

# CONSIDERATIONS ABOUT COMPLICATED CARIES OF PRIMARY MOLARS

## *Considerații asupra cariei complicate a molarilor temporari*

Asist. Univ. Dr. Ioana-Andreea Stanciu<sup>1</sup>, Conf. Dr. Mihaela Tănase<sup>1</sup>, Prof. Dr. Rodica Luca<sup>1</sup>,  
Asist. Univ. Dr. Daciana-Diana-Daniela Zmărăndache<sup>1</sup>, Dr. Bogdan-Laurențiu Ianca<sup>2</sup>,  
Șef Lucr. Dr. Aneta Munteanu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Disciplina de Pedodonție, Facultatea de Medicină Dentară, UMF „Carol Davila”, București, România

<sup>2</sup>Medic rezident, București, România

### ABSTRACT

**Aim.** Assessment of the distribution and severity of complicated caries in primary molars and the treatment methods applied in a group of children treated in the Pedodontics Department, Bucharest.

**Material and method.** Retrospective observational-descriptive study performed on the dental files of 100 patients (48 boys) aged between 3 and 10 years. The inclusion criteria was: at least one second primary molar erupted, in non-syndromic patients caries-free or with common pattern of caries. Caries prevalence index (Ip) and dmf-t-s indices on primary molars for the whole group, by age groups and sex were calculated. Caries distribution and severity, especially those complicated on primary molars and the treatment methods applied were assessed. Statistical analysis was performed with the program SPSS 20.0, using t-test and ANOVA-test ( $p = 0.05$ ).

**Results.** Ip = 95%; 78% of children had at least one primary molar with complicated caries; dmf-t =  $4.02 \pm 2.93$ ; dmf-s =  $9.67 \pm 6.83$ . Of the 748 primary molars examined, 394 (52.67%) had caries, of which 242 (61.42%) – uncomplicated caries and 152 (38.57%) – complicated caries: 56 (14.21%) with pulpitis – 12 (3.04%) acute pulpitis and 44 (11.16%) chronic pulpitis, 96 (24.36%) with pulp necrosis – 5 (1.26%) uncomplicated, 91 (23.09%) complicated. 51.01% of caries were occlusal-proximal, the differences being non-statistically significant between arches ( $p > 0.05$ ). First primary molars were more affected by complicated caries than the second ones (58.55% versus 41.45%) ( $p < 0.05$ ). The most common treatment methods applied: for pulpitis-devital pulpectomy (88.57%); for pulp necrosis: conservative treatment (37.5%), extraction (52.08%).

**Conclusions.** The high prevalence of complicated caries in primary molars underlines the need for regular dental check-ups in order to apply more conservative treatments.

**Keywords:** primary molars, complicated caries, children

### REZUMAT

**Scop.** Evaluarea distribuției și gravității proceselor carioase complicate ale molarilor temporari (Mtemp) și a tratamentelor aplicate acestora, la un lot de copii tratați în Clinica de Pedodonție, București.

**Material și metodă.** Studiu retrospectiv observațional-descriptiv realizat pe fișele a 100 pacienți (48 băieți) cu vârste între 3 și 10 ani. Criteriile de includere au fost: cel puțin un M2temp prezent pe arcadă, la pacienți nonsindromici indemni de carie sau cu tipar carial obișnuit. S-au calculat: indicele de prevalență a cariei (Ip) și indicii dmf-t-s la nivelul Mtemp pentru întregul lot, pe grupe de vârstă și sexe. S-au evaluat distribuția și gravitatea cariilor, în special a celor complicate de la nivelul Mtemp, precum și metodele de tratament aplicate. Analiza statistică s-a realizat cu programul SPSS 20.0, folosind t-test și ANOVA-test ( $p = 0,05$ ).

