

**Ministerul Sănătății al Republicii Moldova**  
**Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"**

**FACULTATEA DE STOMATOLOGIE**

**Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală**  
**„Arsenie Guțan”**

Lucrare de absolvire

**TRATAMENTUL CHIRURGICAL ÎN RECESIUNILE**  
**PARODONTALE**

**ROJNOVEANU Gheorghina**

*Anul V, grupa S1810*

*Programul de studii 0911.1 Stomatologie*

**Conducătorul științific:**

**Sîrbu Dumitru**

*Dr. șt. med., conferențiar universitar*

Chișinău, 2023

## DECLARAȚIE

Prin prezenta, subsemnata **Rojnoveanu Gheorghina** declar pe propria răspundere, că teza de licență cu tema ”**Tratamentul chirurgical în recesiuni parodontale.**” este elaborată de către mine personal, materialele prezentate sunt rezultatele propriilor cercetări, nu sunt plagiate din alte lucrări științifice și nu a mai fost prezentată la o altă facultate sau instituție de învățământ superior din țară sau străinătate.

De asemenea declar, că toate sursele utilizate, inclusiv din Internet, sunt indicate în teza de licență, cu respectarea regulilor de evitare a plagiatului:

- ✓ toate fragmentele de text reproduse exact, chiar și în traducere proprie din altă limbă, sunt scrise cu referința asupra sursei originale;
- ✓ reformularea în cuvinte proprii a textelor altor autori deține referința asupra sursei originale;
- ✓ rezumarea ideilor altor autori deține referința exactă la textul original;
- ✓ metodele și tehnicile de lucru preluate din alte surse dețin referințe exacte la sursele originale.

Data: 20.02.2023

Absolvent: Rojnoveanu Gheorghina  
(Prenume Nume)

Rojnoveanu  
(Semnătura)

# CUPRINS

|  |           |
|--|-----------|
| <b>LISTA ABREVIERILOR .....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>INTRODUCERE.....</b>  | <b>6</b>  |
| Actualitatea problemei abordate.....   | 6         |
| Scopul lucrării .....  | 7         |
| Obiectivele cercetării.....  | 7         |
| Importanța practică a tezei de licență .....   | 7         |
| <b>1. TRATAMENTUL CHIRURGICAL – METODĂ DE BAZĂ ÎN<br/>REABILITAREA RECESIUNILOR PARODONTALE.....</b> | <b>8</b>  |
| 1.1 Recesiunile parodontale - generalități .....   | 8         |
| 1.2 Etiologia recesiunii parodontale .....   | 8         |
| 1.3 Clasificarea recesiunii parodontale .....  | 10        |
| 1.4 Tabloul clinic al recesiunii parodontale. ....   | 14        |
| 1.5 Diagnosticul recesiunii parodontale .....  | 15        |
| 1.6 Tratamentul recesiunii parodontale .....   | 18        |
| 1.6.1 Grefele pediculate .....   | 20        |
| 1.6.1.1 Lamboul avansat coronal (CAF) .....  | 20        |
| 1.6.1.2 Lambou avansat coronal semilunar .....   | 20        |
| 1.6.1.3 Lambou poziționat lateral .....  | 20        |
| 1.6.1.4 Tunel intra-sulcular (TIS) .....   | 21        |
| 1.6.2 Tehnica cu autogrefă de țesut moale liber .....  | 21        |
| 1.6.2.1 Grefă gingivală liberă .....   | 21        |
| 1.6.2.2 Grefă de țesut conjunctiv subepitelial.....  | 22        |
| 1.6.3 Metode de regenerare tisulară ghidată(GTR) .....   | 22        |
| 1.6.4 Părerii privind eficiența tratamentului chirurgical al RG .....                                | 23        |
| <b>2. MATERIALE ȘI METODE DE CERCETARE.....</b>  | <b>24</b> |
| 2.1 Tipul studiului realizat.....  | 24        |
| 2.2 Date generale .....  | 24        |

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| 2.3       | Caracteristicile participanților la studiu. ....                              | 25        |
| 2.4       | Metode de tratament chirurgical efectuat pacienților din studiu. ....         | 26        |
| 2.4.1     | Lambou avansat coronal .....  | 26        |
| 2.4.2     | Lambou poziționat lateral .....   | 26        |
| 2.4.3     | Lambou avansat coronar cu grefă gingivală liberă din palat .....              | 26        |
| 2.4.4     | Tehnica modificată a tunelului cu grefă de țesut conjunctiv subepitelial..... | 27        |
| 2.5       | Concluzie .....   | 27        |
| <b>3.</b> | <b>REZULTATE OBȚINUTE ȘI DISCUȚII .....</b>                                   | <b>28</b> |
| 3.1       | Rezultate obținute.....   | 28        |
| 3.2       | Prezentare cazuri clinice.....  | 32        |
|           | <b>CONCLUZII .....</b>  | <b>39</b> |
|           | <b>BIBLIOGRAFIE .....</b>   | <b>40</b> |
|           | <b>ANEXE.....</b>   | <b>44</b> |

## **LISTA ABREVIERILOR**

- (AP)** - Afecțiunile parodontale
- (RG)** - Recesiunea gingivală
- (JSM)** - Joncțiunea smalț-cement
- (MGJ)** - Joncțiunea muco-gingivală
- (OPG)** - Ortopantomografie
- (AL)** - Anestezia locală
- (CAF)** - Lamboul avansat coronal
- (GTR)** - Regenerare tisulară ghidată
- (EDTA)** - Acid etilendiaminotetraacetic
- (3D)** – Tridimensională
- (CTG)** - Grefa de țesut conjunctiv
- (EFP)** - Federația Europeană de Parodontologie
- (AAP)** - Asociația Americană de Parodontologie
- (TUN)** – Tehnica tunelului
- (AL)** – Anestezie locală
- (SCTG)** - Țesut conjunctiv subepitelial

## INTRODUCERE

### Actualitatea problemei abordate

În conformitate cu Glosarul de termeni al Academiei Americane de Parodontologie, recesiunea gingivală (RG) se definește prin deplasarea marginii gingivale apical de joncțiunea smalț-cement (JSM), cu dezgolirea ulterioară a suprafeței radiculare. Prin urmare RG înregistrează repercursiuni estetice negative asupra pacienților, la fel prezintă un risc crescut de dezvoltare a hipersensibilității dentare și a cariilor radiculare. Recesiunea este una dintre cele mai frecvente sesizări parodontale, afectând persoane atât cu parodonțiu sănătos cât și bolnav, unele studii consemnând o prevalență de până la 80% din populație [8].

Întâlnim RG localizată sau generalizată cu posibilitatea de a se extinde pe una sau multiple suprafețe dentare [32]. Amplitudinea și severitatea afecțiunii respective evoluează odată cu vârsta, unele studii înregistrează mai mult de 40% dintre adulți și în jur de 88% dintre vârstnici cu recesiune cel puțin la nivelul unui dinte, de 1 mm sau mai mult [27].

Numeroase studii au documentat evoluția progresivă a RG. Un studiu cu o urmărire timp de 12 ani a confirmat că RG se dezvoltă odată cu vârsta și locusurile cu RG existentă progresează foarte rapid [43].

Etiologia RG este multifactorială. Factorul principal asociat RG este acumularea plăcii dentare care duce la inflamația gingivală. Alți factori cauzali sunt atașarea ridicată a frenului, gingie keratinizată inadecvat, poziția incorectă a dintelui, unghiul format dintre rădăcină-os, curbura mezo-distală a suprafeței dintelui, ablație gingivală, dehiscență osoasă alveolară preexistentă sau dobândită, mișcări ortodontice necorespunzătoare, periajul dentar traumatic sau excesiv de frecvent, fumatul, traumatisme determinate de corpuri străini precum piercing-ul buzelor.

Indicațiile către închiderea defectelor de recesiune se bazează atât pe cerințele pacienților pentru corectarea esteticii cât și pentru a facilita controlul infecțiilor prin creșterea dimensiunii țesutului keratinizat.

Chirurgia plastică parodontală este foarte frecvent indicată în tratamentul RG datorită cererii crescute de corectare a esteticii. Ca rezultat, modelarea chirurgicală a acestor defecte are o importanță majoră în tratamentul și preântâmpinarea viitoarelor complicații la nivelul țesuturilor moi. Unii autori, precum Zucchelli (2015) și Chambrone (2009), au prezentat patru indicații fundamentale în inițierea tratamentului chirurgical a acestor defecte muco-gingivale: cu scop estetic, hipersensibilitate dentară, țesut keratinizat inadecvat, abraziune radiculară profundă sau carie radiculară.

