

RETRACTAȚIA GINGIVALĂ IATROGENĂ. TRATAMENT CHIRURGICAL ȘI RESTAURATOR. PREZENTARE DE CAZ

ANDRADA ȘOANCĂ, DANIELA CONDOR, ALEXANDRA ROMAN

Catedra de Parodontologie, UMF „Iuliu Hațieganu”

Rezumat

Lucrarea de față și-a propus să prezinte tratamentul pluridisciplinar al unui caz clinic de retracție gingivală iatrogenă protetică. Pacientul a prezentat o expunere a suprafeței radiculare la nivelul primului premolar maxilar stâng, clasa I Miller, cu o înălțime de 2 mm, consecință a unei proteze fixe incorect adaptată marginal și care a invadat spațiul biologic. Tratamentului a avut drept obiectiv reabilitarea estetică a zonei. Planul de tratament a avut în vedere acoperirea chirurgicală a suprafeței radiculare expuse și colorate, prin lambou poziționat coronar și greșă de conjunctiv și realizarea unei proteze fixe adaptată morfologic și funcțional. Acoperirea radiculară a fost de 100% la 2 luni, iar câștigul de gingie keratinizată a fost de 1 mm. Valorile adâncimii la sondare au fost identice, înainte și post-operator. Integrarea grefonului în zona gingivală înconjurătoare a fost optimă. Rezultatele au fost stabile la 6 luni post-operator și deficitul estetic a fost corectat.

Cuvinte cheie: retracție gingivală; chirurgie; țesut conjunctiv.

GINGIVAL RECESSION OF IATROGENIC ORIGIN. SURGICAL AND RESTORATIVE TREATMENT. CASE PRESENTATION

Abstract

The aim of this paper was to present a multidisciplinary treatment of a clinical case of a gingival recession produced by iatrogenic prosthetic treatment. The patient presented a 2 mm height Miller class I gingival recession at the left maxillary first premolar caused by a fixed prosthodontic appliance with incorrect marginal adaptation that aggressed the biological width. The main objective of the treatment was the esthetic rehabilitation in that region. The treatment plan had in view the surgical coverage of the exposed and colored root surface with a coronally advanced flap associated with a connective tissue graft and the tooth restoration with a morphological and functional correctly adapted metal-ceramic crown. The obtained coverage was 100% at two month follow-up visit and the gingival keratinized tissue gain was of 1 mm. The probing depth values were the same before and after surgery. The gingival graft was well integrated in the surrounding tissues. The esthetic disharmony was solved.

Keywords: gingival recession; surgery, connective tissue.

Retracțiile gingivale din categoria defectelor de dezvoltare [1] apar ca și consecință a acțiunii unui factor declanșator, de cele mai multe ori traumatic, pe fondul unui factor local de vulnerabilitate anatomică. Factorii iatrogeni se constituie de multe ori în factori declanșatori și dintre aceștia, tratamentele protetice ocupă un loc important. O serie de gesturi protetice pot agresa țesutul parodontal determinând retracții gingivale, care antrenează

la rândul lor durere, alterări estetice, teama de pierdere a dintelui. Lipsa de atenție a practicianului poate duce la agresarea spațiului biologic, fie prin manoperele de pregătire a aplicării coroanelor de înveliș, fie prin plasarea unor microproteze cu limite sub-gingivale prea profunde, fie prin aplicarea unor reconstituiri în absența unei gingii fixe adecvate, ceea ce poate induce leziuni parodontale localizate. Atunci când spațiul biologic este invadat, apare un răspuns inflamator cronic local de apărare, ce inițiază distrugerea de os alveolar, pentru obținerea unui spațiu suplimentar pentru recrearea unui nou atașament conjunctiv.

Articol intrat la redacție în data de: 14.11.2010

Acceptat în data de: 22.11.2010

Adresa pentru corespondență: veve_alexandra@yahoo.com

Cantitatea pierderii osoase este imprevizibilă [2].