**Rezultate.** Ip = 95%; 78% dintre copii au prezentat cel puțin un Mtemp cu carie complicată; dmf-t =  $4,02 \pm 2,93$ ; dmf-s =  $9,67 \pm 6,83$ . Dintre cei 748 de Mtemp examinați, 394 (52,67%) aveau carii, dintre care 242 (61,42%) – carie simplă și 152 (38,57%) – carie complicată: 56 (14,21%) cu pulpită – 12 (3,04%) pulpite acute și 44 (11,16%) pulpite cronice, 96 (24,36%) cu gangrenă – 5 (1,26%) gangrene simple, 91 (23,09%) gangrene complicate. 51,01% dintre carii au fost ocluzo-proximale, diferențele fiind nesemnificative statistic între arcade ( $p > 0,05$ ). M1temp au mai afectați prin carie complicată decât M2temp (58,55%, respectiv 41,45%) ( $p < 0,05$ ). Cele mai frecvente metode de tratament au fost: în pulpite – pulpectomia devitală (88,57%); în gangrenă: tratament conservator (37,5%), extracție (52,08%).

**Concluzii.** Prevalența crescută a cariei complicate la Mtemp indică necesitatea controlului stomatologic regulat pentru a putea aplica tratamente cât mai conservatoare.

**Cuvinte cheie:** molari temporari, carie complicată, copii

Autor de corespondență:

Asist. Univ. Dr. Ioana-Andreea Stanciu  
E-mail: ioana2stanciu@gmail.com

## INTRODUCERE

Caria reprezintă cea mai frecventă patologie a dinților temporari (DT) și este un subiect de interes pentru multe studii epidemiologice realizate în întreaga lume [1]. Astfel, un studiu realizat de Kashetty și colab. în India în 2016 a arătat că la un lot de copii cu vârste de 3-6 ani prevalența cariei a fost de 62,14% [2], iar Elfrink și colab. (2006) au constatat că 49% dintre copiii de 5 ani din Olanda aveau carii pe DT [3]. În studiul efectuat în România pe loturi de copii cu vârste cuprinse între 3 și 7 ani, s-au raportat valori ale prevalenței cariei care au variat de la 61,27% la Cluj (Cocârlă și colab., 2003), 65,78% la București (Luca și colab., 2001) și 69,49% la Iași (Dorobăț și colab., 1994) [4].

Frecvența destul de mare a cariei la copiii preșcolari se datorează naturii sale multifactoriale [5,6]. Caria DT respectă adesea un tipar specific, cei mai afectați fiind molarii mandibulari (în special, cei secunzi) [2]. Formele clinice de îmbolnăvire au caracteristici care derivă din particularitățile morfologice și de structură ale DT, cele mai frecvente fiind caria simplă profundă, pulpita cronică și gangrena parțială simplă sau complicată.

În acest context, scopul studiului a fost evaluarea distribuției și gravității proceselor carioase complicate ale molarilor temporari, precum și a metodelor de tratament aplicate la nivelul acestora, la un lot de copii examinați și tratați într-o clinică universitară.

## MATERIAL ȘI METODĂ

Cercetarea a constat într-un studiu retrospectiv observațional-descriptiv realizat pe fișele de observație ale unor pacienți diagnosticați și tratați în Clinica de Pedodontie a UMF „Carol Davila” București în perioada 2015-2019.

Lotul a fost alcătuit din 100 de pacienți (48 băieți) cu vârste cuprinse între 3 și 10 ani (fig. 1).

Criteriile de includere au fost:

- pacienți cu vârste mai mari sau egale cu 3 ani, cu cel puțin un M2 temporar prezent pe arcadă
- pacienți indemni de carie sau cu leziuni carioase cu tipar obișnuit
- pacienți fără afecțiuni generale asociate (nonsindromici).

Din fișe, s-au înregistrat date cu privire la: vârsta și sexul pacienților, leziunile carioase, tratamentele efectuate.

S-au calculat: indicele de prevalență a cariei (Ip) și indicii de experiență carioasă dmf-t/-s la nivelul molarilor temporari atât pentru întregul lot, cât și pe grupe de vârstă și sexe. De asemenea, s-au evaluat distribuția și gravitatea leziunilor carioase, în special a celor complicate de la nivelul molarilor temporari, precum și metodele de tratament aplicate. Analiza statistică s-a realizat cu programul SPSS 20.0, semnificația statistică a diferențelor dintre medii fiind apreciată cu t-test și ANOVA, pentru  $p = 0,05$ .