În literatură au fost descrise diverse abordări ale tratamentului defectelor RG. Chambrone (2018), în lucrările sale a descris un șir de metode, precum lamboul avansat coronal cu sau fără

grefă adițională, tunelul intrasulcular, lamboul pediculat, grefa gingivală liberă, regenerare tisulară ghidată (GTR), etc.

Rezultatele tratamentului vor depinde de diverși factori, precum dimensiunea defectului de RG, cantitatea țesutului keratinizat, înălțimea/lățimea țesutului moale interdental, cantitatea țesutului conjunctiv de la locul donor, adâncimea vestibulului, poziția frenului, stabilizarea postoperatorie și poziția finală a lamboului avansat.

Fiind o afecțiune atât de răspândită, devine esențial să se stabilească eficiența diferitor metode de tratament și tactica de tratament în diferite cazuri cu recesiune.

### **Scopul lucrării:**

Evaluarea și determinarea metodelor optimale de tratament chirurgical al recesiunilor parodontale.

### **Obiectivele cercetării:**

- Analiza datelor literaturii de specialitate privind aspectele tratamentului chirurgical al recesiunilor parodontale.
- Analiza, aplicarea și evaluarea diferitelor tehnici de tratament chirurgical în tratamentul recesiunilor parodontale.
- Studiarea în dinamică a eficienței tratamentului chirurgical aplicat în cazul pacienților cu defecte de recesiune parodontală.

### **Importanța practică a tezei de licență:**

RG reprezintă afecțiuni mucogingivale, care se întâlnesc des în practica medicală și sunt puțin elucidate în literatura de specialitate în limba română. Această afecțiune este o problemă a stomatologiei contemporane nu numai din cauza frecvenței sporite, dar și din cauza: etiologiei complexe care combină mai mulți factori generali și locali, evoluției cronice și progresive și a mai multor complicații care duc la apariția și dezvoltarea sindromului disfuncțional al sistemului stomatognat care în final afectează întregul organism [18]. Diagnosticul precoce reprezintă o importanță majoră în stoparea evoluției continue și prevenirea complicațiilor grave ale acestei afecțiuni. Consecințele unui diagnostic tardiv prevede de la apariția hipersensibilității și a durerii până la pierderea dinților afectați. Astfel este fundamental de a cunoaște tabloul clinic și particularitățile leziunilor patologice pentru a stabili un diagnostic exact și a indica un plan de tratament cât mai corect și individualizat pentru fiecare pacient. Ca urmare tratamentul cel mai optim este cel chirurgical care la ora actuală ne propune o gamă largă de intervenții pentru reabilitarea recesiunilor. Doar analiza prin studii a fiecărei metode de tratament ne va oferi informații reale și corecte în privința adoptării unei metode optimale care ne va oferi rezultate practice frumoase.

# 1. TRATAMENTUL CHIRURGICAL – METODĂ DE BAZĂ ÎN REABILITAREA RECESIUNILOR PARODONTALE

## 1.1 Recesiunile parodontale - generalități

RG se manifestă prin expunerea suprafeței radiculare, consecință a migrării marginii gingivale în raport cu JSM cu nivel diferit de expunere a suprafeței radiculare. Este întâlnită la un număr mare de pacienți însă este ignorată de multe ori până la apariția stadiilor avansate, însoțită de hipersensibilitate dentară, tulburări estetico-funcționale, carii radiculare, abraziune și/sau uzură cervicală, o creștere a acumulării plăcii dentare și eroziune din cauza expunerii suprafeței radiculare la mediul oral [39]. Incidența RG este destul de crescută, unii autori înregistrează valori în medie de 50%, cu variații spre valori mai mari (99,7%) [37] sau mai mici (24,29%) [16]. Este bine cunoscut că RG se corelează cu stilul de viață a pacientului și numeroase variabile orale [41] și începând cu stadiile inițiale necesită un diagnostic precoce și tratament imediat cu scopul prevenirii complicațiilor.

## 1.2 Etiologia recesiunii parodontale

Etiologia RG este destul de complexă și multifactorială. Cu toate acestea, până în prezent, mecanismul exact pentru apariția acestei afecțiuni nu este pe înțeles, deoarece sunt raportați diverși factori etiologici. Prevenirea și corectarea cu succes a acestei afecțiuni se bazează pe o evaluare detaliată a etiologiei subiacente. Astfel, inițial este necesară identificarea și modificarea factorilor etiologici implicați în dezvoltarea RG, dacă aceasta este posibil.

Principalii factori etiologici sunt inflamația parodontală indusă de placă bacteriană și traumatismele mecanice determinate de obiceiurile vicioase.

### Printre factorii predispozanți se întâlnesc:

- a. *Defectele de dehiscentă și/sau fenestrare osoasă.* Bernimoulin și Curilovic (1997) au executat examinări intraoperatorii ale osul alveolar în zonele afectate de RG și au înregistrat o relație pozitivă între RG și dehiscenta osoasă subiacentă. Totuși, aceste defecte morfologice ale osului alveolar individual pot să nu determine neapărat dezvoltarea afecțiunii ci doar în combinație cu alți factori.
- b. *Conținut scăzut de gingie keratinizată.* Baker și Seymour (1976) au indicat că în țesutul slab keratinizat, procesul inflamator localizat poate determina distrugerea totală a țesutului moale marginal, din acest motiv, prezența țesutului gingival subțire acționează precum un factor predispozant pentru RG.
- c. *Atașarea la nivelul marginii gingivale a frenului labial.* Stoner și Mazdyasna(1980) au observat că atașarea joasă a frenului poate provoca tracțiunea directă asupra gingiei marginale și poate interfera cu controlul plăcii dentare.



Printre factorii determinanți se evidențiază:

- a. *Periajul dentar traumatic*. RG corelată de traumatismul periutei dentare apare frecvent la pacienții cu un nivel ridicat de igienă orală și este mai frecventă la nivelul suprafeței vestibulare decât la suprafețele linguale și proximale. Tipul dat de recesiune se manifestă prin nivel scăzut de placă și se poate asocia cu leziuni cervicale necarioase. S-a demonstrat că factorii principali ai periajului care determină migrarea apicală a marginii gingivale, include frecvența periajului; o tehnică greșită a periajului (mișcări orizontale); forța aplicată în timpul periajului; durata periajului; caracteristicile periutei precum duritatea și frecvența de schimbare a periutei [26; 12].
- b. *Boala parodontală indusă de placă*. Astfel, la pacienții cu boală parodontală, reacția inflamatorie la biofilmul dentar este crescută și provoacă pierderi de atașament a țesutului conjunctiv care poate fi manifestată sub formă de recesiune parodontală [26]. În acest mod, Sarfati (2010) a constatat că gradul de sângerare gingivală a fost asociată cu severitatea RG. În special, RG indusă de boala parodontală inflamatorie este însoțită de pierderea atașamentului interproximal și poate implica toate suprafețele dentare. Mai multe metode de tratament parodontal implică o retracție gingivală considerabilă a țesuturilor în urma tratării inflamației care duce la recesiune. Astfel, s-a dovedit că terapia parodontală atât nechirurgicală cât și chirurgicală va determina în perioada de vindecare diferite grade de RG [24].
- c. *Restaurări subgingivale și/sau lucrări protetice incorect adaptate*. Astfel, restaurările subgingivale pot cauza modificări parodontale din cauza traumatismelor directe și pot facilita acumularea plăcii dentare subgingivale determinând un răspuns inflamator și RG [10; 34]. Orkin (1987) a dovedit că coroanele dentare cu margini subgingivale au condiții favorabile de determinare a RG de 2,65 ori mai mare în comparație cu dinții nesupuși tratamentului ortopedic. Mai mult de atât, s-a confirmat că dinții supuși restaurărilor subgingivale și o zonă de țesut keratinizat îngustă (<2 mm) au avut mai multe șanse de dezvoltare a inflamației gingivale decât dinții cu restaurări subgingivale cu zone adecvate de țesut keratinizat [45]. Koke în studiile sale a arătat că tratamentul terapeutic sau ortopedic situat inferior de marginea subgingivală a dus la pierderea atașamentului parodontal în deosebi la pacienții cu biotip gingival subțire [28].
- d. *Ocluzia dentară traumatică*. Se cunoaște că, în unele cazuri, o ocluzie adâncă poate determina un traumatism direct a țesuturilor moi de la nivelul marginii gingivale și poate determina recesiunea parodontală [2; 21].
- e. *Deprinderi vicioase*. S-a raportat că RG poate fi produsă de aplicarea locală a substanțelor narcotice precum cocaina; rosul unghiilor cu dinții în cazul prezenței problemelor emoționale și efectuarea tehnicii traumatice și incorecte de curățare cu flosa a suprafețelor dentare [19].
- f. *Tratamentul ortodontic*. Aparatele ortodontice pot provoca și dezvoltarea RG prin iritația mecanică directă, dar și acționând ca o suprafață de menținere a plăcii bacteriene [32]. Cu

certitudine, Klukowska (2011) a demonstrat o acoperire de către placa dentară aproximativ de 42% la pacienții cu aparate ortodontice fixe. În deosebi sunt predispuși spre recesiune acei dinți asupra cărora se acționează prin tracțiune. În această categorie se integrează și protruziile dentare, supracontactele, tortoanomaliile, poziția vestibularizată a dinților, ecuatorul slab pronunțat sau lipsa lui.

