

# ASPECTE ALE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL ÎN AFECȚIUNILE PARODONȚIULUI MARGINAL

Dumitru Sîrbu,  
conferențiar universitar

Valentin Topalo,  
profesor universitar

Stanislav Strîșca,  
medic rezident

Alexandru Mighic,  
asistent universitar

Alexandru Ghețiu,  
asistent universitar

Viorica Sîrbu,  
medic stomatolog

Cristina Bostan,  
medic rezident

IP USMF „Nicolae  
Testemițanu“

## Rezumat

**Introducere:** Boala parodontală este o afecțiune complexă, frecventă cu predominare la populația matură în orice areal geografic cu manifestări distructive și proliferative. Tratamentul afecțiunilor parodontale este complex, multidisciplinar. De-a lungul timpului, tehnicile de chirurgie parodontală au suferit multiple schimbări, cauzate de apariția metodelor noi, a secțiilor de parodontologie, a instrumentelor speciale și condițiilor de implementare a noilor metode chirurgicale. **Scop:** Evaluarea metodelor de tratament chirurgical al parodontitelor marginale cronice.

**Materiale și Metode:** În cadrul studiului au fost incluși 64 pacienți cu vârstă medie  $41,15 \pm 2,08$  ani, care au fost reabilitați în condiții de ambulator, utilizând metode conservative și chirurgicale de tratament al parodontitelor marginale cronice. Separarea în 3 loturi de studiu s-a efectuat după gravitatea procesului patologic, conform clasificării clinice. Evaluarea tratamentului s-a efectuat prin compararea rezultatelor obținute în dinamică la loturile de studiu.

**Rezultate și Discuții:** Majoritatea pacienți din studiu au înregistrat o reducere medie a adâncimii pungilor parodontale de 4,63 mm. Valoarea indicelui de mobilitate a scăzut semnificativ. S-a înregistrat stoparea proceselor de resorbție osoasă iar zonele unde a fost efectuată augmentarea osoasă prezentau un tablou radiologic caracteristic morfologiei osului spongios. Tendința către dezvoltarea recesiunilor gingivale a fost înregistrată la pacienții ce prezentau parodontită marginală cronică forma medie și severă.

**Concluzie:** În cadrul tratamentului parodontitei marginale de formă incipientă metodele conservative pot fi considerate metode de elecție cu rezultate satisfăcătoare. În forma severă și în unele cazuri de parodontită marginală cronică moderată, metodele conservative vor fi completate obligatoriu cu cele chirurgicale. În forma severă de parodontită marginală cronică când dinții restanți nu mai pot fi salvați tratamentul chirurgical prin extracție, chiuretaj și augmentare este soluția de elecție pentru preîntâmpinarea distrucției marcante a crestei alveolare, conservarea osului alveolar și crearea condițiilor pentru reabilitarea implanto-protetică.

**Cuvinte cheie:** Parodontită, tratament chirurgical, punge parodontale, regenerare.

## Summary

### SURGICAL METHODS OF TREATMENT IN PERIODONTAL DISEASE

**Introduction:** Periodontal therapy is directed at disease prevention, slowing or arresting disease progression, regeneration of lost periodontal tissues, and maintaining the achieved therapeutic objectives. Significant progress has occurred in the area of surgical periodontal therapy during the last two decades. This statement has been proved by many articles and papers published and discussed at various forums and at national and international conferences.

**Purpose and Objectives:** The purpose of the present study was to examine the use of surgical methods to facilitate clinical decision making.

**Material and Methods:** The mean age of the patients which were treated in dental clinic „Omni Dent“ during 2011—2015 was  $41.15 \pm 2.08$  years. In this study were included 64 patients that have been treated by nonsurgical and surgical methods of treatment.

**Results and Discussions:** Nonsurgical periodontal therapy requires time, effort, and good diagnostic and clinical skills to obtain satisfactory results. The results revealed that the subjects included in the study that had undergone surgical methods of treatment combined with bone augmentation showed best results.

**Conclusion:** Both nonsurgical and surgical periodontal therapies are important in the control of most forms of periodontal disease. Periodontal regeneration thus has become a viable treatment option when utilizing the principles of guided tissue regeneration.

**Key words:** Periodontal therapy, surgery, open flap debridement, regeneration.

## Introducere

Bolile parodontiului marginal constituie unele dintre cele mai frecvente afecțiuni ale aparatului dento-maxilar [2,4,6,10,11,14], având o evoluție lentă sau agresivă, cu urmări de ordin distructiv și proliferativ.

Studiile realizate de diverși autori relatează că la vârsta de 40 de ani afecțiunile parodontiului marginal afectează majoritatea populației în orice areal geografic, și mai mult de o treime din populație după vârsta de 50 de ani [4]. După datele mondiale, afecțiunile parodontale esențial întineresc, vârsta cea mai afectată fiind 35 — 44 de ani. Această tendință este confirmată și de OMS: populația în vârstă de 35 — 44 de ani este afectată în raport de 65 — 98%, iar în vârstă de 15 — 19 ani — de 55 — 89% [4]. Prezența plăcii este esențială în dezvoltarea gingivitei în special când mecanismele de apărare la nivelul gingiei slăbesc. Actualmente este stabilit cu exactitate faptul că afecțiunile parodontiului marginal sunt cauzate de invazia microbiană [1], rolul cel mai important avându-l: *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Prevotella intermedia*, *Porphyromonas gingivalis*, *Campylobacter rectus*, *Eikenella corrodens*, *Fusobacterium nucleatum*, care eliberează un șir de toxine cu rol lezional asupra țesuturilor parodontiului marginal. Deasemenea se impune ca un rol determinant și teoria autoimună în etiologia afecțiunilor parodontale.

Debutul afecțiunilor parodontale se încadrează în tabloul clinic al unei gingivite care are o evoluție reversibilă. Gingivita cronică poate persista pentru o perioadă lungă de timp, însă poate evolua într-o leziune parodontală în cazul nedepistării la timp și în lipsa tratamentului specializat. Din punct de vedere morfologic, parodontopatiile marginale se caracterizează prin lezarea elementelor de suport ale dinților, cu apariția unui tablou clinic ce se manifestă prin: congestie gingivală, distrucție osoasă, atât pe orizontală cât și pe verticală, ceea ce duce la apariția pungilor parodontale, recesiunilor gingivale, mobilității dentare, iar în final, la pierderea dinților [13].

În prezent după părerea unor autori pierderea dinților ca urmare a parodontitei marginale cronice este de 5 ori mai mare decât ca rezultat al patologiei odontale. Tratamentul afecțiunilor parodontale, se află în atenția multor clinicieni din cauza morbidității înalte, genezei polietilogice, manifestărilor clinice variate dar, și tratament multidisciplinar, totodată și din absența unor metode universale de tratament [4].

Tratamentul afecțiunilor parodontale este unul complex, interdisciplinar, vizează specialiștii stomatologi terapeuți, parodontologi, proteticieni, chirurghi, implantologi, ortodonți precum și medici din alte specialități (endocrinologi, reumatologi, cardiologi, infecționiști, medici de familie etc.) și este instituit în fazele inițiale, pentru a preveni progresarea leziunii și apariția complicațiilor. Chirurgia parodontală vine să suplinească șirul de etape și manopere necesare în reabilitarea acestor pacienți. În ultimii ani au fost elaborate mai multe metode pentru acordarea asistenței stomatologice acestor pacienți. După părerea multor

autori, chirurgia parodontală constituie o componentă indispensabilă în tratamentul complex al parodontopatiilor marginale. De cele mai dese ori manoperele chirurgicale se referă la reducerea creșterilor de volum gingival, desființare a pungilor parodontale sau corectarea unor defecte mucozale sau osoase.