Atunci când se realizează un tratament protetic fix în absența gingiei fixe aferente dintelui tratat, retractor gingivală se poate produce la scurt timp de la încheierea tratamentului, mai ales în contextul unui parodonțiu subțire.

Lucrarea de față își dorește să prezinte tratamentul pluri-disciplinar al unui caz clinic de retractor gingivală iatrogenă protetică.

Prezentare de caz

1. Descrierea pacientului și zonei de intervenție

Pacienta ML, 27 de ani s-a prezentat pentru consultație și tratament de specialitate, la Catedra de Parodontologie, UMF „Iuliu Hațieganu”, datorită unei retracții gingivale și colorării inestetice a suprafeței radiculare expuse, la nivelul primului premolar stâng maxilar. Pacienta era în bună stare de sănătate generală și nefumătoare.

Examenul intra-oral a relevat un status excelent al igienei orale (indice total de placă IHI 22%) [3]. O retractor gingivală clasa I Miller, de 2 mm înălțime a fost evidențiată la nivelul dintelui 2.4, care prezenta o coroană de înveliș metalo-ceramică incorectă din punct de vedere al adaptării marginale și a realizării conturilor anatomice corecte (Fig. 1). Datele clinice rezultate din examinarea parodontală sunt redată în Tabelul nr. I.



Fig. 1. Pacienta LM. Retractor gingivală clasa I Miller și proteză fixă unidentară incorectă, la nivelul lui 2.4.

Tratamentul a avut drept obiectiv reabilitarea estetică a zonei. Planul de tratament a avut în vedere acoperirea chirurgicală a suprafeței radiculare expuse și colorate, prin lambou poziționat coronar și greafă de conjunctiv

și realizarea unei proteze fixe adaptată morfologic și funcțional. Tratamentul protetic a prevăzut aplicarea imediat post-operator a unei coroane de înveliș provizorie, iar ulterior protezarea definitivă. Consimțământul scris al pacientului a fost obținut, după explicarea prealabilă a protocolului de intervenție, prognosticului și posibilele complicații.

2. Tratamentul chirurgical

Designul lamboului deplasat coronar a fost similar cu cel descris de Langer et Langer [4]. După realizarea anesteziei cu articaine 2% și epinephrine 1:100,000 (Septanest®, Septodont), a fost realizată o incizie intrasulculară. Apoi s-a ridicat un lambou de grosime inițial totală și apoi parțială. Au fost realizate două incizii verticale, cu punct de plecare în partea distală a papilelor adiacente dintelui. Lamboul s-a decolat apical de joncțiunea muco-gingivală și s-a realizat tratamentul mecanic al suprafeței radiculare expuse, cu o chiuretă Gracey 7/8. Prelevarea grefei conjunctive s-a realizat din palat, din zona premolară, printr-o incizie unică [5], aceasta s-a adaptat locusului și s-a suturat cu fir resorbabil 5-0 (Vicryl®, Johnson& Johnson). Lamboul s-a deplasat coronar, acoperind complet grefa și s-a suturat, folosind o tehnică de sutură suspendată (Fig. 2). Pacienta a fost sfătuită să evite periajul și alte traume în zonă, timp de 14 zile și să clătească cu soluție de clorhexidină 0,2% (Corsodyl®, Glaxo Smith) de două ori pe zi. Firele de sutură s-au îndepărtat după 2 săptămâni. Măsurătorile clinice s-au efectuat în momentul inițial, la 14 zile, la 2 luni și la 6 luni post-operator. Aspectul la 14 zile și 2 luni post-operator se observă în Fig. 3 și Fig. 4.



Fig. 2. Pacienta LM. Aspect imediat post-operator al retracției gingivale acoperită cu greafă de conjunctiv și lambou poziționat coronar.