g. *Fumatul*. Conform studiului efectuat de Safrati (2010) consumul tutunului și numărul de țigări fumate zilnic reprezintă un factor de risc în apariția RG. În lucrarea lui Anand (2013) s-a accentuat faptul că utilizatorii de tutun fără fum tind să dezvolte o RG și o pierdere clinică de atașament mai sever comparativ cu nefumătorii.

h. *Patologiile iatrogene*. Foarte frecvent recesiunea parodontală își face apariția în procese periapicale cronice cum ar fi rezorbția ori perforarea radiculară. De regulă rezultă ca urmare a tratamentului endodontic și/sau ortopedic prin cimentarea pivoților ori a construcției coronoradiculare. Resorbția țesutului osos va fi mai accentuată în caz de perforare a peretelui radicular vestibular, care va urma cu distrucții osoase, apariția fistulei și a recesiunii. Când perforația evoluează asimptomatic, anume RG poate fi primul simptom a acestei patologii iatrogene. În grupul dat se încadrează și trauma mecanică a gingiei cu freza ori discurile de separare de către stomatolog.

i. *Infecția virală cu herpes simplex*. Mai recent, s-a raportat că recesiunea gingivală poate fi cauzată de infecția cu virusul herpes simplex de tip I [36].

Recesiunea gingivală este o afecțiune multifactorială. La baza apariției ei stau totuși condițiile anatomice cum ar fi: dehiscentele osoase, deficit de gingie keratinizată și biotip subțire a gingiei. Înainte de a crea un plan de tratament adecvat pentru acești pacienți, este important să se identifice dacă este posibil, să se modifice factorii etiologici legați de RG.

### **1.3 Clasificarea recesiunii parodontale**

Sistemele de clasificare sunt indispensabile pentru a oferi anumite principii de studiere științifică a etiologiei, patogeniei și tratamentului bolilor într-o modalitate ordonată. Cu toate acestea, având în vedere complexitatea leziunilor de recesiune parodontală, faptul că nu există încă un acord cu privire la o clasificare ideală nu este surprinzător. În literatura de specialitate au fost propuse mai multe clasificări pentru a facilita diagnosticul RG, principalele clasificări sunt următoarele: Sullivan & Atkins (1968), Mlinek și colab. (1973), Liu și Solt (1980), Benguet (1983), Miller (1985), Smith (1997), Nordland & Tarnow (1998): Mahajan (2010), Cairo (2011), Ashish Kumar and Masamatti (2013), Prashant (2014). Unele dintre acestea sunt discutate după cum urmează:

Printre primele clasificări se enumeră cea ai lui Sullivan și Atkins propusă în 1968 repartizând defectele țesuturilor moi la nivelul incisivilor mandibulari în patru clase: „îngust”,

„larg”, „superficial” și „profund” și s-au raportat rezultate mai favorabile de acoperire a defectelor înguste prin grefare gingivală [46]. Este o clasificare simplă însă nu este destul de reproductibilă.

Mlinek și colab. în 1973, au înregistrat clasificarea defectelor „superficiale-înguste” ca recesiuni < 3 mm, în timp ce defectele „adânci-late” fiind recesiunile > 3 mm [25].

Cel mai utilizat sistem de clasificare vine din 1985, propus de către Miller stabilind patru clase diferite de RG (figura 1). El s-a bazat pe două aspecte importante precum amploarea defectelor de RG și mărimea pierderii țesutului dur și moale din zonele interdente în regiunea defectelor de RG.

#### Clasificarea propriu-zisă [13]:

I. Recesiunea nu depășește limita muco-gingivală (fără lezarea papilelor interdente și a septului interalveolar).

A. Recesiune îngustă

B. Recesiune lată

II. Recesiunea limitată pe suprafața vestibulară, însă care depășește linia muco-gingivală (papilele interdente și septul interalveolar nu sunt afectate).

A. Recesiune îngustă

B. Recesiune lată

III. Recesiune lată, defectul depășește linia mucogingivală, papilele interdente și țesutul osos interalveolar parțial sunt lezate, dintele poate fi malpoziționat.

A. Fără implicarea dinților vecini

B. Cu implicarea dinților vecini

Cu toate acestea papila interdentară se poziționează mai apical decât JSM, iar marginea gingivală mai coronar de suprafața vestibulară.

IV. Marginea gingivală depășește linia mucogingivală, papilele interdente și țesutul osos interalveolar parțial sunt lezate, cu apariția spațiilor multiple, pot fi combinate cu malpoziția dentară.

A. Limitată (în regiunea câtorva dinți)

B. Generalizată

Deși a fost întrebuințată pe scară largă, această clasificare prezintă limitări pe care trebuie să le luăm în considerație, precum:

- Ca punct de referință servește marginea mucogingivală. Dificultatea identificării acesteia creează dubii în stabilirea clasei I și II. Nu este indicată prezența țesutului keratinizat.
- Nu este indicată cantitatea și tipul pierderii osoase, astfel este anevoios de stabilit totuși prezența clasei III sau IV. Nu este posibilă proiectarea unei imagini clare a RG deoarece nici nivelul papilei interdente și gradul de pierdere a acesteia nu este proiectat.

- Clasa III și IV presupune că marginea gingivală se extinde până la sau după joncțiunea mucogingivală cu o pierdere a osului interdental. Astfel, pacienții care prezintă o pierdere a osului interdental, o recesiune care nu se extinde până la joncțiunea mucogingivală nu se pot clasa în clasa I din cauza defectului osului interproximal și nici în clasa III din motiv că gingia marginală nu este migrată până la MGJ.
- În această clasificare nu se menționează dacă defectul este poziționat pe fața vestibulară sau orală a dintelui.

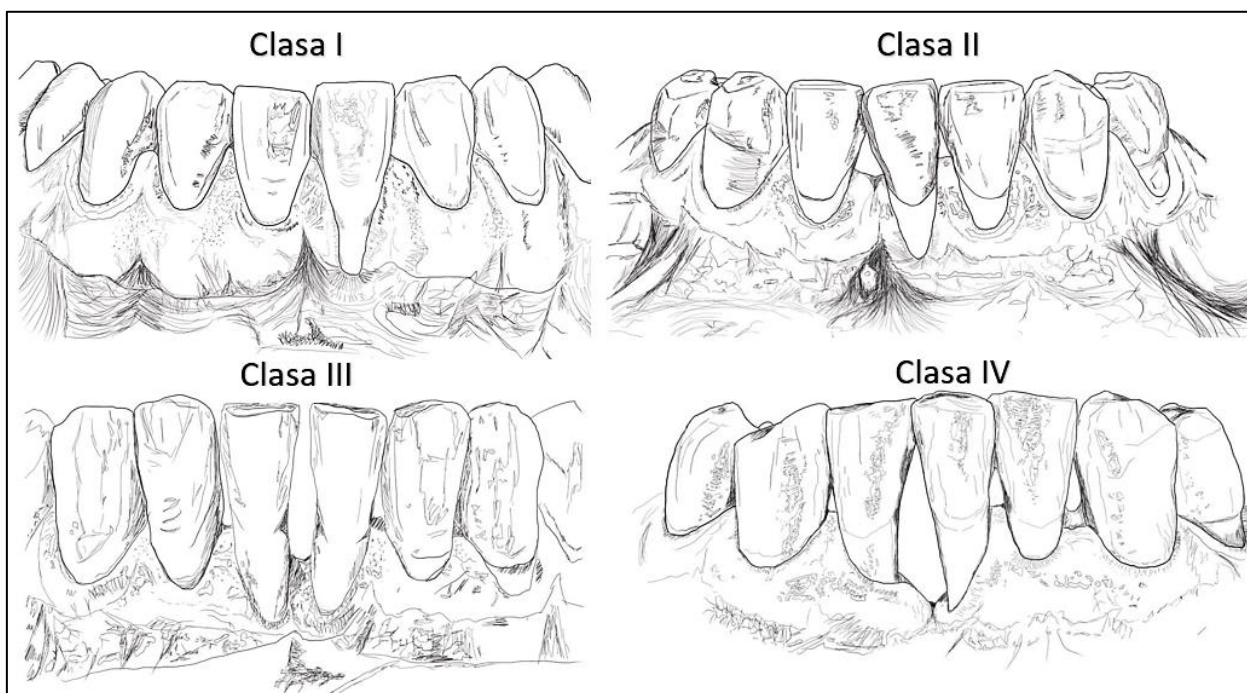


Figura 1. Clasificarea Miller (1985) [31].