## REZULTATE

### Prevalența cariei

95% dintre copiii examinați au avut leziuni carioase la nivelul molarilor temporari. 78% au prezentat cel puțin un molar cu carie complicată.

### Indicii de experiență carioasă

Indicii de experiență carioasă dmf-t și dmf-s au avut valorile  $4,02 \pm 2,93$  și, respectiv,  $9,67 \pm 6,83$ , la băieți fiind: dmf-t =  $4,06 \pm 2,55$ ; dmf-s =  $8,91 \pm 5,42$ , iar la fete: dmf-t =  $3,98 \pm 2,25$ ; dmf-s =  $10,36 \pm 7,9$  ( $p > 0,05$ ). Componentele indicilor au fost următo-

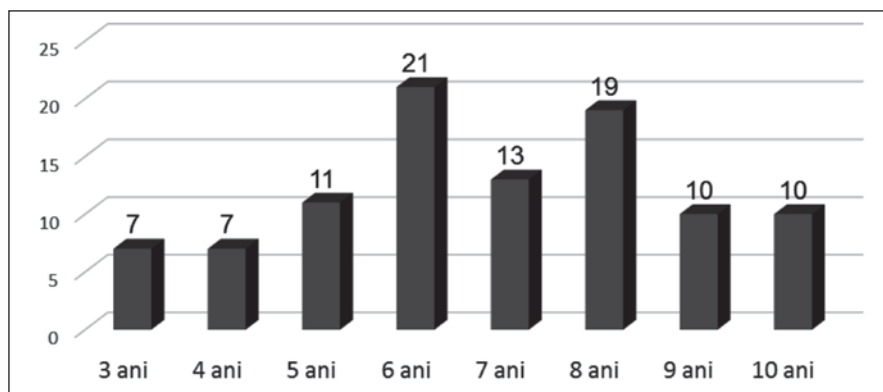


FIGURA 1. Distribuția pe vârstă a lotului studiat (n = 100 copii)

**TABEL 1.** Indicii dmf-t/s în funcție de vârstă

Vârsta (ani)	3	4	5	6	7	8	9	10
dmf-t	3±3,1	5±2,3	5,18±2,22	5,04±1,85	3,38±2,02	3,95±2,64	3,18±2,22	2,5±2,06
dmf-s	4±4,12	10±4,32	9,81±4,33	12,19±6,16	7,38±5,10	11,95±9,69	9,27±6,85	6,8±5,55

\*  $p = 0,028$  între grupele 6 și 10 ani pentru dmf-t

\*  $p = 0,0061$  între grupele 3 și 6 ani pentru dmf-s

rele: dt = 3,94±2,36, mt = 0,08±0,44, ft=0; ds = 9,27±6,32 ms = 0,4±2,21, fs = 0. Cele mai mari valori ale indicilor de experiență carioasă s-au întâlnit la copiii cu vârste cuprinse între 4 și 6 ani (tabel 1).

Studiul fiind realizat pe un lot de copii cu tipar carial obișnuit (carii în special pe molarii temporari, incisivii fiind indemni), valorile obținute pentru indicii de prevalență și de experiență carioasă sunt valabile și pentru întreaga dentiție temporară.

### Distribuția molarilor temporari cariați pe grupe de vârstă și sexe

Dintre cei 748 de molari temporari examinați, 354 (47,52%) au fost indemni și 394 (52,67%) au prezentat leziuni carioase. Repartiția molarilor cariați în funcție de sex a fost aproximativ egală: 49,49% – băieți și 50,51% - fete ( $p > 0,05$ ). Distribuția raportată la vârstă a fost următoarea: 21 (5,33%) molari cariați la 3 ani, 35 (8,88%) la 4 ani, 57 (14,47%) la 5 ani, 106 (26,9%) la 6 ani, 44 (11,17%) la 7 ani, 72 (18,27%) la 8 ani, 34 (8,63%) la 9 ani și 25 (6,35%) la 10 ani.