Tabel I. Parametrii clinici în momentul inițial, la 2 luni și la 6 luni post-operator.

| Parametrii măsurați la nivelul feței vestibulare | | Moment inițial | 2 luni post-operator | 6 luni post-operator |
|--|------------------------|----------------|----------------------|----------------------|
| Înălțimea retracției: | zona medio-vestibulară | 2 | 0 | 0 |
| Adâncime la sondare: | mezial | 2 | 2 | 2 |
| | median | 2 | 2 | 2 |
| | distal | 2 | 2 | 2 |
| Gingie keratinizată: | median | 4 | 5 | 5 |



Fig. 3. Pacienta LM. Aspect la 14 zile post-operator.



Fig. 4. Pacienta LM. Aspect la 2 luni post-operator.

3. Tratamentul protetic

Înainte de intervenția chirurgicală, s-a realizat o amprentă segmentară folosind un silicon de condensare de consistență chitoasă (Zetaplus®, Zhermach) a coroanei metalo-ceramică și dinților vecini, iar apoi s-a realizat ablația protezei fixe. Imediat post-operator s-a realizat o coroană de înveliș provizorie din acrilat auto-polimerizabil (Fill-In®, Kerr), adaptată juxta-gingival, care s-a cimentat cu un ciment provizoriu fără eugenol (TempBond NE®, Kerr). La două luni post-operator s-a considerat că sunt întrunite condițiile parodontale de stabilitate tisulară și s-au luat măsurile pentru realizarea coroanei de înveliș definitive metalo-ceramică.

4. Observații clinice

Vindecarea a decurs fără incidente. Acoperirea radiculară a fost de 100% la 2 luni și la 6 luni post-operator, iar câștigul de gingie keratinizată a fost de 1 mm. Valorile adâncimii la sondare au fost identice, înainte și post-operator. Integrarea grefonului în zona gingivală înconjurătoare a fost optimă. Grosimea grefei a mascat suprafața radiculară colorată, iar deficitul estetic a fost corectat.

Rezultatele în termeni de acoperire radiculară și de integrare estetică au fost stabile la 6 luni post-operator (tabelul I).

Discuții

În cazul prezentat, acoperirea radiculară completă asociată grefei de conjunctiv și lamboului deplasat coronar nu este surprinzătoare, având în vedere rata mare de succes a acestui de tip de intervenție [6,7]. Înălțimea redusă a retracției și papilele interdentare bine reprezentate au fost factori pozitivi de prognostic ai rezultatelor terapeutice. În această situație, opțiunea terapeutică ar fi putut fi și doar un simplu lambou deplasat coronar, dar realizarea unei intervenții compozite a avut în vedere acoperirea cu un țesut gingival gros, care să mascheze colorația radiculară inestetică.

După cum se știe, spațiul biologic este zona delimitată de baza șanțului gingival și vârful crestei osoase alveolare, fiind format din epiteliul joncțional și atașamentul conjunctiv sub-epitelial (fibrele gingivo-cementare sau supracrestale) [8]. În situația unui parodonțiu sănătos, înălțimea medie a spațiului biologic este de 2,04 mm [9], existând însă variații individuale largi [10]. Nerespectarea spațiului biologic poate antrena, în cazul unei gingii fine, o rezorbție osoasă de tip orizontal, tradusă prin apariția unei recesiuni gingivale, iar în cazul unei gingii groase, rezorbția osoasă determină producerea unei punji parodontale [11]. Cu cât restaurația are margini subgingivale mai adânc plasate, cu atât inflamația asociată este mai severă [12]. Cauza retracției gingivale din cazul prezentat considerăm că este probabil nerespectarea contururilor anatomice ale dintelui de către coroana de înveliș, consecință a unei șlefuiți tangențiale cu limită insuficient controlată și a invadării spațiului biologic. În cazul prezentat, limitele cervicale ale coroanei provizorii au fost astfel realizate încât să permită reformarea spațiului biologic în funcție de nivelul marginii gingivale stabilit prin intervenția chirurgicală. Este știut faptul că spațiul biologic se restabilește singur după intervenții chirurgicale [13].

