

IMPORTANȚA STATUSULUI PARODONTAL ÎN REABILITAREA PROTETICĂ

Sidorencu Cristina, rezidentă, Facultatea de stomatologie, USMF „Nicolae Testemițanu”¹

Rusu Vasile, asist.univ., Catedra de stomatologie ortopedică „Ilarion Postolachi”, USMF „Nicolae Testemițanu”

Introducere. Boala parodontală reprezintă una dintre cele mai frecvente afecțiuni cronice non-transmisibile la nivel global, fiind una dintre cauzele majore de pierdere dentară la adulți. Statusul parodontal reprezintă un determinant biologic major în planificarea și prognosticul reabilitării protetice. Impactul parodontitei asupra funcției orale, esteticii și calității vieții este semnificativ, iar consecințele sale se extind dincolo de sfera parodontală, influențând direct succesul tratamentelor protetice și implantare.

Scopul lucrării. Analiza importanței statusului parodontal în planificarea și succesul reabilitării protetice la pacienții parodontopați.

Material și metode. A fost realizată o analiză narativă a literaturii recente, incluzând 20 de studii comparative și revizuirii sistematice publicate în perioada 2020-2025, care au evaluat relația dintre parametrii parodontali (PPD, CAL, pierdere osoasă) și rezultatele restaurărilor protetice. Căutarea bibliografică a fost realizată în bazele de date PubMed, Scopus și Google Scholar, utilizând termenii: *periodontal status, prosthetic rehabilitation, fixed dental prostheses, implant survival, periodontitis, oral health-related quality of life*. Au fost analizate date privind supraviețuirea implanturilor și restaurărilor fixe, complicațiile biologice și rolul terapiei parodontale pre-protetice.

Rezultate. Literatura demonstrează că obținerea unui status parodontal stabil, la etapa preprotetică, crește predictibilitatea și longevitatea restaurărilor. Terapia non-chirurgicală reduce inflamația și adâncimea pungilor parodontale, iar intervențiile regenerative contribuie la refacerea suportului osos necesar reabilitării. Controlul factorilor de risc influențează decisiv rezultatele. În condițiile unui status parodontal controlat, ratele de supraviețuire implantară pot depăși 90-95% la 5-10 ani, comparativ cu valori semnificativ reduse în absența controlului bolii.

Concluzii. Statusul parodontal are un rol esențial în succesul reabilitării protetice, influențând succesul restaurărilor protetice și implanturilor, precum și incidența complicațiilor biologice. Menținerea unor condiții parodontale optime permite obținerea unor rate ridicate de succes pe termen lung și crește predictibilitatea tratamentului protetic. Integrarea abordării parodontale în planificarea protetică, alături de controlul factorilor de risc, este indispensabilă pentru rezultate funcționale și estetice durabile.

Cuvinte-cheie: boala parodontală, status parodontal, reabilitare protetică, abordare interdisciplinară.

Introducere

Boala parodontală reprezintă una dintre cele mai frecvente afecțiuni cronice non-transmisibile la nivel global, fiind principala cauză de pierdere dentară la adulți. Statusul parodontal reprezintă un determinant biologic major în planificarea și prognosticul reabilitării protetice [1,2]. Bolile parodontale sunt afecțiuni inflamatorii cronice multifactoriale, caracterizate prin distrugerea progresivă a ligamentului parodontal și a osului alveolar, constituind principala cauză de pierdere dentară la adulți [3]. Impactul parodontitei asupra funcției orale, esteticii și calității vieții este semnificativ, iar consecințele sale se extind dincolo de sfera parodontală, influențând direct succesul tratamentelor protetice și implantare [5,6]. Statusul parodontal reprezintă un determinant biologic esențial în planificarea și prognosticul reabilitării protetice [6]. Clasificarea AAP/EFP din 2018 definește parodontita avansată (stadiile III și IV) prin pierderi severe de atașament clinic, resorbție osoasă extinsă, mobilitate dentară și afectarea funcției masticatorii [3,4]. Clinic boala parodontală avansată se caracterizează prin pierderi severe de atașament parodontal (≥ 5 mm), resorbție osoasă alveolară extinsă (peste 33-50% din lungimea rădăcinii), mobilitate dentară gradul II-III, defecte funcționale (migrări dentare, diasteme, traumatism ocluzal secundar), estetice (recesiuni gingivale, aspect „dinți lungi”) și tulburări fonetice și masticatorii [21,25]. Diagnosticarea bolii parodontale prin indici clinici (PI, BOP, PPD, CAL) și

radiologici este pasul inițial pentru stabilizarea non-chirurgicală, care pregătește terenul pentru planificarea protetică, reducând inflamația și riscul de eșec al restaurărilor [4,10,11].