De-a lungul timpului, tehnicile de chirurgie parodontală au suferit multiple schimbări, cauzate de apariția metodelor noi, a secțiilor de parodontologie, a instrumentelor speciale și condițiilor de implementare a noilor metode chirurgicale. Unele dintre ele sunt și astăzi pe larg utilizate, altele însă au rămas în istorie din cauza eventualelor dezavantaje, complicații și a unei rate mici de succes.

Datorită apariției diferitor tipuri de biomateriale și membrane, cu rol osteoinductiv și osteoconductiv, capacitățile regenerative ale țesuturilor parodontale s-au extins, cu ameliorarea procesului de osteoneogeneză. Acest lucru a contribuit esențial la progresul metodelor chirurgicale de tratament al afecțiunilor parodontiului marginal, cu rezultate bune în timp afirmate de către un șir de savanți (autori). Totodată limitele utilizării noilor metode și materiale rămân încă nedefinite, unele situații clinice de parodontite marginale grave necesitând tratament chirurgical radical prin extracții dentare. Aceasta și mai mult crează confuzii în rândul specialiștilor în domeniu. Astfel rămâne actuală preocuparea savanților nu doar la elaborarea, perfecționarea și utilizarea noilor metode și materiale, ci și definirea limitelor de utilizare, a indicațiilor și contra-indicațiilor, a avantajelor și dezavantajelor.

**Scop:** Evaluarea metodelor de tratament chirurgical al parodontitelor marginale cronice.

## Materiale și metode

În cadrul studiului au fost incluși 64 pacienți cu vârsta medie  $41,15 \pm 2,08$  ani, dintre care 26 femei și 38 bărbați. Aceștia s-au adresat în clinica stomatologică „OMNI DENT“, în perioada 2011—2015 în vederea ameliorării stării parodontale afectate. Toți pacienții au fost examinați clinic și paraclinic, au fost studiate cartelele de ambulatoriu, examenul radiologic: OPG și CT. În urma examenului clinic pentru fiecare pacient a fost apreciată starea gingiei, prezența depunerilor dentare, sângerarea gingivală, durerile la palpație și percuție, gradul de mobilitate al dinților. Gradul de atrofiere al procesului alveolar (atrofia orizontală și verticală), precum și adâncimea pungilor parodontale și/sau osoase au fost măsurate clinic cu sonda parodontală. Pentru confirmarea diagnosticului și alegerea unui plan de tratament, a fost utilizat instrumentarul programelor „SIDEXIS XG 3“ și „Planmeca Romexis“ pentru examinările paraclinice. Toate datele obținute în urma examenului clinic și paraclinic au fost notate în fișa parodontală a pacientului. Analiza rezultatelor a fost efectuată în dinamică la un interval de 1 zi, la 7-10 zile, la 1 lună, la 4-6 luni, iar pentru unii pacienți la 1-4 ani.

În dependență de diagnosticul stabilit, pacienții au fost divizați în următoarele 3 loturi (Fig.1):

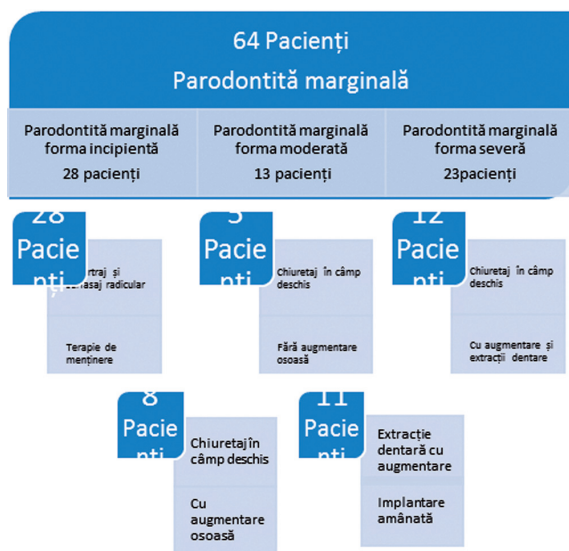


Fig. 1. Repartizarea pacienților în loturi de studiu

1. Primul lot este constituit din 28 pacienți cu vârsta medie  $45,61 \pm 2,41$  ani, fără patologii generale severe, cu diagnosticul de parodontită marginală cronică forma incipientă. Profunzimea pungilor parodontale a fost de 3-4 mm.

Acest grup de pacienți a fost tratat prin metode conservative: motivarea pacientului pentru îmbunătățirea igienei orale, îndepărtarea plăcii și tartrului supra-, subgingival, înlăturarea zonelor de retenție a plăcii bacteriene, irigații, aplicații, băi bucale, recomandări.

2. Al doilea lot este constituit din 13 pacienți cu vârsta medie  $47,32 \pm 2,27$  ani, dintre care 7 bărbați și 6 femei, fără patologii generale severe, cu diagnosticul de parodontită marginală cronică localizată forma moderată. Profunzimea pungilor parodontale a fost de 4-6 mm.

Acest grup de pacienți a fost reabilitat prin: metoda chiuretajului în câmp deschis și chiuretaj prin operație cu lambou în dependență de profunzimea pungilor parodontale. Primul subgrup de pacienți în număr de 5 nu au beneficiat de augmentare osoasă iar la pacienții subgrupului 2 de studiu, în număr de 8, intervenția s-a efectuat cu adiție osoasă.

3. Al treilea lot este constituit din 23 pacienți cu vârsta medie  $46,77 \pm 2,03$  ani, dintre care 16 bărbați și 7 femei, fără patologii generale severe, cu diagnosticul de parodontită marginală cronică generalizată forma severă. Profunzimea pungilor parodontale a fost de 6-10 mm.

Acest grup de pacienți a fost împărțit în 2 subgruri. Primul subgrup a inclus 12 pacienți și a fost reabilitat prin: metoda chiuretajului în câmp deschis prin operație cu lambou, asociat cu extracție dentară și augmentare osoasă. Subgrupul 2 a inclus 11 pacienți la care a fost efectuată extracția dentară cu adiție osoasă și implantare amânată la 4-6 luni postoperator.

#### Metode de tratament utilizate în studiu:

1. Tratamentul terapeutic a fost efectuat conform protocolului de detartraj și surfasaj radicular propus de Quirynen, fie într-o singură vizită,

fie în 2 vizite. Detartrajul și surfasajul radicular s-a efectuat cu ajutorul chiuretelor Gracey și a anselor ultrasonice clasice de detartraj, urmate de cele ultrasonice diamantate pentru surfasaj, de asemenea s-a efectuat periajul și lustruirea cu polipanturi a suprafețelor afectate, înlăturarea depunerilor de pe suprafața limbii, băi bucale cu soluții antiseptice ce conțin clorhexidină (0,2%) timp de 10 secunde, irigarea pungilor parodontale cu gel ce conține clorhexidină (1%) de 3 ori în decurs de 10 minute, la domiciliu s-a recomandat efectuarea băilor bucale cu soluții antiseptice pe bază de clorhexidină (0,2%) de 2 ori pe zi timp de 10 zile, precum și instruirea pacienților privind îmbunătățirea măsurilor de igienă orală personală. Terapia de menținere a presupus efectuarea vizitelor de control în care s-au determinat indicii de igienă orală și s-au efectuat măsuri de igienizare.