În 2010, Mahajan [31] a efectuat o modificare în clasificarea lui Miller, ținând cont de progresul diagnosticului și de tratamentul defectelor de RG. Clasificarea dată a separat amploarea recesiunii în raport cu joncțiunea muco-gingivală de criteriul pierderii de atașament interproximal și a inclus criterii pentru a stabili cantitatea de suport parodontal interproximal pentru a diferenția clasa a III-a de clasa a IV-a.

În clasa I, recesiunea nu se extinde până la linia muco-gingivală, în timp ce în clasa a II-a recesiunea se extinde la nivelul liniei muco-gingivală. Clasa a III-a include RG cu pierderea osului interproximal sau a țesuturilor moi până la 1/3 cervical din suprafața rădăcinii și/sau prezența poziției incorecte a dinților. Clasa IV cuprinde defectele de recesiune cu pierderea severă a osului interproximal sau a țesuturilor moi mai mare decât 1/3 cervicală din suprafața rădăcinii și/sau malpoziție severă a dinților.

Conform clasificării Mahajan (1973), defectele de clasa I și clasa a II-a cu un profil gingival gros au cel mai bun potențial pentru un rezultat favorabil al tratamentului.

Smith în 1997 a propus o clasificare pentru evaluarea întinderii atât verticală, cât și orizontală a defectului. Gradul de întindere orizontală a fost exprimat ca o valoare cuprinsă între 0 și 5, în funcție de severitatea expunerii la JSM, în timp ce întinderea verticală a recesiunii a fost măsurată în milimetri folosind o sondă parodontală pe un interval de la 0 la 9 [21].

Mai recent, Cairo în 2011 a introdus o clasificare nouă a recesiunii gingivale folosind nivelul atașării clinice interdentare ca criteriu de determinare (figura 2). Acest sistem a stabilit trei tipuri de recesiune [4].

- Recesiunea de tip I include defecte fără pierderea atașării interproximale. Aceste tipuri de defecte sunt de obicei determinate de periajul dentar traumatic care prezintă un parodonțiu sănătos.
- RG de tip II sunt asociate cu pierderea atașamentului interproximal, reprezentând în majoritatea cazurilor defecte asociate cu pierderea osoasă orizontală.
- În recesiune de tip III, pierderea atașamentului interproximal cu un defect intraos interproximal.

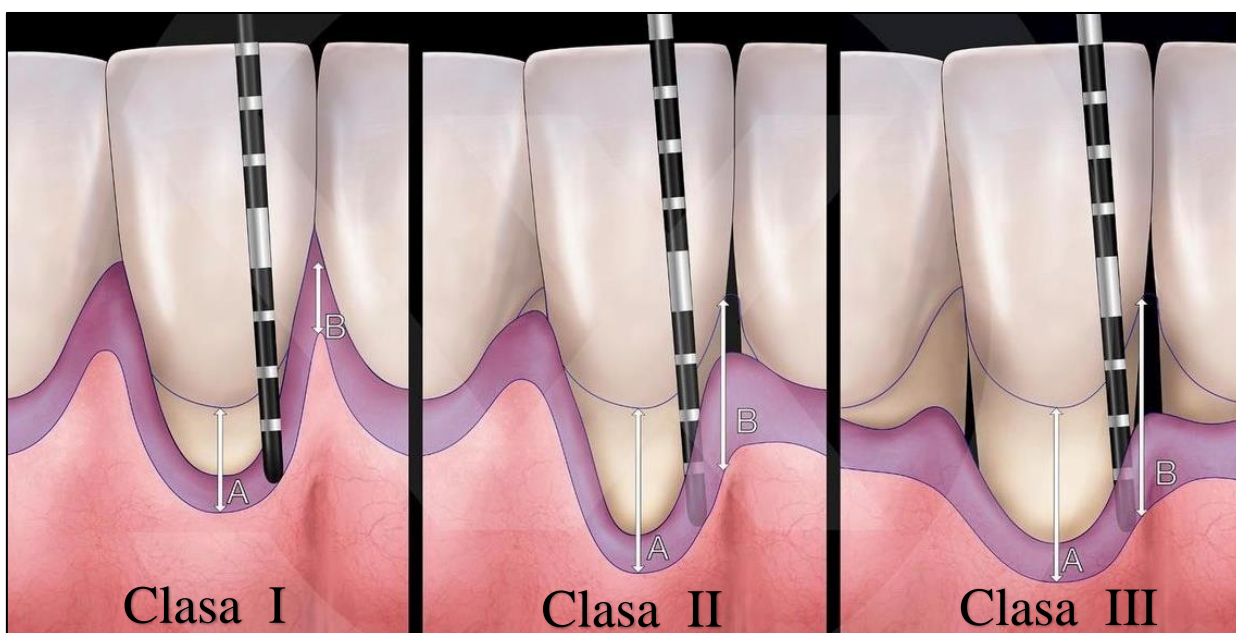


Figura 2. Clasificarea Cairo (2011) [4].

Clasificarea dată este o modalitate simplă de a clasifica RG și la fel pune în evidență rolul nivelului de atașament interproximal de care depinde prognosticul tratamentului chirurgical. Inșă totuși aceasta nu ea în considerare lățimea gingiei atașate rămase și relația dintre marginea gingivală și joncțiunea mucogingivală care deține un rol de bază în selectarea metodei de tratament.

Kumar și Masamatti în 2013 [30] au propus un sistem nou de clasificare a RG care se bazează pe poziția papilei interdentare și amploarea recesiunilor vestibulare/linguale/palatinale. În clasificarea respectivă, recesiunile fără pierderea osului interdental sau a țesutului moale au fost

considerate defecte de clasă I, în timp ce defectele de clasă II și III au fost asociate cu pierderea țesutului moale și a celui osos.

Această clasificare a luat în considerare dacă defectul de recesiune a fost localizat pe fața vestibulară sau linguală a dintelui. Mai mult, autorii au propus un sistem individual de clasificare pentru recesiunile palatine care s-a bazat pe combinarea clasificării lui Miller cu cea ai lui Nordland și Tarnow. Un studiu realizat de Kumar [29] au clasificat 1089 de defecte de RG conform criteriilor lui Kumar și Masamatti și conform criteriilor lui Miller și au comparat măsura de aplicare clinică a ambelor sisteme de clasificare. Rezultatele urmăririi au arătat că practic toate recesiunile ar putea fi clasificate conform criteriilor lui Kumar și Masamatti, în timp ce doar 34,61% din cazuri au putut fi clasate după criteriile lui Miller. În special pacienții cu pierderea atașării interdentală și localizarea marginii gingivale coronală pe linia mucogingivală, precum și recesiunile palatine/linguale nu s-au încadrat în clasificarea lui Miller. Corespunzător, sistemul de clasificare propus poate fi întrebuințat în clasificarea defectele RG și poate depăși limitările identificate în clasificarea lui Miller.

În 2017 a fost aprobată o nouă clasificare a RG, fiind publicată sub denumirea de Clasificarea 2018 a Defectelor de RG și a Fenotipului Gingival [8] care constă dintr-o matrice 4x5 ce implică integrarea celor mai importante variabile clinice, cum ar fi informații privitor la defectele de RG, precum: recesiunea interproximală, adâncimea RG, specificul fenotipului, cum ar fi lățimea țesutului keratinizat dar și grosimea gingivală, la fel se pune accent pe caracteristicile suprafeței radiculare, ca exemplu nivelul joncțiunii smalț-cement dar și prezența leziunilor carioase.

RG mai poate fi de tip inflamator și neinflamator. Cea de tip inflamator apare ca urmare a proceselor inflamatorii a parodonțiului, îmbrăcând aspecte diferite, în funcție de stadiul evolutiv al bolii și patogenia acesteia. La rândul său recesiunea neinflamatorie este o consecință a unor condiții locale precum: periajul inadecvat, factori anatomici ca dehiscenta, fenestrația, iatrogenii ortodontice/protetice/parodontale, obiceiuri vicioase precum parafuncțiile.

Deși sunt cunoscute diferite sisteme de clasificare, fiecare are propriile avantaje. Clasificarea tuturor cazurilor de RG este o temă foarte discutată în practica clinică zilnică și în studiile clinice pentru a facilita un diagnostic corect și pentru a reduce la minim interpretările multiple de către diverși examinatori. Cu toate acestea, până la moment, nu există vre-o dovadă că un sistem de clasificare este mai bun decât altul și este recomandat să se utilizeze pentru fiecare caz în parte o anumită clasificare.