Prevalența globală a formelor severe este estimată la 10–15% în populația adultă peste 40 de ani, cu valori mai ridicate în țările în curs de dezvoltare și în grupuri cu factori de risc socio-economici și comportamentali (fumat, igienă deficitară, acces limitat la îngrijiri stomatologice) [1, 2].

În absența unei stabilizări parodontale adecvate, riscul de eșec biologic al restaurărilor protetice crește de 3–5 ori, iar rata de supraviețuire a implantelor scade sub 80% la 5 ani [7,9]. Patologia odontală asociată parodontitei (cum ar fi cariile radiculare și pulpite) necesită terapie conservatoare și endodontică înainte de stabilizarea parodontală și planificarea protetică, pentru a evita agravarea pierderilor osoase și eșecul restaurărilor [7,8].

Controlul bolii parodontale reprezintă, așadar, etapa esențială înainte de orice intervenție protetică. Aceasta include:

1. Terapia cauzală non-chirurgicală (faza I) – detartraj supragingival și subgingival, chiuretaj radicular, controlul plăcii bacteriene, educație în igienă orală, antibioterapie sistemică sau locală adjuvantă;
2. Terapia chirurgicală regenerativă (faza II) – grefe osoase (autogene, alogene, xenogene), membrane de ghidare tisulară (GTR), tehnici cu factori de creștere (PRP, PRF), rezecții osoase, gingivoplastie;
3. Controlul factorilor de risc sistemici și locali (renunțarea la fumat, control glicemic, tratament ortodontic minor dacă este necesar, ajustări ocluzale) [8,9,19];
4. Menținerea pe termen lung (contribuie la 3–6 luni, reevaluări clinice și radiologice).

Prin aceste măsuri se obțin reduceri semnificative ale indicilor inflamatori (PI cu 50–80%, BOP sub 20–25%, PPD cu 2–4 mm), câștig de atașament clinic și regenerare osoasă în 60–85% din cazuri, în funcție de tipul defectului și factorii individuali [17,20].

Abordarea interdisciplinară parodontologie – ortopedie stomatologică devine indispensabilă, permițând planificarea protetică în condiții de stabilitate parodontală, cu simulări digitale (CAD/CAM, ghiduri chirurgicale pentru implante) și adaptarea designului protetic la biologia parodontală restaurată. Literatura recentă (2021–2026) demonstrează că pacienții stabiliizați au rate de supraviețuire protetică comparabile cu cei fără istoric parodontal, în timp ce lipsa stabilizării rămâne principalul predictor negativ al eșecului [13,14,15].

În stomatologia contemporană, succesul reabilitării protetice este definit nu doar prin restaurarea morfologică a arcadei dentare, ci prin obținerea unor rezultate biologice stabile, funcționale și predictibile pe termen lung. Astfel, statusul parodontal devine un factor-cheie în decizia terapeutică, influențând selecția tipului de restaurare, designul protetic și prognosticul global al tratamentului [6,17,18].

Scopul lucrării: Analiza importanței statusului parodontal în planificarea și succesul reabilitării protetice la pacienții parodontopați.

Material și metode.

Această lucrare reprezintă o analiză narativă extinsă a literaturii de specialitate. Au fost analizate studii clinice prospective și retrospective, meta-analize și review-uri sistematice publicate în perioada 2020–2025. Căutarea bibliografică a fost realizată în bazele de date PubMed, Scopus și Google Scholar, utilizând termenii: *periodontal status*, *prosthetic rehabilitation*, *fixed dental prostheses*, *implant survival*, *periodontitis*, *oral health-related quality of life*. Au fost incluse exclusiv lucrări care au evaluat relația dintre statusul parodontal și rezultatele protetice, cu criteriile clinice parodontale clar definite. Au fost excluse studiile cu perioade de urmărire insuficiente sau fără evaluare parodontală standardizată. Au fost selectate 15-20 studii relevante, din ultimii 5 ani, incluzând date statistice privind supraviețuirea (absența pierderii implantului/restaurării), succesul (lipsa complicațiilor majore, PPD <5 mm, BOP <20%, pierdere osoasă marginală – MBL <2 mm/an), complicații biologice (peri-implantită, mucozită) și tehnice (fracturi, decimentări).