### Distribuția molarilor temporari în funcție de topografia cariilor

51,01% dintre molari au prezentat carii ocluzo-proximale. Nu au existat diferențe semnificative statistic între cele două arcade cu privire la topografia proceselor carioase ( $p > 0,05$ ) (tabel 2).

### Distribuția molarilor temporari în funcție de patologia carioasă

Dintre cei 394 de molari temporari cariați, 242 (61,42%) au prezentat carie simplă și 152 (38,57%) –

carie complicată. Distribuția molarilor cu carie complicată a fost următoarea: 56 (14,21%) au avut variate forme de pulpite – 12 (3,04%) pulpite acute și 44 (11,16%) pulpite cronice), iar 96 (24,36%) gangrene – 14 (3,55%) gangrene parțiale, 72 (20,81%) gangrene totale; 5 (1,26%) gangrene simple, 91 (23,09%) gangrene complicate: 51 (12,94%) – cu parodontite apicale cronice și 40 (10,15%) cu parodontite apicale acute).

64,47% dintre molarii cu carii complicate au fost la copiii cu vârste între 6 și 8 ani, 19,74% între 3 și 5 ani și 15,79% între 9 și 10 ani.

Cei mai afectați au fost M2temp prin carie simplă ( $p < 0,05$ ) și M1temp prin carie complicată ( $p < 0,05$ ) (tab.3).

**TABELUL 3.** Distribuția molarilor temporari cariați în funcție de poziția pe arcade

	Carie simplă		Carie complicată	
	N	%	n	%
M1sup	46	19	44	28,94
M2sup	71	29,33	27	17,76
M1inf	57	23,55	45	18,59
M2inf	68	28,09	36	14,87

48,68% dintre molarii în stadiul II și 50,65% dintre cei în stadiul III au fost diagnosticați cu carie complicată și doar 0,65% dintre cei în stadiul I.

### Distribuția molarilor cu carii complicate în funcție de tratamentele aplicate

Pentru tratamentul cariilor complicate, s-au realizat tehnici de tratament în funcție de tipul de îmbolnăvire și de stadiul de dezvoltare a dinților, metodele variind de la tehnici conservatoare la teh-

**TABEL 2.** Distribuția molarilor temporari în funcție de poziția pe arcadă și de topografia proceselor carioase

Dinți	Ocluzală		Ocluzo-proximală		Ocluzo-V/P		3 suprafețe		4 suprafețe		Rest radicular	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
M1sup	10	2,58	46	11,67	2	0,50	10	2,53	5	1,26	18	4,56
M2sup	23	5,83	51	12,94	5	1,26	9	2,28	1	0,25	9	2,28
M1inf	14	3,55	56	14,21	3	0,76	11	2,79	5	1,26	14	3,55
M2inf	27	6,85	48	12,18	4	1,01	9	2,28	8	2,03	6	1,52

**TABEL 4.** Distribuția molarilor cu pulpită după stadiul de dezvoltare și tratamentul aplicat (n = 96 dinți)

Stadiu de dezvoltare dinte	Pulpotomie		Pulpectomie vitală		Pulpectomie devitală		Extracție		Total n
	n	%	n	%	n	%	n	%	
I	0	0	1	100	0	0	0	0	1
II	3	8,57	1	2,85	31	88,57	0	0	35
III	2	10	2	10	12	60	4	20	20

**TABEL 5.** Distribuția molarilor cu gangrenă după stadiul de dezvoltare și tratamentul aplicat (n = 96 dinți)

Stadiu de dezvoltare dinte	Tratament conservator		Tratament în stilul unei amputații		Drenaj continuu		Extracție		Total N
	n	%	n	%	n	%	n	%	
I	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	25	64,10	2	5,12	1	2,56	11	28,20	39
III	11	19,29	3	5,26	4	7,01	39	68,42	57

nici de compromis sau extracție. În pulpите, atât la dinții în stadiul 2, cât și la cei în stadiul 3, s-au realizat, în majoritatea cazurilor, pulpectomii devitale (tabel 4).