#### **1.4 Tabloul clinic al recesiunii parodontale**

Prin recesiune parodontală se înțelege expunerea progresivă a suprafeței radiculare ca rezultat al migrării apicale a țesuturilor în relație cu JSM. Recesiunea se referă la poziționarea gingiei, nu și la starea acesteia. Gingea migrată poate fi inflamată, dar poate fi normală, cu

excepția poziției sale. Recesiunea poate fi localizată la un dinte sau la un grup de dinți sau poate fi generalizată.

Pentru a clarifica ce se presupune prin termenul de RG, este necesar de a defini termenii de poziție aparentă și poziție reală a gingiei. Poziția aparentă este nivelul crestei marginii gingivale în timp ce poziția reală este nivelul atașării epiteliale pe dinte. Gravitatea recesiunii este stabilită de poziția reală a gingiei și nu de poziția sa aparentă.

Ambele tipuri de recesiune pot fi vizibile, care sunt observabile clinic, și ascunse care sunt acoperite de gingie și pot fi măsurate doar prin introducerea unei sonde la nivelul atașării epiteliale reprezentând distanța dintre marginea gingivală și nivelul de inserție al epiteliului de atașament. Valoarea totală a recesiunii este suma celor două tipuri de recesiune - vizibilă și invizibilă

Vorbind despre RG localizată, se înregistrează două forme a acesteea, sub formă de litera V și U.

- a. *Retracția locală în formă de V* este asociată cu dinții supuși traumatismelor ocluzale, în special la pacienții cu bruxism și obiceiuri de strângere. În cazurile de migrare apicală severă, recesiunea în formă de V este cunoscută sub denumirea de „*fisură Stillman*”. La nivelul smalțului în acest caz, se găsește de obicei abfracția, în timp ce pe suprafața ocluzală, se determină uzura dentară, cauzată de un traumatism ocluzal.
- b. *Recesiunea locală în formă de U* este, în general, asociată cu boala parodontală inflamatorie cronică, periajul dentar inadecvat sau inserarea inadecvată a frenului. RG în formă de U asociată cu periajul traumatic inadecvat este înconjurată de gingii sănătoase și este de obicei asociată cu abraziunea, cu o suprafață netedă, lustruită. Există cazuri de retracție în formă de U în care zona de expunere a rădăcinii este înconjurată de un feston periferic format din țesut gingival inflammat, rezultat din acumularea locală a plăcii dentare. Câteva studii clasice găsite în literatura de parodontologie se referă la condiția menționată mai sus ca „*festonul lui McCall*”.

În forma sa generalizată, retracția gingială este asociată cu boala parodontală distructivă inflamatorie cronică. Pierderea suportului parodontal în zonele proximale are ca rezultat remodelarea compensatorie a suprafețelor bucale și linguale, ducând la deplasarea apicală a gingiei marginale, inclusiv a papilelor interdente.

Clinic țesuturile pot fi ferme, de culoare normală sau inflamate, în funcție de cantitatea de iritanți prezenti. Gingia este, în general, fragilă și fină, cu porțiunea atașată absentă sau de înălțime redusă. Adâncimea sulcus-ului gingival este, frecvent, în normă.

## **1.5 Diagnosticul recesiunii parodontale**

RG este foarte răspândită și frecvența acesteia crește odată cu vârsta. Nu toate formele de RG se pretează cu ușurință la o clasificare simplă sau se încadrează într-una dintre cele patru clase ale lui Miller. Când se observă regresia marginii gingivale, trebuie inițiat colectarea informațiilor

pentru a stabili un diagnostic veridic. Deoarece RG este poli etiologică, este de maximă importanță ca specialistul să poată combina semne și simptome anamnestic, clinice și radiologice, precum și informații de laborator. Un diagnostic corect este crucial în stabilirea necesității tratamentului, în selectarea unei abordări adecvate de tratament, dar și pentru monitorizarea sau prezicerea modificărilor longitudinale a zonelor tratate.

Diagnosticul recesiunii parodontale se bazează în mare măsură pe parametrii clinici dar uneori recurgem și la examinări paraclinice pentru a stabili un diagnostic cât mai exact și a înregistra un prognostic favorabil în timp al tratamentului.

### ***Examenul clinic:***

Inițial diagnosticul va începe cu culegerea anamnezei care include acuzele pacientului și anume sensibilitate dentară, probleme estetice, debutul recesiunii care poate fi acut sau cronic.

Istoricul medical joacă un rol important deoarece multe afecțiuni sistemice sunt asociate cu semne și simptome orale. O influență majoră asupra parodonțiului o are diabetul zaharat, unele medicamente și nu în ultimul rând vârsta, modificările hormonale (sarcina, pubertatea, menopauza), stresul, deprinderi alimentare prin consumarea alimentelor cu risc carios și un potențial eroziv mare, consumul regulat de alcool, fumatul, consumul de droguri.

Făcând referire la istoricul stomatologic, acesta joacă un rol major, deoarece tratamentul dentar din trecut poate direct influența apariția RG. Anume accentuăm o influență considerabilă a tratamentului ortodontic, ortopedic, afecțiunile parodontale manifestate prin gingivite/parodontite necrozante, trauma mecanică/chimică, igiena orală nesatisfăcătoare care pot explica pierderea țesutului parodontal.

Examenul clinic prin inspecție, palpare și sondare ne relevă informații despre simetria și estetica facială, modificări ale mucoasei precum adâncimea vestibulului, inserția frenului labial și lingual, biotipul gingival, lățimea gingiei keratinizate, lățimea țesutului atașat, nivelul marginii țesuturilor moi, prezența sau absența papilei interdentare, înălțimea papilei interdentare, grosimea gingivală prin sondarea transgingivală, leziunile induse de igiena dentară, sensibilitatea suprafeței radiculare prin testele termice, inflamația gingivală, prezența/absența depunerilor dentare [11]. Prin intermediul sondării parodontale cu sonda marcată millimetric vom determina starea inflamatorie a gingiei, prezența/lipsa sângerării, identificarea RG, extinderea/adâncimea RG (figura 4A, 4B). Este foarte important evaluarea și corectitudinea aplicării aparatelor fixe și mobilizabile ortodontice/ortopedice pentru a înlătura orice suprasolicitare a aparatului dento-maxilar și a evita acumularea plăcii bacteriene.

Clinic, măsurarea defectelor de RG se efectuează prin intermediul sondării parodontale, astfel un sistem practic de înregistrare a diagnosticului bazat pe măsurări este următorul:

1. Măsurarea lungimii RG în mm de la JSM la baza defectului (figura 3A);



2. Masurarea lăţimii defectului în mm la nivelul celui mai lat aspect meziodistal (figura 3B).

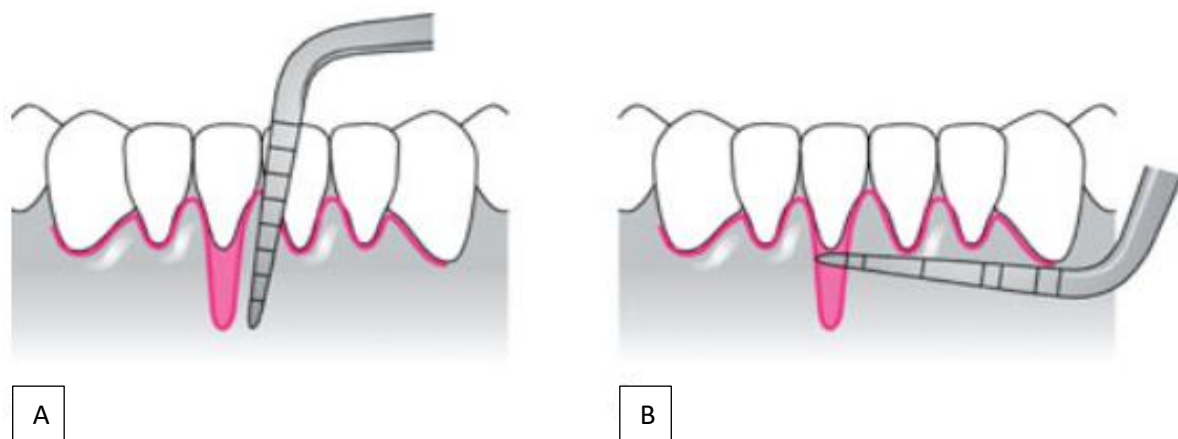


Figura 3. Metodă de măsurare a defectelor de recesiune ( A – lungimea RG, B – lăţimea RG) [44].