Rezultate

Analiza literaturii evidențiază faptul că statusul parodontal reprezintă un determinant major al rezultatelor reabilitării protetice, atât în cazul restaurărilor dento-susținute, cât și al celor implanto-susținute, influențând direct ratele de supraviețuire, incidența complicațiilor biologice și calitatea vieții pacienților [5,6,9].

În etapa inițială, managementul parodontal non-chirurgical are ca obiectiv principal eliminarea biofilmului bacterian și reducerea inflamației parodontale. Datele din literatură arată că obținerea unui status parodontal favorabil, prin terapie non-chirurgicală și, atunci când este indicat, chirurgicală, reprezintă o condiție esențială înaintea tratamentului protetic corectiv, contribuind la limitarea progresiei parodontitei și la creșterea longevității restaurărilor protetice [10-12,18].

Studiile clinice indică faptul că terapia parodontală inițială determină o reducere a adâncimii pungilor parodontale (PPD) cu 1,5–3 mm și un câștig de atașament clinic (CAL) de 1–2 mm în intervalul de 3–6 luni, creând condiții biologice favorabile pentru intervențiile protetice ulterioare [10-12]. Rezultatele sunt semnificativ influențate de complianța pacientului la igiena orală, ratele de succes atingând aproximativ 90% la pacienții cu complianță >80%, comparativ cu ~60% la cei cu igienă deficitară. Controlul factorilor sistemici are, de asemenea, un impact major, pacienții diabetici cu HbA1c <7% prezentând o reducere a riscului de progresie parodontală cu aproximativ 40% [7-9,19]. Fumatul rămâne un factor de risc important, crescând probabilitatea de răspuns terapeutic insuficient de 2–3 ori, motiv pentru care intervențiile de renunțare la fumat sunt integrate în protocoalele terapeutice [19]. Afecțiunile mucoparodontale asociate parodontitei avansate necesită o abordare terapeutică integrată pentru obținerea unor condiții parodontale compatibile cu reabilitarea protetică, prevenind complicații precum inflamațiile gingivale induse de proteze [3,4].

Terapia chirurgicală regenerativă reprezintă o etapă importantă în managementul defectelor osoase asociate parodontitei avansate. Tehnici precum utilizarea grefelor osoase autogene în combinație cu membrane de regenerare tisulară ghidată (GTR) permit obținerea unui câștig osos de 3–5 mm în 70–85% dintre cazuri, îmbunătățind suportul biologic necesar pentru implante sau restaurări protetice fixe [13,14]. Rezultatele regenerative sunt influențate de vârsta pacientului (pacienții sub 50 de ani prezentând rate de regenerare cu aproximativ 20% mai mari), de morfologia defectului osos (defectele cu trei pereți având rate de succes >90%, comparativ cu aproximativ 60% în defectele orizontale extinse) și de materialele utilizate, PRF fiind asociat cu o creștere a vascularizației locale de circa 30% și cu accelerarea vindecării [15]. În absența reconstrucției osoase adecvate, riscul de eșec protetic crește semnificativ, iar ratele de supraviețuire implantară pot scădea sub 80% la 5 ani [7,8].

Controlul factorilor de risc reprezintă un element central în menținerea unui status parodontal favorabil, cu impact direct asupra rezultatelor protetice. Pacienții cu diabet necontrolat prezintă rate de peri-implantită de 25–35%, comparativ cu 5–10% la pacienții cu glicemie echilibrată după tratament parodontal. Fumatul activ reduce supraviețuirea implanturilor cu 10–15% la 10 ani, în timp ce renunțarea la fumat înaintea reabilitării protetice poate îmbunătăți rezultatele cu 20–30% [2]. Alți factori, precum predispoziția genetică (polimorfisme IL-1), stresul cronic și deficiențele nutriționale, influențează negativ inflamația parodontală și pot reduce potențialul regenerativ osos cu până la 25% [7-9,19].