În cazul dinților diagnosticați cu gangrenă, pentru cei aflați în stadiul 2 de dezvoltare s-au efectuat mai frecvent tratamente conservatoare și pentru cei în stadiul 3 – mai frecvent extracții (tabel 5).

## DISCUȚII

Multe țări au dezvoltat diferite strategii pentru a reduce caria dentară la copii, unele dintre ele obținând rezultate bune prin implementarea unor programe de prevenire bazate pe instruirea privind igiena orală, fluorizarea topică și controalele stomatologice regulate. Astfel, Azizi și colab. (2014) [7] au arătat că frecvența subiecților indemni de carie era în Marea Britanie (2003) de 40-60% la copiii în vârstă de 5 ani, în Suedia (2003) de 69% la copiii de 3 ani și de 66% în Australia (2002) la copiii de 4-6 ani, în timp ce în Pakistan doar 24% dintre copiii în vârstă de 4-5 ani erau fără nicio carie. Aceste rezultate antagonice derivă din inegalitățile socio-economice și de resurse, din diferențele dintre eficiența sistemelor publice de sănătate, din motivația părinților și a copiilor, din stilurile diferite de viață.

Rezultatele studiului prezent arată că, la copiii examinați care prezentau carii cu tipar obișnuit, prevalența cariei a fost de 95%. În Polonia, 89,8% dintre copiii de 7 ani și, respectiv, 93% dintre cei de 7-8 ani aveau leziuni carioase pe dinții tempo-

rari (Baginska și colab., 2014) [8]. În Lituania (2009), prevalența cariei la dinții temporari la 7-8 ani era de 88,7% (Matulaitiene și colab., 2012) [9], iar în China, Zhang și colab. (2014) au raportat la grupa de vârstă 5 ani o frecvență de 89% [10].

Valorile indicilor de experiență carioasă au fost mari, la întregul lot pacienții având în medie 4 molari temporari și 9 suprafețe dentare afectate prin carie. Cea mai mare contribuție au avut-o componentele d-t/s: 98% din indicele dmf-t a fost reprezentat de componenta d-t și 97,88% din indicele dmf-s – de componenta d-s. Wyne și colab. (2008, Arabia Saudită) au raportat un indice dmf-t de 6,1±3,9 pentru un lot de copii preșcolari, componenta d-t, cu o valoare de 4,66±3,66, fiind 76,4% din indicele dmf-t [11]. Zhang și colab. (2014, China) au calculat un indice dmf-t de 7,0 pentru 127 de copii de 5 ani, d-t fiind 87% din indicele dmf-t [10]. Elfrink și colab. (2006), deși au găsit un indice dmft mai mic, de 2,5, la copiii de 5 ani din Olanda, au arătat că d-t a reprezentat 80% din dmf-t [3]. Într-un studiu realizat de Luca și colab., în 2001, în București, România, pe un lot de copii preșcolari cu vârste între 3 și 7 ani, indicele dmf-t a fost 3,98±0,64, cu dt reprezentând 97,34% [4]. Kashetty și colab. (2016, India) au găsit valori mai scăzute ale indicelui dmf-t, anume 2,34±2,64, la copiii cu vârste între 3 și 6 ani, componenta dt având, însă, tot cea mai mare influență, de 99,89% [2].

Valoarea indicelui dmf-s de 9,67 raportată în studiul prezent a fost apropiată de valoarea de 9,10 găsită de Chandan și colab. (2018) în India la 500 de copii cu vârste cuprinse între 3 și 6 ani [12].

Cu privire la distribuția în funcție de sex, nu s-au găsit diferențe semnificative statistic între fete și băieți, rezultat similar cu Kashetty și colab. (2016) [2], dar diferit de Chandan și colab. (2018), care au constatat diferențe semnificative statistic pentru dmf-s în favoarea băieților ( $p = 0,009$ ) [12].