2. Pentru abordarea chirurgicală a pungilor parodontale, a fost efectuat chiuretajul gingival în câmp deschis sau chiuretajul prin operație cu lambou în corespundere cu etapele protocolului, după cum urmează: efectuarea procedurilor de asepsie/antisepsie, anestezie, incizie, decolarea lamboului muco-periostal din ambele părți (orală și vestibulară) până la limita osului sănătos, chiuretajul pungilor cu ajutorul chiuretelor Gracey și ultrasunet, surfasajul radicular cu înlăturarea cementului necrotic și a zonelor ramolite, hemostaza, prelucrarea suprafeței radiculare cu clorhidrat de tetraciclină, urmată de suturarea lamboului.
3. Augmentarea osoasă a fost realizată utilizând materialul sintetic „Kolapol KP 3-LM“, membrane resorbabile „Parodocol“ sau A-PRE.
4. Extracția dinților cu punji parodontale mari de 10 mm apreciate clinic și radiologic, mobilitate gradul III a fost efectuată respectând protocolul unei extracții clasice completată de înlăturarea sau păstrarea țesuturilor de granulație pentru acoperirea materialului de augmentare și a defectelor osoase postextracționale.
5. Implantele au fost inserate amânat după perioada de vindecare osoasă în corespundere cu cerințele implantării, respectând atât raportul dintre lățimea osului și diametrul implantului cât și lungimea implantului cu înălțimea crestei osoase.
6. Tratamentul antimicrobian a fost instituit la toate cele 3 loturi de studiu. Pacienții ce prezentau în anamneză alergii la diverse remedii medicamentoase s-a efectuat în mod obligatoriu alergograma. Pacienții care nu prezentau în anamneză reacții alergice la preparatele din grupul penicinelor au administrat amoxicilină (875mg) în asociere cu acid clavulanic (125mg) 1 comprimat la 12 ore timp de 7 zile completat de protecția antimicrobică realizată

cu 1 capsulă fluconazol (150mg) administrată la a 3-a zi. De asemenea a fost indicată administrarea analgeticelor la necesitate.

7. Pentru determinarea vindecării plăgii postoperatorie s-a utilizat indicele de vindecare a plăgii după Wachtel (EHI) care se înregistrează la a 5-a zi postchirurgical: Vindecarea per primam I grad — închiderea primară completă a plăgii, fără fibrină. Suturele pot fi înlăturate; II grad — închiderea completă a plăgii cu prezența unei fâșii fine de fibrină, suturile se înlătură peste 2 zile; III grad — închiderea completă a plăgii cu o acoperire a liniei de incizie și țesutului adiacent cu fibrină, suturile se înlătură la a 7-a zi postoperator. Vindecarea per secundam. IV grad — închiderea incompletă a plăgii și necroza parțială a marginilor. Datorită infecției postoperatorii, are loc dehiscența marginilor cu prezența eliminărilor, sângerării și durerii. Suturele se înlătură la a 7-a zi postoperator.; V grad — asemeni gradului IV, eliminările purulente se vor evacua prin linia de incizie sau sulcusul dintelui adiacent. Cauza este de obicei gingia subțire care este friabilă sau tensiunea aplicată la suturare. Suturele se înlătură la a 7-a zi postoperator.

## Rezultate și Discuții

### Lotul I de studiu

Pacienții din primul lot de studiu cu parodontită marginală cronică forma incipientă prezentau pungi parodontale de 3-4 mm. La inspecție se observa prezența depunerilor dentare, inflamația țesuturilor parodontale și sângerare la sondare.

La finele fazei active de tratament în acest grup, în majoritatea cazurilor, a fost posibilă ameliorarea inflamației gingivale. Gingia a căpătat un aspect de coajă de portocală, de culoare roz pală. Radiologic resorbția osoasă nu a progresat.

Vizita de control efectuată la o lună, a determinat o reducere a adâncimii pungilor parodontale, la 18 pacienții ce au respectat măsurile de igienă orală recomandate.

La vizita de control de la 6 luni pacienții prezentau o stagnare a evoluției afecțiunii, la 7 pacienți fiind posibilă o ameliorare, valorile pungilor parodontale având o tendință către micșorare în mediu cu 1,02 mm.

La 12 luni s-au prezentat 23 pacienți. Indicii examinați la această vizită comparativ cu cei de la controlul anterior nu au avut diferențe semnificative, totuși rezultate mai bune au fost înregistrate la 11 pacienții. Din aceștia pentru terapia de menținere s-au prezentat regulat 7 pacienți iar 4 pacienți au respectat măsurile de igienă orală recomandate. La 12 pacienți ce nu au respectat măsurile de igienă orală, afecțiunea a evoluat către forma moderată.

Aceste rezultate sunt în concordanță cu datele din literatură, care susțin ideea că la finele fazei active de tratament un rol important în obținerea unor rezul-

tate stabile în timp, precum și în prevenirea recidivelor, îi revine terapiei de menținere [7]. Rezultate bune pot fi de asemenea obținute în cazul în care pacientul este motivat să respecte măsurile de igienă orală recomandate. Conform literaturii de specialitate, în dependență de adâncimea pungilor parodontale și a gradului de implicare a bifurcației în proces, în urma prelucrării mecanice în câmp închis pe suprafețele radiculare se mențin de la 5 la 80 % placă bacteriană și tartar [7]. Armitage a analizat eficacitatea metodelor conservative de tratament în funcție de profunzimea pungilor parodontale și a determinat că în cazul pungilor parodontale de până la 4 mm se denotă o stagnare a evoluției afecțiunii cu rezultate stabile în timp. În cazul în care pungea parodontală depășește 4 mm probabilitatea progresării afecțiunii creștea de 10 ori [7]. Din acest motiv considerăm adâncimea pungii parodontale ca fiind un punct important de reper în alegerea metodelor de tratament.

### Lotul II de studiu

Pacienții din lotul doi de studiu cu parodontită marginală cronică forma moderată prezentau pungi parodontale de 4-6 mm, asociate cu mobilitate dentară de gr. I-II. La inspecție se observa prezența depunerilor dentare, inflamație a țesuturilor parodontale, sângerare la sondare și deplasări dentare.

### Subgrupul 1 (fără augmentare)

La 5 pacienți, în sectoarele arcadelor dentare unde a fost efectuată intervenția chirurgicală de chiuretaj în câmp deschis fără adiție osoasă (Fig. 2) la primul control săptămânal nici un pacient nu a prezentat dehiscențe, indicele de vindecare a plăgii postoperatorii după Wachtel (EHI) a corespuns gradului 3 la 2 pacienți și gradului 2 la 3 pacienți.

La controlul de 30 zile, la toți pacienții plăgile postoperatorii erau vindecate, fără semne de inflamație. La efectuarea sondării adâncimii pungilor parodontale s-a determinat micșorarea acestora în mediu cu 2,24 mm.