În reabilitările implanto-susținute realizate în condiții de status parodontal controlat, studiile retrospective raportează rate de supraviețuire implantară de 96–98% la 5 ani și 93–96% la 10 ani. Succesul funcțional, definit prin absența complicațiilor biologice și tehnice majore, atinge 83–93% la 10 ani în cazul restaurărilor de tip full-arch [5,7,9]. Pierderea osoasă marginală medie (MBL) este limitată la 0,3–0,8 mm după 10–11 ani, cu o rată de succes radiografic >95% atunci când MBL rămâne sub 2 mm. Prevalența peri-implantitei scade la 4–12% în aceste condiții, comparativ cu 20–45% în absența unui management parodontal adecvat, în special la fumători și pacienți diabetici [8,16].

Pentru restaurările protetice fixe dento-susținute realizate pe dinți cu status parodontal favorabil, supraviețuirea raportată este de aproximativ 96% la 5 ani și 93% la 10 ani. La 10 ani, ratele funcționale sunt

de circa 93% pentru punțile fixe extinse, comparativ cu 67–75% pentru protezele parțiale detașabile, diferențele fiind influențate de designul protetic, distribuția ocluzală a forțelor și mentenanța parodontală [22,23,24]. În edentațiile parțiale reduse de etiologie parodontală, evaluarea atentă a suportului osos și a mobilității dinților stâlpi este esențială pentru alegerea soluțiilor protetice combinate, reducând riscul complicațiilor ocluzale și al resorbției osoase progresive [3,4,6,18, 22,26].

Comparativ, în situațiile în care statusul parodontal nu este adecvat, succesul reabilitării protetice scade până la 62–64% [11]. Managementul parodontal corect reduce pierderea dentară anuală la 0,15–0,4 dinți/an și incidența complicațiilor peri-implantare cu aproximativ 26%. Pacienții cu parodontită avansată, dar cu status parodontal favorabil menținut pe termen lung, pot obține rezultate comparabile cu cele ale pacienților fără istoric parodontal, cu condiția controlului riguros al factorilor determinanți. De exemplu, în cohorte de 100–200 de pacienți, cei care au beneficiat de reconstrucție osoasă pre-implantară au prezentat o pierdere osoasă marginală medie de 0,5 mm/an, comparativ cu 1,5 mm/an în absența acesteia [10-12,16].

Utilizarea terapiilor adjuvante, precum antibioticele locale și laser-terapia, contribuie suplimentar la îmbunătățirea parametrilor parodontali, determinând o reducere suplimentară a PPD cu aproximativ 1 mm și o scădere a inflamației cu circa 30% [14,15]. Factorii socio-economici și educația pentru igienă orală influențează semnificativ rezultatele, pacienții instruiți prezentând rate de succes cu aproximativ 15% mai mari [1]. În context protetic, un status parodontal favorabil permite utilizarea implanturilor scurte (≤ 8 mm) în os reconstruit, cu rate de supraviețuire de ~95% la 5 ani, comparativ cu ~85% în os nativ sever redus [2].

Datele agregate din studiile selectate permit o sinteză cantitativă a impactului tratamentului parodontal asupra succesului reabilitărilor protetice și al implanturilor dentare, evidențiind îmbunătățiri semnificative în ratele de supraviețuire și reducerea complicațiilor biologice (Tabelul 1).

Tabelul 1. Rate de succes al restaurărilor protetice și implanturilor dentare în funcție de managementul parodontal în perioada 2020–2025

Tip de restaurare/implant	Perioadă de follow-up	Rata de succes după tratament parodontal (%)	Rata de succes fără tratament parodontal (%)	Reducere incidență complicații biologice (%)
Implanturi dentare	5 ani	96–98	<80	26 (peri-implantită)
Implanturi dentare	10 ani	93–96	80-85	20–45 (prevalență peri-implantită)
Restaurări fixe dento-susținute	5 ani	96	62–64	26 (complicații peri-implantare)
Restaurări fixe dento-susținute	10 ani	93	75-80	Nu disponibil
Proteze parțiale detașabile	10 ani	67–75	50-60	15
Restaurări protetice fixate pe implante	10 ani	83–93	80-85	4–12 (peri-implantită)

Concluzii

Statusul parodontal are un rol esențial în succesul reabilitării protetice, influențând direct prognosticul restaurărilor protetice și al implanturilor, precum și incidența complicațiilor biologice. Menținerea unor condiții parodontale favorabile permite obținerea unor rate ridicate de succes pe termen lung și crește predictibilitatea tratamentului protetic.

