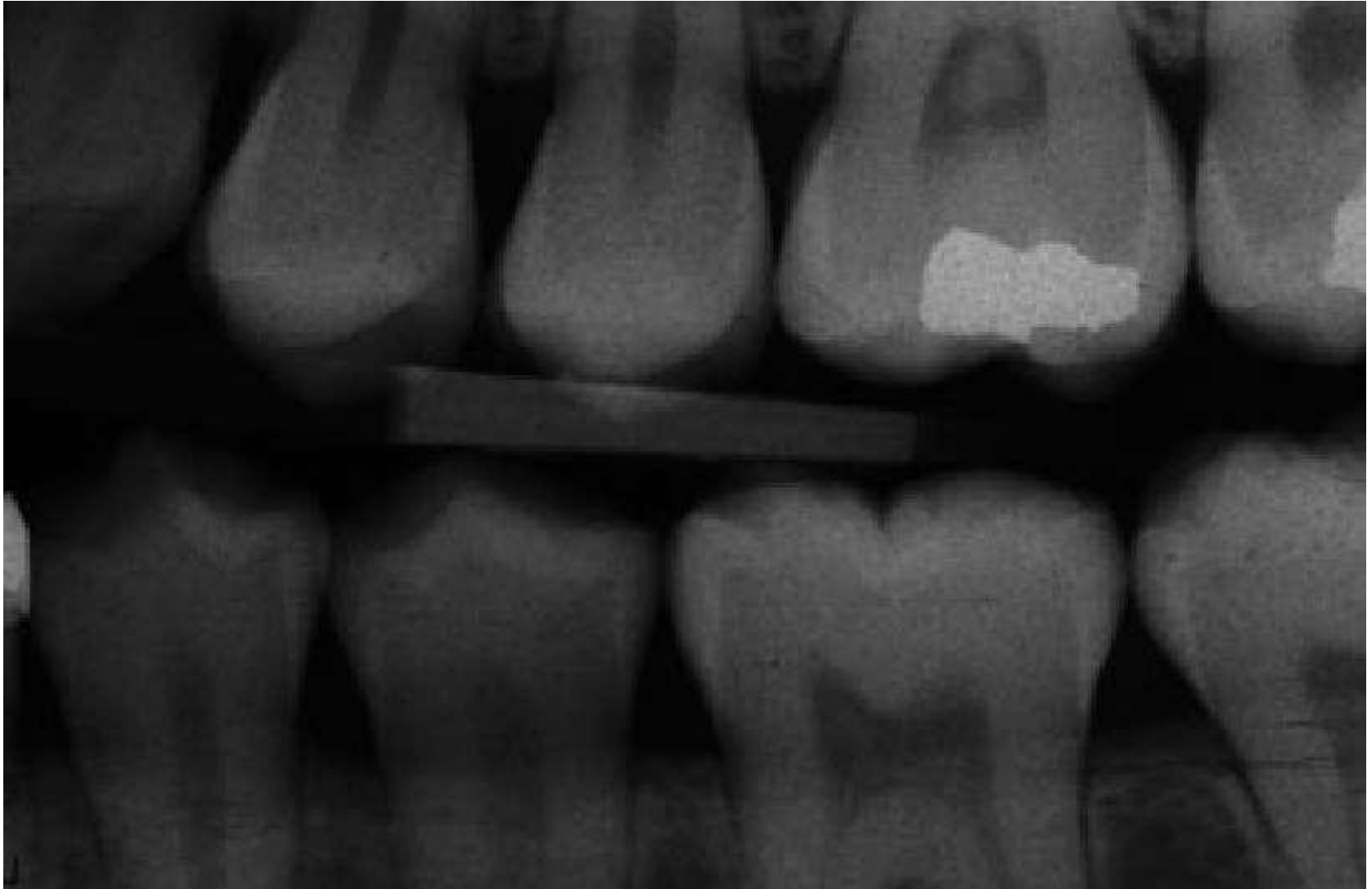
- denticule adevărate (formate din odontoblaști).
- denticule false (format dintr-o acumulare de minerale în jurul detritelor, adesea într-o manieră concentrică).

Calcule pulpare, sau denticule

După localizare

- libere - înconjurate în întregime de țesut pulpar;
- atașate - parțial fuzionate cu dentina;
- încorporate- înconjurate în întregime de dentină.

Calcule pulpare, sau denticule



Calcule pulpare, sau denticule