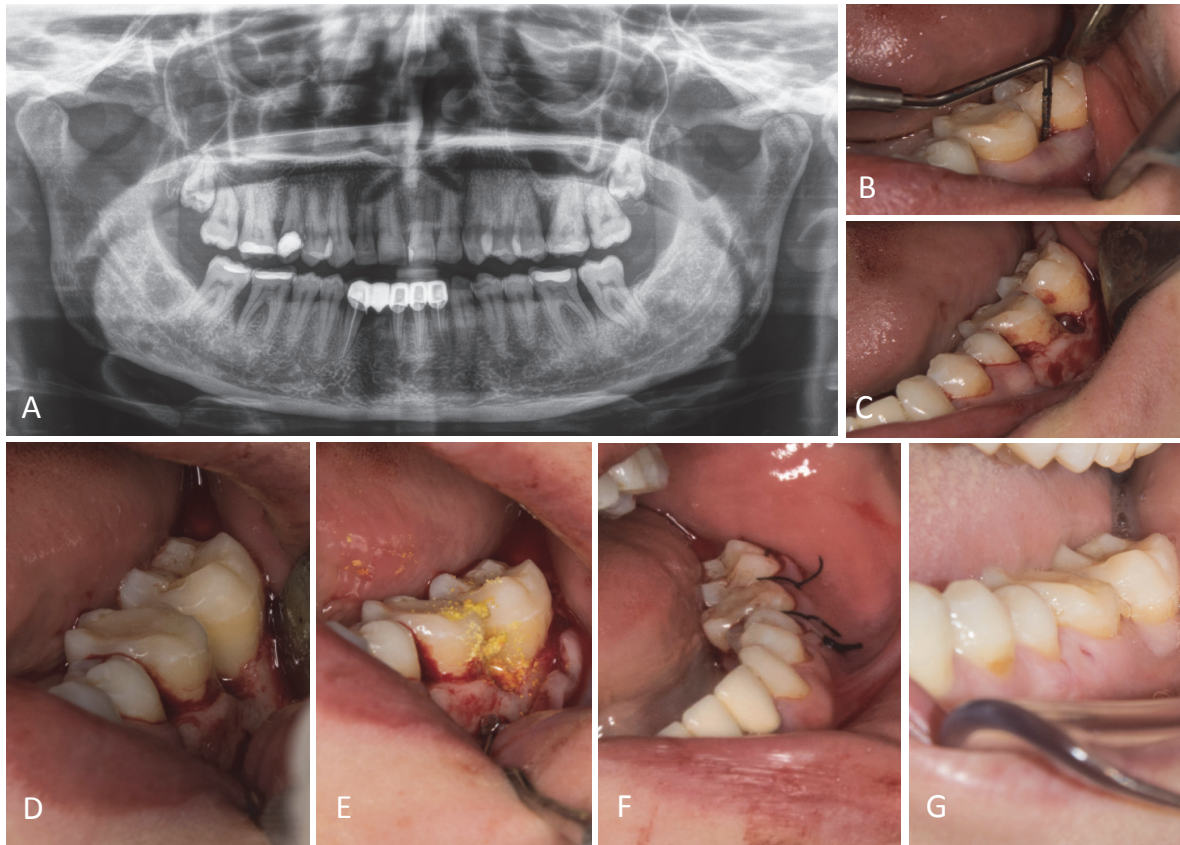
La controlul efectuat la 6 luni, sondarea adâncimii pungilor parodontale la 4 pacienți a înregistrat o ameliorare în mediu cu 2,57 față de sondarea efectuată înainte de tratament. La 1 pacient s-a obținut vindecarea cu dispariția pungii parodontale.

Radiologic resorbția osoasă nu a progresat dar nici nu s-a înregistrat o apoziție osoasă. De asemenea toți pacienții din acest grup de studiu prezentau tendințe către recesiuni gingivale.

La controlul anual s-au prezentat 4 pacienți. Diferențe semnificative comparativ cu examenul clinic efectuat la 6 luni nu s-au înregistrat, sondarea pungilor parodontale fiind în mediu cu 2,68 mai mică față de sondarea efectuată înainte de tratament. Lipsa pungilor parodontale a fost înregistrată la 3 pacienți, de asemenea la acești pacienți a fost înregistrată recesiune gingivală grad II după Miller.

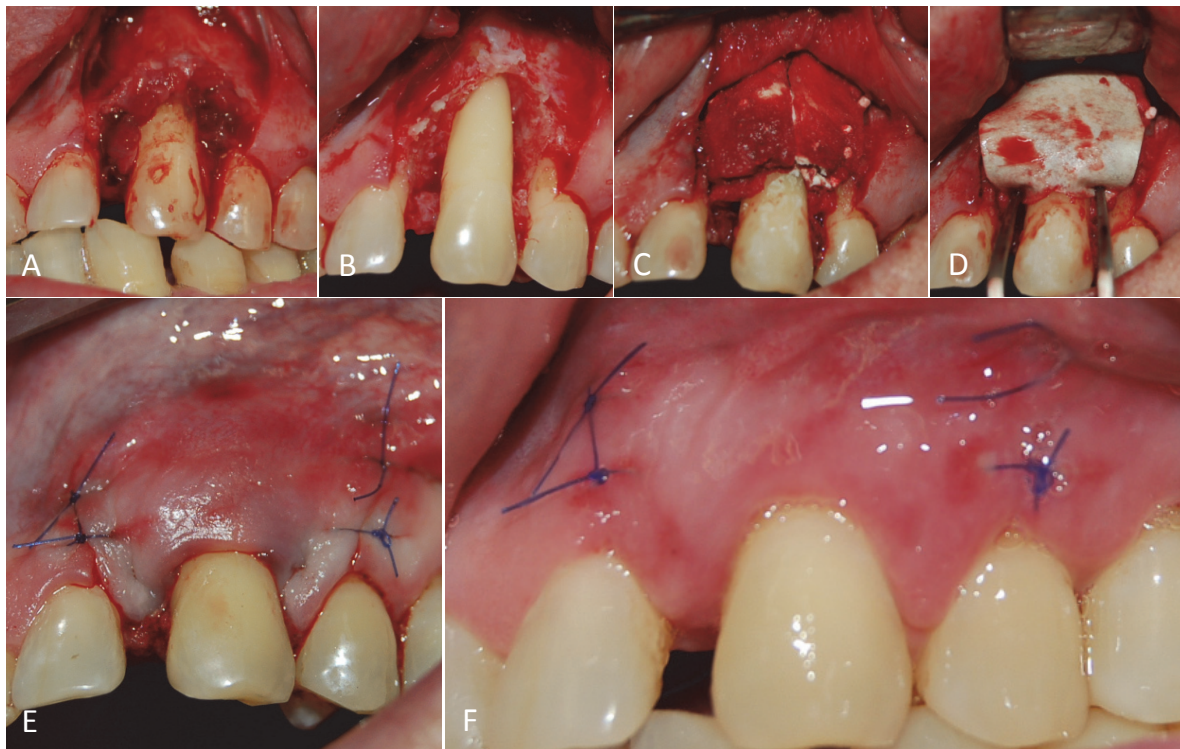
### Subgrupul 2 (cu augmentare osoasă)