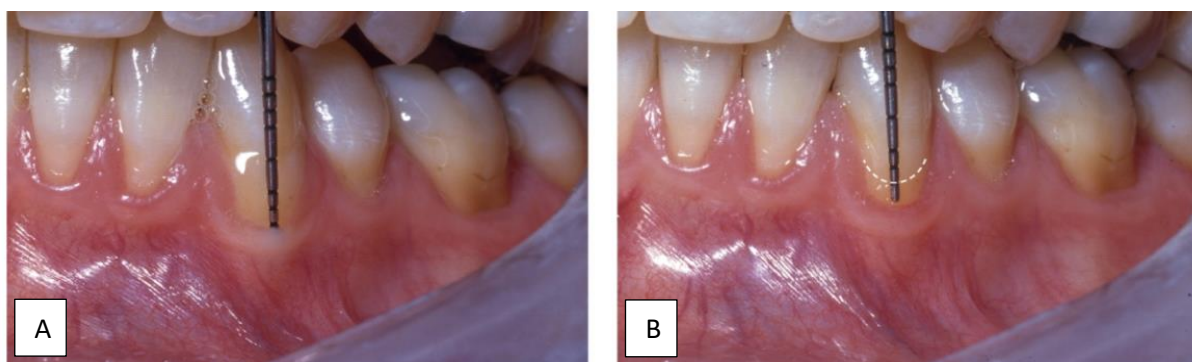


Figura 4. Determinarea pierderii clinice a ataşamentului gingival (nivel). A. Iniţial, şanţul este sondat (la 1 mm). B. În continuare, nivelul gingiei este determinat cu un număr pozitiv care indică recesiunea gingivală (la +1 mm de linia punctată, care este CEJ). Când cele două numere sunt adunate, se determină valoarea pierderii ataşamentului. În acest caz, adâncimea de sondare de 1 mm şi nivelul gingival de +1 (recesiune de 1 mm) au ca rezultat o pierdere de ataşament de 2 mm [48].

Examenul fenotipului şi a biotipului parodontal este o parte componentă a diagnosticului şi prevede mai multe metode clinice de vizualizare a caracteristicilor acestuia. Una din cele mai simple metode utilizată pe scară largă în practica medicală se bazează pe gradul de transparenţă a sondei parodontale prin marginea gingivală în timpul sondajului [15]. O grosime gingivală de  $\geq 2$  mm este definită ca biotip gros şi o grosime gingivală de  $< 1,5$  mm ca biotip subţire. Totodată Ronay (2011) propune şi măsurările cu ultrasunet ca fiind cele mai adecvate pentru înregistrarea directă a grosimii gingivale ca o metodă neinvazivă.

#### **Examenul paraclinic:**

Examenul paraclinic este de obicei utilizat pentru a evalua recesiunea ca o variabilă dihotomică (prezenţă/absenţă), mai rar pentru a evalua adâncimea recesiunii. Acestea includ

efectuarea examenului fotografic, examinarea modelelor de studiu, examenul radiologic. Din examenul radiologic singura metodă care permite o analiză amplă a suprafețelor vestibulare și linguale/palatinale și oferă posibilitatea vizualizării defectelor parodontale este tomografia computerizată (CBCT). Această metodă oferă posibilitatea vizualizării și măsurării dimensiunilor parodontale/gingivale, grosimea și atașamentul dento-gingival [33].

Modelele de studiu pot fi utile în cazurile în care este dificil să se măsoare recesiunea intraoral, deoarece oferă o vedere tridimensională (3D) care permite evaluări detaliate ale amprentelor obținute în timpul examinării clinice, fără interferențe din partea țesuturilor moi din interiorul cavității bucale. Cu toate acestea, dezavantajele modelelor de studiu includ daune fizice și chimice, uzură și distorsiuni. Astfel, modelele digitale au fost introduse având ca avantaj ușurința în manipulare și stocare, eficiența în timp și erori manuale reduse, deoarece datele pot fi transferate și stocate electronic. Modelele digitale pot fi obținute prin scanarea țesuturilor intraorale (crearea modelelor virtuale) sau modelele de studiu (turnarea modelelor pe baza modelelor digitale) astfel se obține un model virtual 3D pe baza căruia putem efectua toate măsurările necesare. Scannerul intra-oral ne oferă posibilitatea înregistrării computerizate a stării parodontiului și este o modalitate eficientă de a compara modificările survenite la nivelul țesuturilor parodontale în timp prin efectuarea analizelor volumetrice necesare.

În final, examenul clinic și paraclinic, are ca scop excluderea altor patologii dar și prezintă o imagine de referință pentru urmărirea evoluției cazurilor în timp. Acestea redau o privire de ansamblu asupra situației orale.

## **1.6 Tratamentul recesiunii parodontale**

Tratamentul afecțiunilor parodontale prelungeste viabilitatea dentară. Terapia parodontală modernă se axează pe estetică și sunt cunoscute multiple tehnici pentru a îmbunătăți zâmbetul pacienților. RG sunt mai frecvent tratate prin chirurgie plastică parodontală. Wennström (1996) afirmă că chirurgia parodontală include toate intervențiile chirurgicale care vizează prevenirea sau înlăturarea defectelor anatomice de dezvoltare, cauzate mecanic sau provocate de afecțiuni gingivale, de mucoasa alveolară sau țesutul osos. Tratamentul RG se indică în majoritatea cazurilor din motive estetice. Totuși atunci când RG devine progresivă și zonele de recesiune sunt dificil de curățat, sau marchează o sensibilitate pronunțată a dinților de la nivelul recesiunii, este o indicație medicală pentru inițierea tratamentului.

Tratamentul se clasifică în 2 tipuri:

*1. Non-chirurgical*

*2. Chirurgical*

Tratamentul conservativ include înlăturarea factorilor cauzali. În prezența malpozițiilor se inițiază tratamentul ortodontic, în caz de periaj traumatic se indică periajul non-iatrogenic, iar

atunci când hipersensibilitatea dentară este resimțită în urma denudării tubilor dentinari se instituie tratarea suprafețelor radiculare pentru a obține acoperirea tubilor dentinari prin intermediul obturațiilor, aplicațiilor cu lacuri sau coroanelor dentare. Tratamentul non-chirurgical este mereu în strânsă legătură cu factorii etiologici determinanți și predispozanți și presupune înlăturarea acestora încât acuzele pacientului să scadă progresiv.

Tratamentul chirurgical prevede unele tehnici pentru acoperirea suprafeței radiculare. Printre acestea se evidențiază tehnica de deplasare a țesuturilor, prin intermediul translației ce prevede deplasarea lambourilor pediculate. Altă metodă este grefarea ce include utilizarea țesutului conjunctiv sau a grefelor gingivale libere și ultima fiind regenerarea tisulară ghidată (RTG).

Aceste metode au resimțit multe modificări de-a lungul timpului de la tehnicile convenționale deoarece se tinde spre o acoperire optimală a suprafețelor radiculare dar și pentru a obține o estetică îmbunătățită. Totodată și datorită apariției metodelor noi, a secțiilor de parodontologie, a instrumentelor speciale și condițiilor de implementare a noilor metode chirurgicale [44].

#### **Metodele chirurgicale se clasifică în două categorii de bază:**

- a. *Tehnica de grefare a pediculului de țesut moale.* Acestea prevăd poziționarea țesutului moale la nivelul defectului de RG dar totodată grefa rămâne atașată de baza sa. Punctul forte al acestor metode este faptul că grefa, chiar de este repositionată, își păstrează vascularizația. Din această categorie putem enumera tehnici cu lambou rotat precum lamboul dublu papilar, lambou rotit oblic, lamboul poziționat lateral. Se cunosc și tehnici cu lambou deplasat care include lamboul repositionat coronar și cel semilunar.
- b. *Tehnica cu autogrefă de țesut moale liber.* Țesutul moale în cazul dat este transferat din zonele îndepărtate cu scopul de acoperire a defectelor provocate de recesiune. Această metodă este indicată în cazul necesității de creștere a grosimii țesutului gingival sau în absența țesutului donor adecvat în zona afectată. Ca exemplu pot servi grefele de țesut conjunctiv subepitelial și grefele cu țesut epitelial liber.

Tehnica chirurgicală aleasă depinde de mai mulți factori cum ar fi: localizarea recesiunii, anatomia zonei afectate, mărimea recesiunii, absența sau prezența țesutului keratinizat alăturat defectului, înălțimea/lățimea țesutului interdental, prezența frenului și adâncimea vestibulului. La fel se analizează și starea de sănătate a pacientului, vârsta sa și deprinderile vicioase precum fumatul care împiedică reușita intervenției. Se ține cont și de cerințele estetice și rezultatele așteptate precum și reducerea numărului de vizite pentru a anticipa orice discuție.