S-au analizat și valorile indicilor dmf-t și dmf-s pe intervale de vârstă, valorile maxime fiind înregistrate între 4 și 6 ani. Diferențe semnificative statistic au fost observate doar între grupele de vârstă 6 și 10 ani pentru indicele dmf-t ( $p = 0,028$ ) și între grupele 3 și 6 ani pentru indicele dmf-s ( $p = 0,0061$ ). Kashetty și colab. (2016) au găsit diferențe semnificative statistic pentru ambii indici între grupele de vârstă 3, 4, 5 și 6 ani [2]. În studiul prezent, la vârsta de 5 ani, fiecare copil a prezentat aproximativ 5 molari temporari și peste 9 suprafețe afectate de carie, ceea ce denotă o carioactivitate crescută. Gray și colab. (1991) [13] subliniază că prezența a 3 sau a mai multor molari temporari la 5 ani reprezintă cel mai bun predictor pentru apariția cariei pe molarul unu permanent la 7 ani, iar Steineret și colab. (citați de Baginska și colab., 2014 [8]) susțin că un număr mic de molari temporari indemni de carie la 7-8 ani determină un risc carios mare în dentiția permanentă.

Din punctul de vedere al severității leziunilor carioase, din totalul de 748 de molari temporari examinați, mai mult de jumătate (52,67%) aveau leziuni carioase. Dintre aceștia, 61,42% au prezentat carii simple, iar 38,57% – carii complicate. Aceste rezultate pot fi explicate prin faptul că părinții copiilor aleg să apeleze la medicul stomatolog mai târziu, de obicei în jurul vârstei de 3-4 ani, atunci când sunt deja prezente leziuni carioase avansate. Rezultate similare s-au găsit și în studiul realizat de Kalantari și colab. (2014), în care prevalența cariilor cavitate la nivelul molarilor temporari a fost de 63,4% [14], precum și într-un studiu realizat de Abdullah și colab. (2005), în care 70% dintre molarii temporari erau cariați [15]. Honcola și colab. (2011) au găsit la copiii estonieni de 7-8 ani procente ridicate de carii cavitate în dentină, mai ales la molarii 2 temporari [16]. Și Baginska și colab. (2014) au constatat că, la 7-8 ani, cariile pe molarii temporari au fost cel mai frecvent cavitate, 26,4% fiind însă complicate [8]. Zhang și colab. (2014) au raportat o prevalență a cariei complicate pe molarii temporari de 49% la 5 ani, 18% fiind cu gangrenă complicată [10].

În privința topografiei leziunilor carioase, s-a observat că cea mai afectată a fost zona ocluzo-

proximală (51,01%), urmată de suprafața ocluzală (18,78%). Resturile radiculare au avut o frecvență de 11,42%. Rezultate asemănătoare s-au obținut și într-un studiu realizat pe 100 de copii cu vârste cuprinse între 5 și 7 ani, în Varna, Bulgaria, în care 81,5% dintre leziunile carioase ale molarilor temporari se aflau la nivelul suprafețelor aproximale, iar 19,5% dintre acestea pe suprafața ocluzală (Dimitrov și colab., 2017) [17]. Elfrink și colab. (2006) arată că, până la 5 ani, suprafața ocluzală pare a fi cea mai vulnerabilă, după această vârstă predominând cariile proximale, mai ales pe molarii unu temporari [3]. Mejare și colab. (2000) au constatat că 64% dintre copiii de 9 ani aveau carii pe una sau mai multe fețe distale ale molarilor 2 temporari [18]. Skeie și colab. (2004) susțin că leziunile carioase proximale la molarii temporari sunt cele mai frecvente, majoritatea fiind deja în dentină. De asemenea, susțin că 2 suprafețe cariate pe molarii 2 temporari la vârsta de 5 ani arată că, în următorii 5 ani, vor apărea noi leziuni carioase, impunându-se, astfel, controalele periodice [19]. Toate acestea pot fi explicate prin strângerea punctelor de contact pe zona laterală începând cu 5 ani, prin igiena dificil de realizat în perioada dentiției mixte, prin faptul că, după vârsta de 6 ani, copiii încep să devină independenți și, deci, mai greu de supervizat la periaj, dar și cu o creștere a numărului de gustări, de obicei dulci, între mese, mai ales în compania colegilor de școală (Moynihan, 2000 [20], Overby și colab., 2002, citați de Skeie și colab. în 2004 [19]).