La 8 pacienți ce au suportat intervenția chirurgicală de chiuretaj în câmp deschis cu adiție osoasă (Fig.3) la primul control săptămânal nici un pacient



**Fig. 2.** Pacienta M. Dg: Parodontită marginală cronică forma moderată

**A.** OPG preoperator. **B.** Imagine preoperatorie. **C.** Imagine intraoperatorie după incizie și expunerea câmpului operator, se determină pungă osoasă cu țesuturi de granulație, tartru subgingival. **D.E.** Aspectul dinților și a defectelor osoase după manoperele chirurgicale (chiuretaj, surfasaj radicular, prelucrarea cu clorhidrat de tetraciclină). **F.** Aplicarea suturilor. **G.** Imagine postoperatorie la 7 zile postoperator



**Fig. 3.** Pacientul G. Dg: Parodontită marginală cronică localizată la dinte 2.3 forma moderată.

**A.** Imagine intraoperatorie după incizia în trapez pentru expunerea câmpului operator, se determină pungă osoasă a dintelui 2.3 cu țesuturi de granulație, tartru subgingival. **B.** Aspectul dintelui 2.3 și a defectului după manoperele chirurgicale (chiuretaj, surfasaj radicular, prelucrarea cu clorhidrat de tetraciclină). **C.** Augmentarea defectului cu „Kolapol KP 3 LM”. **D.** Acoperirea augmentatului cu membrană “Parodoncol”. **E.** Sutura lamboului. **F.** Imagine postoperatorie la 10 zile se determină acoperirea recesiunii dintelui 2.3.

nu a prezentat dehiscențe ale plăgii postoperatorii. Indicile de vindecare a plagii (EHI) a corespuns gradului 3 la 2 pacienți, gradului 2 la 5 pacienți și gradului 1 la 1 pacient.

La controlul de 30 zile, la toți pacienții nu s-au înregistrat semne de inflamație. La efectuarea sondării adâncimii pungilor parodontale s-a determinat micșorarea acestora în mediu cu 2,63 mm.

La controlul efectuat la 6 luni, la sondarea adâncimii pungilor parodontale la 2 pacienți s-a înregistrat o ameliorare în mediu cu 2,89 față de sondarea efectuată înainte de tratament. La 4 pacienți a fost posibilă vindecarea cu dispariția pungilor parodontale.

Radiologic resorbția osoasă nu a progresat, în comparație cu subgrupul lotului 2 de studiu s-a înregistrat o apozitie osoasă de până la 0,7 mm în 5 cazuri și pământ la 1 mm la 3 pacienți. Tendința către dezvoltarea recesiunii gingivale a fost înregistrată la 2 pacienții a acestui subgrup.

La 12 luni s-au prezentat 6 pacienți. La toți pacienții nu s-au înregistrat punși parodontale, sondarea fiind în mediu cu 2,92 mai mică comparativ cu sondarea efectuată înainte de tratament. În acest subgrup

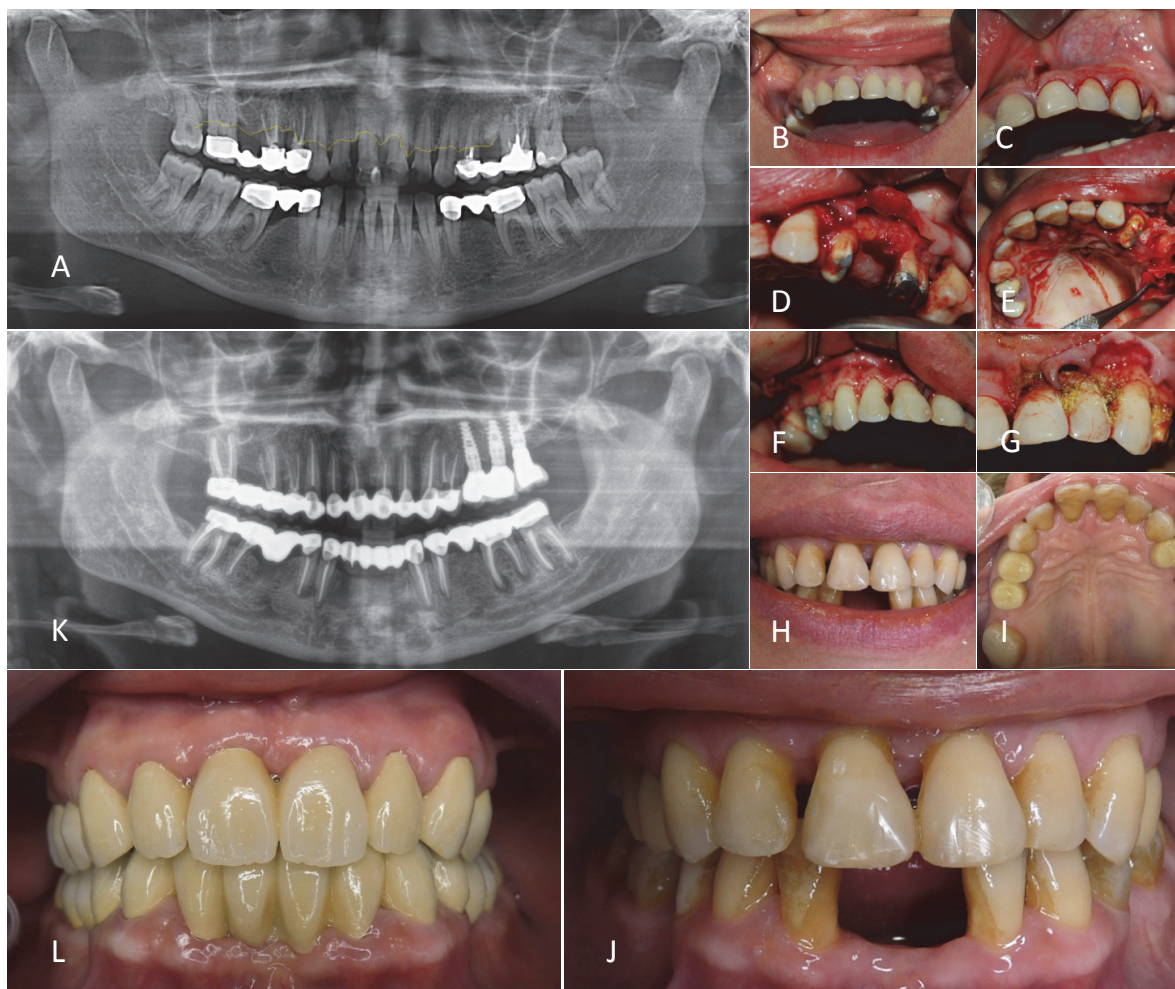
1 pacient a prezentat recesiune gingivală grad II după Miller.

### Lotul III de studiu

Pacienții din lotul trei de studiu cu parodontită marginală cronică forma severă (Fig. 4) prezentau punși parodontale de 6-10 mm, asociat cu mobilitate dentară de gr.II-III. La inspecție se observa prezența depunerilor dentare, inflamație a țesuturilor parodontale, deplasări dentare și halenă specifică.