Înainte de orice intervenție este obligator să se pregătească câmpul chirurgical. Pentru o atașare biologică bună a țesutului grefat, prealabil de fiecare operație se debridează bine

suprafețele radiculare cu ajutorul instrumentelor mecanice sau ultrasonice și se irigă cu soluție salină.

Fiecare metodă de tratament prevede timpii săi operatori și o tactică individual de tratament, astfel unele din tehnici chirurgicale utilizate mai frecvent ce au scopul acoperirii RG sunt desfășurate în continuare.

### ***1.6.1 Grefele pediculate***

#### *1.6.1.1 Lamboul avansat coronal (CAF)*

Huang (2005) susține că această tehnică reprezintă rezultate estetice satisfăcătoare și este o metodă relativ simplă, însă necesită o adâncime sulculară adecvată [22]. Tehnica este indicată doar în prezența țesutului keratinizat adecvat în apropierea defectului de recesiune. Se realizează două incizii verticale ce se continuă dincolo de joncțiunea muco-gingivală (JMG) ridicându-se un lambou cu grosime totală. Pentru eliberarea periostului, lamboul este disecționat. Lamboul se re poziționează într-o poziție coronală și se suturează. Tehnica respectivă este indicată de obicei în tratarea defectele de RG a claselor I și II Miller, la fel oferă succes în tratamentul defectelor multiple cu rezultate fizionomice favorabile [42; 32]. După părerea autorului internațional Kerner (2009), tehnica data înregistrează rezultate foarte bune de acoperire a suprafețelor radiculare, culoarea țesuturilor se potrivește bine cu țesuturile adiacente și recuperarea morfologică este adecvată.

#### *1.6.1.2 Lambou avansat coronal semilunar*

În 1986, pentru prima oară, Tarnow a determinat o nouă abordare a lamboului avansat coronal în scopul tratării RG pe mai mulți dinți alăturați cu gingie keratinizată în jur de 3 mm lățime și mai mult de 1 mm grosime localizată apical de defect. Haghghat (2006) remarcă faptul că este nevoie de o grosime gingivală potrivită ce oferă posibilitatea de disecție a lamboului cu grosime parțială în scopul evitării fenestrării osului alveolar. În urma efectuării anesteziei locale (AL), se efectuează o incizie semilunară la nivelul marginii gingivale libere. După, pornind de la nivelul sanțului gingival se ridică lamboul cu grosimea parțială. Țesutul gingival keratinizat mobilizat este fixat la nivelul JSM prin suturi monofilament neresorbabile 6/0, care se indeparteaza dupa 14 zile. Aceasta înregistrează rezultate estetice bune și stabilitate tisulară în timp, dar trebuie de menționat că este recomandată această tehnică doar în cazul prezenței biotipului gingival gros și condiții mucogingivale favorabile. Lamboul semilunar oferă posibilitatea acoperirii rădăcinilor denudate fără presiune cu conservarea papilelor existente și nu duce la scurtarea vestibulului.

#### *1.6.1.3 Lambou poziționat lateral*

Lamboul dat este indicat în prezența defectelor înguste și în prezența țesutului donor cu gingie atașată adecvat [7]. Tehnica prevede realizarea inciziilor în papila interdentară și gingia

marginală la nivelul zonei donor. Se efectuează o incizie de descărcare în sens vertical în direcție apicală de la nivelul marginii gingivale spre suprafața distală a zonei donor în poziție sulculară. Apoi lamboul obținut este rotit în poziție adecvată pentru a acoperi defectul și este adaptat fără presiune la rădăcinile denudate și se suturează la loc. Este necesar de remarcat că o importanță majoră în acoperirea radiculară o deține grosimea țesutului lamboului și s-a demonstrat că această tehnică are reușite considerabile în tratarea RG izolate [23].

#### *1.6.1.4 Tunel intra-sulcular (TIS)*

În 1985, Raetzke, a fost inițiatorul lamboului cu grosime parțială sub formă de „înveliș” ce pledează pentru păstrarea integrității papilei gingivale și acoperirea totodată a defectului de recesiune fiind o tehnică minim invazivă. Atunci când pacientul prezintă un defect < 3 mm, această tehnică este o opțiune bună având ca avantaj lipsa inciziilor de descărcare, menținerea adâncimii vestibulare, păstrarea integrității papilelor dentare, absența modificărilor semnificative în re poziționarea marginii gingivale. După constatările lui Zuhr din 2014, tehnica tunelului confirmă o bună refacere radiculară și o creștere a țesutului keratinizat. Lamboul plic a fost format prin subminarea inciziei parțiale de grosime în țesuturile din jurul defectului și un țesut conjunctiv subepitelial (SCTG) liber a fost poziționat direct peste dehiscența rădăcinii. Metoda constă în realizarea inciziilor intrasulculare în jurul dintelui cu defect de recesiune, care sunt apoi extinse la nivelul joncțiunii mucogingivale creând un lambou cu grosime parțială. Între aceste incizii se realizează o continuitate fără eliberarea papilelor creând un tunel ce cuprinde toți dinții cu recesiune. După aceasta, un material de grefare este aplicat la nivelul tunelului creat fiind suturat în poziția respectivă. Lamboul realizat inițial se re poziționează coronal și ca apoi să fie suturat acoperind grefa aplicată. Cu toate acestea, dezavantajele acestei tehnici implică, provocările tehnice de lucru prin zona sulculară mică, limitând capacitatea de eliberare a lamboului.

#### **1.6.2 Tehnica cu autogrefă de țesut moale liber**

##### *1.6.2.1 Grefă gingivală liberă*

În 1963 a fost publicat de către Bjorn primul caz [3]. Sullivan și colab., 1968 a comunicat în lucrările sale că inițial această metodă a fost efectuată în scopul creșterii cantității gingiei atașate și extinderea adâncimii vestibulare, însă mai apoi a obținut scopul acoperirii suprafețelor radiculare. Reprezintă o metodă de încredere pentru stoparea progresiei RG dar și pentru a crește lățimea gingiei keratinizate. Comparativ cu grefa de țesut conjunctiv subepitelial, aceasta este mai rar utilizată deoarece șansele de succes sunt relative mai mici [38]. Totodată deține ca avantaj faptul că este simplu de efectuat, poate include în tratament simultan mai mulți dinți și poate fi realizată când gingia keratinizată nu are grosime adecvată.

### *1.6.2.2 Grefă de țesut conjunctiv subepitelial*

Grefa de țesut conjunctiv subepitelial însoțită de lamboul avansat coronal rămâne standartul de aur în tratamentul defectelor de RG. Pentru prima oară a fost propusă de către Langer în 1982, descriind varianta în care grefa este acoperită de un lambou cu grosime parțială, însă Nelson în 1987 a utilizat un lambou cu grosime totală pentru a închide defectul RG. Cu timpul au fost înregistrate diferite modificări în privința dimensiunilor grefei/lamboului astfel în final rezultatele estetice obținute sunt foarte bune. Recoltarea grefei poate fi efectuată de la nivelul palatului dur, tuberozității maxilare sau din zona tuberculului alveolar mandibular [47].

### *1.6.3 Metode de regenerare tisulară ghidată (GTR)*

O altă abordare pentru înlocuirea metodei de acoperire a RG cu autogrefă a fost utilizarea tehnicilor de regenerare tisulară ghidată [49]. Această metodă a înregistrat rezultate considerabile deoarece are ca obiectiv atât acoperirea defectului cât și sporirea regenerării țesuturilor parodontale [40]. S-a demonstrat histologic și clinic că această tehnică permite repopularea selectivă de celulele ligamentului parodontal și permite formarea unui nou atașament de țesut conjunctiv dintre osul alveolar și suprafața radiculară. Principiul de bază al procedurii este realizarea și menținerea stabilității unui spațiu prin aplicarea unei membrane între suprafața rădăcinii și lambou.

Cu timpul, s-au propus diferite biomateriale cu rol osteogenetic, osteoinductor și osteoconductor. Unele din acestea sunt: derivate din matricea proteică a smalțului; matricea adermică acelulară (ADM), matrice de colagen, derivate de trombocite.

ADM substituiesc autogrefele de țesut moale fiind preluate de la nivelul dermei de la un un donor din zonele aprobate fiind ulterior prelucrate prin îndepărtarea componentei celulare cu scopul prevenirii oricărui proces inflamator sau imunogen cu păstrarea integrității ultrastructurii. Comparativ cu alte metode, utilizarea ADM, are succes în tratarea RG [20]. La momentul testării clinice mai multe studii au demonstrat că utilizarea ADM în combinație cu CAF a îmbunătățit considerabil rezultatele acoperirii radiculare comparativ cu CAF singur [1]. După Gallagher (2017) efectuând o revizuire sistematică recentă, nu este înregistrată diferențe între ADM și grefa de țesut conjunctiv subepitelial pentru o acoperire medie radiculară și câștigul la nivel de atașament clinic.