Molarii 2 temporari de la ambele arcade au fost mai afectați decât molarii unu, cu o interesare mai mare a dinților inferiori. Wyne (2008) [11] a găsit o prevalență a cariei pe M2temp inf de 54,3%, cea de pe M1temp inf fiind de 41,7% și cea de pe M2temp sup de 38,9%. Zhang și colab. (2014) [10] au constatat că cele mai severe carii au fost pe M2temp, prevalența la acest nivel fiind de 52% față de 37% pe M1temp. Și Elfrink și colab. (2006) au găsit că M2temp au avut indicele dmf-s semnificativ statistic mai mare decât M1temp, diferența venind din cariile ocluzale [3]. Studii efectuate în Ungaria, Finlanda, Japonia sau SUA susțin același lucru. Explicația afectării mai mari a M2 față de M1 poate veni din anatomia dintelui, din retenția mai mare de placă la nivelul M2 situat mai distal și prin interesarea mai frecventă a M2 cu defecte de structură [3]. Mosha și colab. (1989) [21] și Baginska și colab. (2014) [8] au raportat însă că M1temp inf a fost mai afectat.

Despre tratamentele realizate pentru leziunile carioase complicate, s-a putut observa faptul că, în studiul prezent, s-au ales metode adaptate tipului de îmbolnăvire pulpară, stadiului de dezvoltare a dintelui și gradului de cooperare cu pacientul. Pentru tratamentul pulpitelor, s-au utilizat în special tehnici conservatoare, frecvent devitale. Pentru tratamentul gangrenelor la dinții în stadiul II, a fost preferat tratamentul conservator, pe când la dinții stadiul III, extracția a fost cea mai folosită atitudine terapeutică. Acest lucru a fost arătat și într-un studiu realizat de Smaïl-Faugeron și colab. în 2018, pe 7.140 de dinți temporari aleși aleatoriu, în care cea mai de succes utilizată atitudine terapeutică a fost cea conservatoare [22]. Într-un studiu efectuat în Polonia, publicat în 2014, se arată că, dintre copiii de 7 ani studiați, 16,4% necesitau tratament endodontic pe DT, iar 41,9% extracție [8]. Skeie și colab. (2004) au raportat că necesarul de tratament pe dinții temporari în perioada 5-10 ani este mare [19], iar Alm și colab. (2003) au obținut că majori-

tatea tratamentelor pe DT au fost făcute după 6 ani, mai ales între 7 și 9 ani [23]. Raadal și colab. (2002) recomandă ca tratamentul la copiii preșcolari și școlari să se realizeze în ședințe scurte, cu multă răbdare și blândețe, pentru a evita apariția anxietății dentare la adult [24].

## CONCLUZII

Prevalența crescută a cariei complicate la molarii temporari și valorile mari ale indicilor de experiență carioasă indică necesitatea prezentării timpurii la cabinetul stomatologic a copiilor. Este importantă aplicarea, pe cât posibil, a tratamentelor de tip conservator la molarii temporari cu carii complicate pentru a-i menține pe arcadă cât mai aproape de perioada fiziologică de exfoliere.

### Notă

Autorii au contribuit în mod egal la prezentul articol, de aceea toți sunt considerați autori principali.