### Subgrupul 1

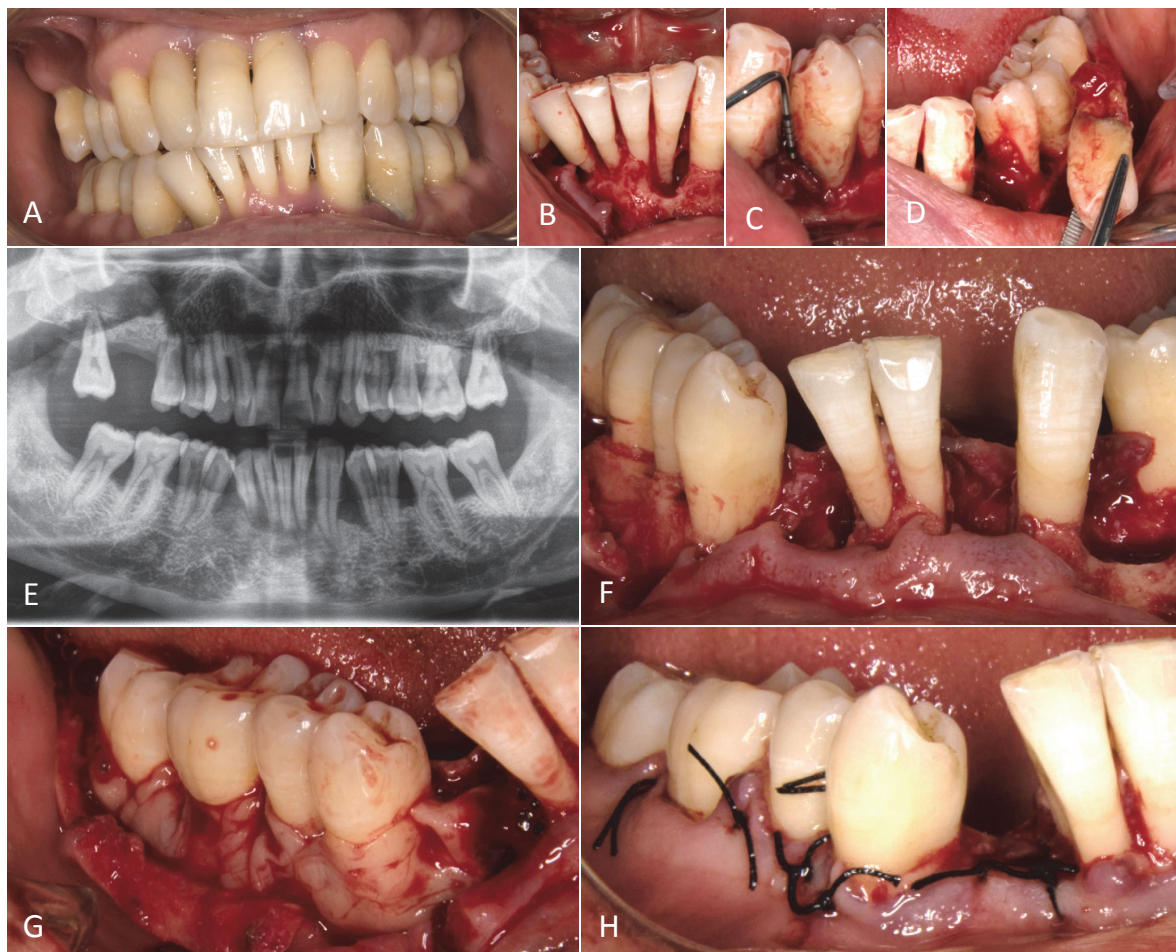
În sectoarele arcașelor dentare, unde a fost posibilă păstrarea dinților și ameliorarea maladei parodontale, la 1 pacient din acest subgrup de studiu în dependență de adâncimea defectelor osoase, s-a realizat chiuretaj în câmp deschis cu augmentare osoasă cu materialul sintetic „Kolapol KP 3-LM“ și membrane resorbabile autologe A-PRE. În acest caz a fost posibilă conservarea tuturor dinților implacați în proces. La 3 pacienți, nu a fost posibilă păstrarea dinților implicați. Unele sectoare ale arcașelor dentare au prezentat atrofie verticală marcată, cu punși parodontale ce depășesc 10 mm și mobilitate a dinților de gr. III, soluția a fost extracția completată cu augmentare osoasă (Fig. 4,5).



**Fig.4.** Pacienta T. Dg: Parodontită marginală cronică generalizată forma medie-gravă.

**A.** Imagine OPG preoperatorie. **B.** Imagine preoperatorie. **C.** Imagine intraoperatorie după incizie intrasulculară. **D.** Expunerea câmpului operator, se determină punși osoase cu țesuturi de granulație, tartru subgingival. **E.** Extracția dinților cu mobilitate avansată. **F.** Aspectul dinților și a defectelor osoase după manoperele chirurgicale de chiuretaj, surfasaj radical. **G.** Prelucrarea cu clorhidrat de tetraciclină și augmentarea defectelor cu „Kolapol KP 3 LM“. **H.I.J.** Aspectul gingivo-mucoasei la 6 luni postoperator, se determină recesiune gingivală.

**K.** Imagine OPG la 4 ani postoperator. **L.** Aspectul gingivo-mucoasei la 4 ani postoperator.



**Fig.5.** Pacientul V. Dg: Parodontită marginală cronică generalizată forma medie-gravă.

**A.** Imagine preoperatorie. **B.** Imagine intraoperatorie după incizie și expunerea câmpului operator, se determină punji osoase cu țesuturi de granulație, tartru subgingival. **C.** Aprecierea adâncimii pungilor osoase cu sonda parodontală. **D.** Extracția dinților cu mobilitate avansată. **E.** OPG preoperator. **F.** Aspectul dinților și a defectelor osoase după manoperele chirurgicale (chiuretaj, surfasaj radicular, prelucrarea cu clorhidrat de tetraciclină). **G.** Augmentarea defectului cu „Kolapol KP 3 LM” și acoperirea augmentatului cu membrană “A-PRF”. **H.** Sutura lamboului.

La 7 zile postoperator majoritatea pacienților au prezentat o închidere suficientă a plăgilor, nu s-au înregistrat dehiscențe și nici pierderi ale materialului de adiție. Indicele EHI de vindecare a plagii a corespuns gradului 2 la 3 pacienți și gradului 1 la 1 pacient.

La vizita de control la 14 zile situația s-a prezentat în mod similar determinându-se vindecarea bună a plăgilor. La 3 pacienți la care în unele sectoare ale arcadei dentare s-au efectuat extracții, alveolele post-extracționale prezentau vindecare fără semne de inflamație.

La o lună postoperator, situația clinică a fost stabilă în toate cazurile, fără fenomene inflamatorii sau dehiscențe ale plăgilor. De asemenea s-a constatat o reducere a pungilor parodontale în mediu cu 5,34 mm. Alveolele postextracționale la inspecție erau complet vindecate.

La controlul de la 6 luni a fost înregistrată o reducere medie a adâncimii pungilor parodontale de 5,27 mm. Valoarea indicelui de mobilitate a scăzut semnificativ. Radiologic s-a înregistrat o apoziție osoasă de până la 0,8 mm în 3 cazuri și până la 1 mm la 1 pacient. Tendința către dezvoltarea recesiunii gingivale a fost înregistrată la toți pacienții acestui subgrup.