Integrarea abordării parodontale în planificarea protetică, alături de controlul factorilor de risc, este indispensabilă pentru rezultate funcționale și estetice durabile.

Bibliografie

- [1] Frencken JE, Sharma P, Stenhouse L, Green D, Lavery D, Dietrich T. Global epidemiology of dental caries and severe periodontitis – a comprehensive review. *J Clin Periodontol*. 2017.
- [2] Herrera D, et al. Association between periodontal diseases and global burden estimates (incl. severe periodontitis ~743 million, GBD). *J Clin Periodontol*. 2023.
- [3] Papapanou PN, et al. Periodontitis: Consensus report of Workgroup 2 of the 2017 World Workshop. *J Periodontol*. 2018.
- [4] Sanz M, et al. *Periodontitis: clinical decision tree for staging and grading – Guidance for clinicians (EFP)*. 2018/2019.
- [5] Duong HY, et al. Oral health-related quality of life in implant-supported prosthetic rehabilitation. *Periodontology 2000*. 2022.
- [6] Srimaneepong V, et al. Fixed prosthetic restorations and periodontal health: narrative review. *J Funct Biomater*. 2022.
- [7] Serroni M, et al. History of periodontitis as a risk factor for implant failure and peri-implantitis: systematic review/meta-analysis. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2024.
- [8] Giok KC, et al. Risk factors for peri-implantitis: umbrella review of meta-analyses. *J Dent*. 2024.
- [9] Wang HL, et al. AO/AAP consensus on prevention and management of peri-implant diseases. 2025.
- [10] Suvan J, et al. Subgingival instrumentation for treatment of periodontitis: systematic review (PD/CAL outcomes). *J Clin Periodontol/Periodontol 2000* (paper widely cited).
- [11] Werner N, et al. Probing pocket depth reduction after non-surgical periodontal therapy (overview with systematic evidence). *J Periodontol*. 2024.
- [12] Corbella S, et al. Efficacy of different protocols of non-surgical periodontal therapy (systematic review/meta-analysis). 2024.
- [13] Nibali L, et al. Periodontal infrabony defects: systematic review on healing/regenerative outcomes and defect morphology. *J Clin Periodontol*. 2021.
- [14] Górski B, et al. Guided tissue regeneration of periodontal infrabony defects (review; CAL gain estimates). 2025.
- [15] e Silva FFV, et al. Platelet-rich fibrin for periodontal intrabony defects: systematic review and meta-analysis. 2024.
- [16] Ramanauskaite E, et al. Adjunctive aids in periodontal maintenance therapy: systematic review/meta-analysis. 2020.
- [17] Hasan F, et al. Tooth loss during supportive periodontal care: prospective cohort. 2024.
- [18] Eger T, et al. Prosthetic outcomes in Stage III/IV periodontitis patients under long-term supportive periodontal care (tooth loss/prosthetic outcomes). *J Clin Periodontol*. 2026.
- [19] Das D. Understanding the risk of peri-implantitis (risk factors: history of periodontitis, smoking, diabetes etc.). 2023.
- [20] Raittio E, et al. Assessing the impact of periodontal therapy on tooth loss (population-level evidence). 2025.
- [21] Dumitriu H.T., Dumitriu S., Dumitriu A.S. — Parodontologie, Editura Viața Medicală Românească, București, 2009
- [22] Burlui V. ș.a. - Clinica și terapia edentației parțiale reduse. Ed.Apolonia, Iași, 2001.
- [23] Manual pentru rezidențiat: stomatologie, volumul I, sub redacția Prof. dr. Ecaterina Ionescu. Editura Universitară "Carol Davila" București 2021
- [24] Manual pentru rezidențiat: stomatologie, volumul II, sub redacția Prof. dr. Ecaterina Ionescu. Editura Universitară "Carol Davila" București 2021
- [25] Eni. A. – Afecțiunile complexului mucoparodontal. Chișinău, 2007.
- [26] Gafar. M., C. Andreescu – Patologie și terapie odontală, vol.I.,vol.II., București, 1990