## BIBLIOGRAFIE

- Saravanan S, Madivanan I, Subashini B et al. Prevalence pattern of dental caries in the primary dentition among school children. *Indian J Dent Res*. 2005;16:140-5.
- Kashetty MV, Patil S, Kumbhar S et al. Prevalence of dental caries among 3-6 year old Anganwadi children in Mudhol town, Karnataka, India. *J Indian Assoc Public Health Dent*. 2016;14:403-8.
- Elfrink MEC, Veerkamp JSJ, Kalsbeek H. Caries pattern in primary molars in Dutch 5-year-old children. *Eur Arch Paed Dent*. 2006; 7(4):236-40.
- Luca R. Pedodontie, vol. 2. Editura Cernaprint, București, 2003:33-42;99-120.
- Chandramohan S. A study on prevalence of early childhood caries among children attending Anganwadi center in Udupaluk, Karnataka. *Online Int Interdiscip Res J*. 2014;4:248-52.
- Jose B, King NM. Early childhood caries lesions in preschool children in Kerala, India. *Pediatr Dent*. 2003;25:594-600.
- Azizi Z. The prevalence of dental caries in primary dentition in 4- to 5-year-old preschool children in northern Palestine. *Int J Dent*. 2014; 2014:839419.
- Baginska J, Rodakowska E, Milewski R et al. Dental caries in primary and permanent molars in 7-8-year-old schoolchildren evaluated with Caries Assessment Spectrum and Treatment (CAST) index. *BMC Oral Health*. 2014;14:74.
- Matulaitiene ZK, Zemaitiene M, Zemgulyte S et al. Changes in dental caries and oral hygiene among 7-8-year-old schoolchildren in different regions of Lithuania 1983-2009. *Stomatologija Baltic Dental and Maxillofacial J*. 2012;14(53):59-59.
- Zhang S, Liu J, Lo ECM et al. Dental caries status of Dai preschool children in Yunnan Provence. *China. BMC Oral Health*. 2014;14:16.
- Wyne AH. Caries prevalence, severity and pattern in preschool children. *J Contemp Dent Pract*. 2008;9:24-31.
- Chandan GD, Saraf S, Sangavi N, Khatri A. Pattern of dental caries in 3-6-year-old children using decayed, missing, filled surface index and hierarchical caries pattern system: A descriptive study. *J Ind Soc Pedod Prev Dent*. 2018;36(2):108-12.
- Gray MM, Marchment MD, Anderson RJ. The relationship between caries experience in the deciduous molars at 5 years and in first permanent molars of the same child at 7 years. *Community Dent Health*. 1991;8:3-7.
- Kalantari B, Rahmanna J, Hossein Hatami H et al. The prevalence of dental caries in primary molars and its related factors in 6 and 7 years old children in Shemiranat health center. *Journal of Health in the Field*. 2014;1(4):2.
- Abdullah S, Qazi HS, Maxood A. Dental caries status in 6-9 years old children. *Pak Oral Dent J*. 2005;28(1):107-12.
- Honcala E, Runnel R, Honkala S et al. Measuring dental caries in the mixed dentition by ICDAS. *Int J Dent*. 2011:50424.
- Dimitrov E, Georgieva M, Andreeva R et al. Caries prevalence among 5-7 years-old children in northeast Bulgaria. *Journal of IMAB*. 2017;23(3):1633-6.
- Mejare I, Stenlund H. Caries rates for the mesial surface of the first permanent molar and the distal surface of the second primary molar from 6 to 12 years of age in Sweden. *Caries Res*. 2000;34(6):454-61.
- Skeie MS, Raadal M, Strand GV et al. Caries in primary teeth at 5 and 10 years of age: a longitudinal study. *Eur J Paed Dent*. 2004; 4:194-202.
- Moynihan P. The British Nutrition Foundation Oral Task Force report – issues relevant to dental health professionals. *Br Dent J*. 2000; 188(6):308-12.
- Mosha HJ, Robison VA. Caries experience of the primary dentition among groups of Tanzanian urban pre-school children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1989;17:34-7.
- Smaïl-Faugeron V, Glenny AM, Courson F, Durieux P, Muller-Bolla M, Fron Chabouis H. Pulp treatment for extensive decay in primary teeth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5(5):CD003220.
- Alm A, Wendt LK, Koch G. Dental treatment in the primary dentition of 7-12 year-old Swedish schoolchildren. *Swed Dent J*. 2003; 27(2):77-82.
- Raadal M, Strand GV, Amarante EC et al. Relationship between caries prevalence at 5 years of age and dental anxiety at 10. *Eur J Paediatr Dent*. 2002;3(1):22-6.