La 12 luni s-au prezentat 10 pacienți, examenul clinic și paraclinic efectuat a înregistrat prezența fenomenelor inflamatorii la 1 pacient, la 9 pacienți prezență pungilor parodontale nu s-a determinat. În acest subgrup de studiu 1 pacient a prezentat recesiuni gingivale grad I după Miller, 5 pacienți au prezentat recesiuni gingivale grad III și 2 pacienți recesiuni grad IV.

#### Subgrupul 2

La 3 pacienți nu a fost posibilă păstrarea dinților datorită atrofiei verticale marcate, a pungilor parodontale ce depășeau 10 mm și a mobilității dentare gr. III (Fig.6,7). În aceste cazuri soluția a fost extracția dentară completată cu augmentare osoasă utilizând materialul sintetic „Kolapol KP 3-LM” și autolog A-PRF.

La primul control postoperator săptămânal am observat o îngroșare a crestei alveolare, cu dispariția fenomenelor inflamatorii, mucoasa acoperitoare vindecată în toate cele 3 cazuri. Firele de sutură au fost înlăturate.

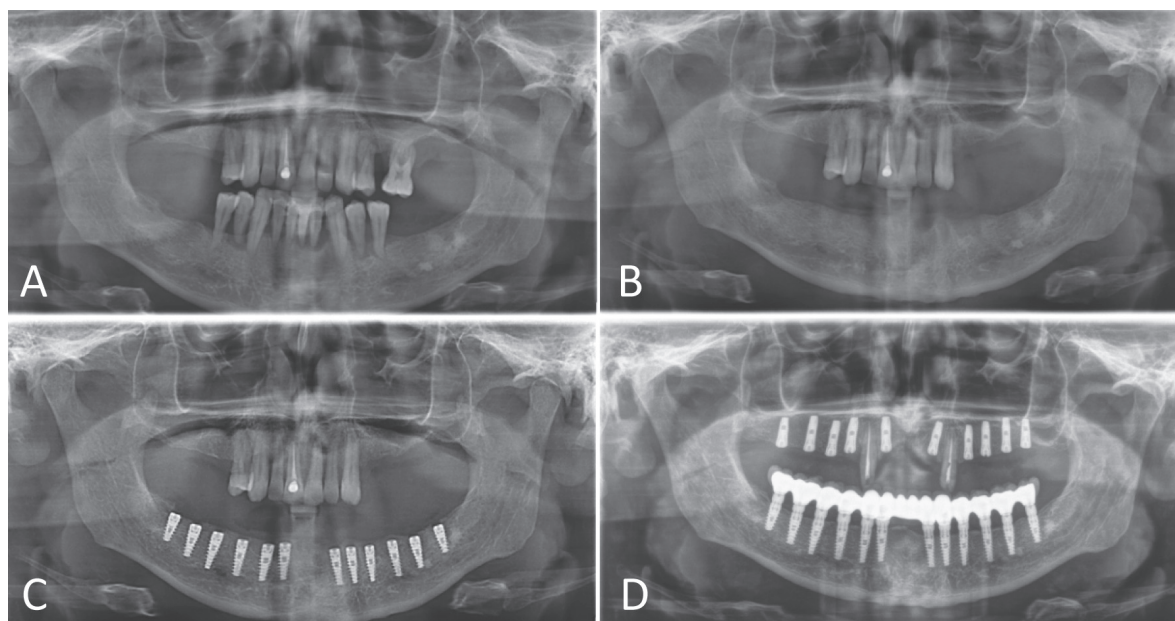
La 1 lună postoperator situația s-a prezentat în mod similar determinându-se vindecarea bună a al-

veolelor postextractionale. Pacienții nu prezentau simptome ale inflamației.

La controlul de la 6 luni radiologic s-a înregistrat stoparea proceselor de resorbție osoasă iar zonele unde a fost efectuată augmentarea osoasă prezentau un tablou radiologic caracteristic morfologiei osului spongios. La această etapă a fost posibilă efectuarea intervenției chirurgicale de implantare, respectându-se protocolul de implantare convențională, cu incizie, decolarea lamboului mucoperiostal, forarea neoalveolelor și inserarea implantelor dentare. La inspecție țesutul osos prezenta aspect de os matur cu densitate osoasă bună ce corespunde D2-D3 (Misch).

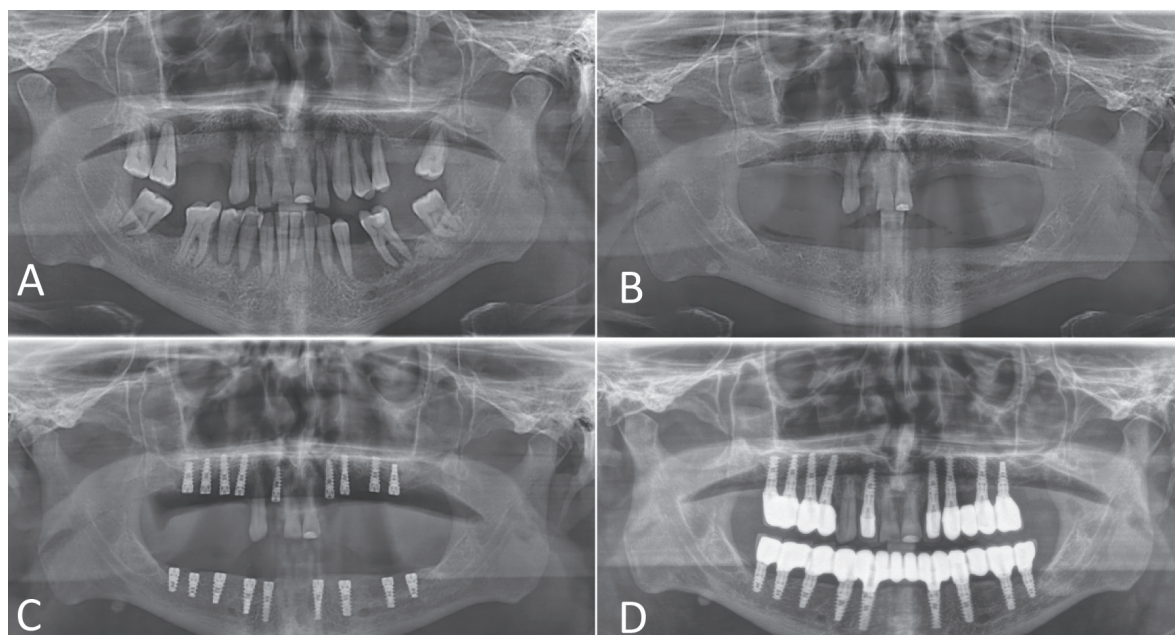
La controlul anual s-au prezentat 9 pacienți, la acești pacienți s-a înregistrat osteointegrarea implanturilor fără semne de resorbție osoasă periimplanțară, fapt confirmat prin investigații imagistice OPG, CT. De asemenea intraoperator implanturile fiind acoperite de os în 60% din cazuri, valorile periostestului indicând valori negative în 98% din cazuri.

La controlul efectuat la 3 ani după inserarea implanturilor s-au prezentat 4 pacienți, la 2 pacienți radiologic s-a înregistrat o ușoară resorbție osoasă în mediu cu 0,7 mm. La 2 pacienți nu s-au înregistrat fenomene de resorbție osoasă.