Lucrarea provizorie s-a realizat adaptat țesuturilor înconjurătoare și integrat anatomic și funcțional cu țesuturile parodontale [14]. Protezarea provizorie a avut un rol estetic, de protecție dentară și parodontală [15], de stabilizare a bontului, de reabilitare funcțională [16], dar și de ghidare a vindecării parodontale post-operatorii. Chiar dacă realizarea protezelor fixe provizorii implică un cost și un efort suplimentar, protezarea provizorie este o etapă elementară indispensabilă, în cadrul tratamentelor protetice [16] și nu un lux, așa cum a fost considerat multă vreme.

Concluzii

Practicianul stomatolog trebuie să fie conștient că realizarea neatentă a unor tratamente protetice poate antrena modificări parodontale, a căror terapie implică un efort deosebit, atât din partea pacientului, cât și a specialistului.

Mulțumiri: Lucrarea a fost finanțată de Ministerul Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului, prin proiectul CNCIS cod 1341.

Bibliografie

1. Armitage GC. Development of a classification for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol* 1999;4:1-6.
2. Planciunas L, Puriene A, Mackeviciene G. Surgical lengthening of the clinical tooth crown. *Stomatologia, Baltic Dental and Maxillofacial Journal* 2006; 8(3): 88-95
3. O'Leary T. J., Drake, R. B. & Naylor, J. E. (1972). The plaque control record. *Journal of Periodontology*, 43, 38-41.
4. LANGER B., LANGER L., Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage, *J Periodontol*, 1985, 56: 715-720.
5. Hurzeler M. B., Weng D., Technique d'incision unique pour prelevement du tissu conjonctif sous-epithelial au palais, *Revue Internationale de Parodontologie & Dentisterie Restauratoire*, 1999, 19:279-287.
6. Chambrone L., Chambrone D., Pustiglioni F.E., Chambrone L.A., Lima L.A. Can subepithelial connective tissue grafts be considered the gold standard procedure in the treatment of Miller Class I and II recession-type defects? *Journal of Dentistry*. 2008, 36: 659-671.
7. Chambrone L., Sukekava F., Araújo M.G., Pustiglioni F.E., Chambrone L.A., Lima L.A. Root coverage procedures for the treatment of localised recession-type defects (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2009, 15(2): CD007161.
8. Romagna-Genon C, Genon P. Esthetique et parodontie: les clés du succes. Editions CdP 2001,165 pgs
9. Gargiulo AW, Wentz FM, Orban BJ. Dimensions and relations of the dentogingival junction in humans. *J Periodontol* 1961; 32: 261-267
10. Vacek JS, Cher ME, Assad D et al. The dimensions of the human dentogingival junction. *IntJ Periodontol Restor Dent* 1994; 14: 155-165
11. Capri D, Fuzzi M, Carnevale G. Integration biologique des restaurations dentaires. *J Parodontol Implant Orale* 2003 ; 22 : 147-161
12. Newcomb GM. The relationship between the location of subgingival crown margins and gingival inflammation. *J Periodontol* 1974; 45: 151-154
13. Oakley E, Rhyu IC, Karatzas S, et al. Formation of the biologic width following crown lengthening in nonhuman primates. *Int J periodontics Restorative Dent* 1999; 19: 529-541
14. Schwedhelm ER. Direct Technique for the Fabrication of Acrylic Provisional Restorations, *J Contemp Dent Pract*, 2006, (7)1: 157-173
15. Spear FM, Cooney JP. Periodontal-Restorative Interrelationships, în Carranza's Clinical Periodontology , Ninth Edition (Eds. Newman MG, Takei HH, Carranza FA), WB Saunders Co, 2002, p. 949 - 964
16. Academy of Prosthodontics. Glossary of prosthodontic terms, 6th ed. *J Prosthet Dent* 1994; 71: 79
17. Graux F, Dupas PH. La prothèse fixée transitoire. Editions CdP, Groupe Liaisons SA, 2000