**Fig.6.** Pacientul O. Dg: Parodontită marginală cronică generalizată forma severă

**A.** Imagine OPG preoperatorie. **B.** Imagine OPG la 3 luni postoperator. **C.** Imagine OPG după inserarea implanturilor dentare la mandibulă. **D.** Imagine OPG la 4 ani de la încărcarea implanturilor dentare.



**Fig.7.** Pacientul O. Dg: Parodontită marginală cronică generalizată forma severă

**A.** Imagine OPG preoperatorie. **B.** Imagine OPG la 4 luni postoperator. **C.** Imagine OPG după inserarea implanturilor dentare la mandibulă la 4 luni. **D.** Imagine OPG la 3 ani de la încărcarea implanturilor dentare.



Metoda chiuretajului în câmp deschis precum și cea cu lambou utilizate de către autori în acest studiu facilitează crearea accesului instrumentelor la suprafețele radiculare în cazul defectelor osoase adânci, prin posibilitatea manipulațiilor chirurgicale sub control vizual. Din observațiile noastre am constatat la pacienții în studiu tratați prin această metodă o vindecare rapidă, durata redusă a intervenției, dureri și complicații postoperatorii reduse, rezultate estetice favorabile, conservarea maximă a osului de susținere, dificultăți tehnice reduse.

Parodontita cronică marginală, forma medie și forma avansată, cu punji și defecte osoase adânci, după părerea noastră nu reprezintă o indicație pentru tratament prin metode rezectivă, deoarece aceasta ar însemna eliminarea osului de susținere. În asemenea cazuri propunem chiuretajul în câmp deschis ca terapie inițială în tratamentul parodontitelor marginale, asociată sau nu cu augmentarea defectelor osoase sau regenerarea tisular ghidată. Astfel se elimină inflamația subgingivală și se îmbunătățește sprijinul parodontal. Decizia de a efectua ulterior o reducere maximală a pungilor sau o intervenție pentru eliminarea defectelor osoase restante, se va baza pe reevaluarea postoperatorie. Astfel, în urma măsurărilor efectuate la 1 și 3 luni de la efectuarea chiuretajului în câmp deschis, pentru unii pacienți chiar și la 6 luni și un an, se constată o ameliorare evidentă a stării de sănătate parodontală. La pacienții care, pentru augmentarea osoasă s-a folosit atât materialul sintetic „Kolapol KP 3-LM“, cât și materialul autolog-membanele A-PRF, se observă o reducere mai evidentă a pungilor parodontale și o ameliorare mai rapidă a nivelului clinic de atașament. Aceasta este în concordanță cu rezultatele din literatura de specialitate, conform cărora neoosteogeneza se desfășoară în prezența fenomenelor de osteoinducție și osteoinducție, deci în prezența unei matrice suport a osteoblastelor și osteoclastelor. [3] De asemenea, rezultate semnificativ mai bune s-au obținut la pacienții care efectuau control clinic periodic, respectau igiena orală recomandată.

În baza rezultatelor obținute, putem concluziona că chiuretajul prin operație cu lambou este o metodă eficientă în tratamentul complex al parodontopatiilor marginale forma medie și unele situații clinice de forma avansată. Acesta creează condiții favorabile pentru îndepărtarea factorilor cauzali locali, precum și pentru păstrarea unui teren parodontal intact și capabil să răspundă la agresiunea microbiană. Datele radiologice au demonstrat stoparea proceselor de resorbție osoasă, cu regenerarea țesuturilor. Analiza în dinamică a rezultatelor obținute ne demonstrează că tratamentul chirurgical, cu utilizarea materialelor de adiție, este net avantajos față de tehnicile obișnuite ale chirurgiei parodontale. Acest lucru este justificat prin reducerea mai evidentă a pungilor parodontale, sub acțiunea fenomenelor de osteoinducție și osteoinducție.

## Concluzie

În cadrul tratamentului parodontitei marginale de formă incipientă metodele conservative pot fi considerate metode de elecție cu rezultate satisfăcătoare, în forma medie și unele cazuri clinice severe metodele conservative vor fi completate obligatoriu cu cele chirurgicale.

În cazul parodontitei marginale forma severă pentru a preveni distrucția osoasă accentuată este binevenită extracția dentară cu restabilirea integrității anatomice a crestei alveolare prin augmentare, ceea ce va crea condiții favorabile pentru reabilitarea ulterioară a edentațiilor prin intermediul implanturilor dentare endoosoase.

Augmentarea cu materiale sintetice sau în combinație cu A-PRF a defectelor osoase în pungile parodontale sau postextracționale utilizată în acest studiu au demonstrat o reabilitare morfofuncțională și estetică dovedită clinic și radiologic.

## Bibliografie

1. Cairo F, Nieri M, Pagliaro U. Efficacy of periodontal plastic surgery procedures in the treatment of localized gingival recessions. A systematic review. *J Clin Periodontol* 2014; 41 (Suppl. 15): S44-S62.
2. Chetruș V. Tratatamentul parodontitei marginale cronice prin utilizarea matricei în bază de biovitroceramică și colagen. Teza de dr. în medicină. Chișinău, 2005, 127 p.
3. Choukroun J, Diss A, Simonpieri A, Girard MO, Schoeffler C, Dohan SL, et al. Platelet-rich fibrin (PRF): A second-generation platelet concentrate. Part IV: Clinical effects on tissue healing. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006;101:e56-60.
4. Ciobanu S. Tratatamentul complex în reabilitarea pacienților cu parodontite marginale cronice. Teza de dr. habilitat în medicină, Chișinău, 2012, 211 p.
5. Cohen, S. Ed., Atlas of cosmetics and Reconstructive Periodontal Surgery. Ed. Williams and Wilkins, 1994, 450 p.
6. Dumitriu H.T. Parodontologie. București, 1997, 351 p.
7. Giano Ricci. Periodontal Diagnosis and Therapy. Quintessence Publishing Company, 2014. 752 pp; 3,071 illus. ISBN 978-88-7492-191-1, 9788874921911
8. Giovanni Zucchelli, Guido Gori. Mucogingival Esthetic Surgery. Quintessence Publishing Company, 2013. 830 pp; 2,000 illus; ISBN 978-88-7492-171-3, 9788874921713
9. Otto Zuh, Marc Hurzeler. Plastic-esthetic periodontal and implant surgery. J. Quintessence Publishing, United Kingdom, 2012, 858 p.
10. Sculean S. Terapia parodontală regenerativă. Ed. Quintessence, București, 2013, 294 p.
11. Vataman M. R. Cercetări privind eficiența terapiei pungilor parodontale. Teza de dr. în medicină. Iași, 2011, 35 p.
12. Zuh O, Baumer D, Hurzeler M. The addition of soft tissue replacement grafts in plastic periodontal and implant surgery: critical elements in design and execution. *J Clin Periodontol* 2014; 41 (Suppl. 15): S123-S142.
13. Безрукова И. В. Агрессивные формы пародонтита. Медицинская книга, Москва, 2004.
14. Серж Дибарт, Мамду Карима. Практическое руководство по пластической пародонтологической хирургии. Изд. Азбука, Москва, 2007, 110 с.

*Data prezentării: 21.03.2016.  
Recenzent: Dumitru Șcerbatiuc*