Făcând o referire la utilizarea în tratament a derivatei din matrice proteică a smalțului în combinație cu CAF, în studiile clinice după Cairo (2014) au prezentat o acoperire medie a rădăcinii între 84% - 94% dar totodată a influențat pozitiv creșterea de țesut keratinizat.

Analizând studiul de Vignolletti din 2011, putem confirma că matricea de colagen porcine este capabilă să inducă formarea unui atașament parodontal nou dar și să influențeze favorabil producerea de cement la nivel de rădăcină.

Derivatele trombocitare au dovezi limitate în succesul de utilizare dar totuși după analizele efectuate recent de Moraschini (2016), acestea nu par să influențeze pozitiv asupra nivelului de atașare clinică a RG și nici îmbunătățirea acoperirii rădăcinilor.

În final, multitudinea de biomateriale sunt propuse pentru substituirea grefelor autogene. Studiile actuale demonstrează că materialele enumerate anterior pot fi considerate eficiente și sigure în tratamentul RG. În deosebi această abordare este indicată în cazul disponibilității limitate a autogrefelor dar și doarec să evite o intervenției în doi timpi. Dar totodată trebuie să menționăm că sunt efectuate studii limitate pe termen lung utilizând biomaterialele date, dar și au rezultate inferioare comparativ cu autogrefe de țesut conjunctiv. În final, alegerea metodei de tratament rămâne pe seama medicului care va lua în considerație disponibilitatea țesutului donor, situația clinică dar și preferințele pacientului.

#### ***1.6.4 Părerii privind eficiența tratamentului chirurgical al RG***

Într-un final există o gamă vastă de tehnici în privința tratamentului chirurgical, însă conform recenziilor sistematice și meta-analizei [ 17; 9; 14], CAF combinate cu grefa de țesut conjunctiv (CTG) este cea mai eficientă tehnică pentru tratarea RG unice sau multiple, iar conferințele de consens ale Federației Europene de Parodontologia (EFP) și ale Asociației Americane de Parodontologia (AAP) au concluzionat că această abordare ar trebui să fie considerată standardul de aur, în timp ce combinația de derivat al matricei de smalț (EMD) sau grefa de matrice dermală acelulară poate fi considerată ca alternative [6]. Într-adevăr, conform a două recenzii sistematice recente, se poate aștepta o acoperire medie a rădăcinii de 84,7% și 80,9% și o acoperire completă a rădăcinii de 51,8% și, respectiv, 46,6% atunci când se utilizează abordarea CAF+CTG pentru tratamentul recesiunilor de clasa I și II Miller [5]. Mai mult, s-a demonstrat că adjuvantul CTG oferă rezultate mai previzibile după o perioadă de cinci ani cu un risc mai mic de recidivă a recesiunii [35]. Mai mult, un raport de urmărire recent de 20 de ani a concluzionat că CAF+CTG a permis o acoperire stabilă a recesiunii și un câștig în țesutul keratinizat pe termen lung [35].

## **2. MATERIALE ȘI METODE DE CERCETARE**

### **2.1 Tipul studiului realizat**

Cercetarile clinice au la bază studiul descriptiv retrospectiv - utilizând arhivele clinice și prospectiv în perioada anilor 2017-2022, în cadrul clinicii stomatologice SRL „Omni Dent”.

### **2.2 Date generale**

În cadrul clinicii stomatologice SRL „Omni Dent”, metoda de studiu utilizată este documentară - studierea și analiza documentelor medicale ale pacienților care s-au adresat cu diferite patologii la specialiștii în domeniu. Din multitudinea de pacienți, criteriile de includere în studiu s-au bazat pe selectarea acelor subiecți cu RG de clasa I și II Miller, care au respectat indicațiile medicale, s-au adresat postoperator pentru evaluare în dinamică, au fost complianți și au respectat pe deplin recomandările medicale, cazul cărora a fost complet elucidat prin evaluarea în dinamică, suport radiologic și fotografic. Caracteristica definitorie statistică a studiului care a stat la baza cercetării este un indicator absolut - frecvența RG și selectarea tratamentului chirurgical adecvat. În perioada 2017-2022, în arhiva clinicii „Omni Dent”, au fost studiate în total 15 fișe medicale, pacienți care au necesitatea tratamentului chirurgical în condiții de ambulator. Toți pacienții au fost examinați clinic și paraclinic, s-au studiat cartelele de ambulator și ortopantomografiile (OPG) pacienților. O importanță majoră în examinarea pacienților cu recesiuni de ține scanarea intraorală și formarea unei imagini digitalizate preoperatorii și postoperatorii, acestea din urmă fiind suprapuse ne oferă măsurări cuantificate în diferite puncte ce ne dă posibilitatea înregistrării unui rezultat în urma tratamentului chirurgical cât mai obiectiv cu scopul de a efectua calculele necesare.

Toți pacienții incluși în studiul statistic au fost evaluați în cadrul clinicii stomatologice „Omni Dent”, unde li s-a acordat asistență medicală și s-a oferit un plan de tratament etapizat potrivit diagnosticului, din partea colaborării medic chirurg-parodontolog. Pacienții din lotul de studiu au fost evaluați ca și în cazul oricărei patologii în stomatologie, prin examenul clinic și paraclinic.

#### ***Examenul clinic***

Examenul clinic este format din examenul subiectiv și obiectiv cu evaluare în deosebi a situației endoorale. Examinarea inițiază cu consultarea generală a pacienților în care se relatează motivul adresării la medic cele mai frecvente înregistrate de noi sunt hipersensibilitatea dentară și defectul estetic, apoi, prin intermediul întrebărilor suplimentare se deslușește istoricul bolii și al vieții. În modul respectiv, medicul stomatolog înțelege starea generală al organismului (maladii generale, boli infecțioase, alergii de diferită proveniență), etiologia și acuzele pacientului, așteptările sale în urma tratamentului, acestea fiind necesare pentru stabilirea unui diagnostic



concludent. Este foarte relevantă studierea minuțioasă și determinarea factorului cauzal care trebuie neapărat abordat în viitorul management al pacientului.

În cadrul examenului clinic s-au utilizat metodele:

*Inspeția* – prin inspecție evaluăm culoarea, conturul, textura gingiei, prezența/absența inflamației și a depunerilor dentare moi și dure. S-a înregistrat coborârea atașamentului muco-gingival apical de CEJ evidențiind suprafața dentară afectată sau marcarea pierderii circumferențiale. Prezența defectelor carioase la nivel de expunere radiculară sau apariția defectelor cuneiforme. La fel prin inspecție determinăm prezența sau absența papilei interdentare și înregistrarea înălțimii acesteia precum și inserțiile frenale aberante ce determină apariția afecțiunii.

*Sondara* – folosind o sondă parodontală cu marcaje milimetrice am evaluat starea inflamatorie gingivală evidențiind gradul de sângerare. S-au făcut măsurări înregistrând mărimea, adâncimea pungii parodontale, lățimea RG, nivelul de atașament clinic.

*Palparea* - gradul de mobilitate a dinților.

### ***Examenul paraclinic***

*OPG* – metodă radiologică a arcadei dentare ce evidențiază starea țesutului osos, profunzimea pungilor osoase, prezența leziunilor inter-radulare a molarilor mandibulari. Datorită faptului că OPG este o imagine bidimensională a unei situații tridimensionale, avem nevoie de investigații ce vor oferi date mai precise. În acest sens se utilizează tehnologia CT, care oferă imagini 3D.

*Tomografia computerizată (CT)* – ne permite să analizăm suprafețele bucale și linguale/palatinale și vizualizarea morfologiei defectului parodontal, vizualizarea și măsurarea dimensiunilor parodontale, gingivale, grosimea și atașamentul dentogingival.

*Scanarea intra-orală* - înregistrării computerizate a analizelor volumetrice, a lungimii și lățimii RG, localizarea acesteia precum și determinarea stării parodonțiului. S-a realizat scanarea pre- și post-operator și prin suprapunerea imaginilor s-a reușit evidențierea cantității de țesut gingival obținut.

## **2.3 Caracteristicile participanților la studiu**

Eșantionul de studiu constă din 15 pacienți (13 femei și 2 bărbați) cu vârsta cuprinsă între 26 - 63 de ani, prezintă defecte unice sau multiple de RG clasificate în cl.I, cl.II sau cl.III după Miller. Pacienții au fost evaluați clinic și împărțiți în funcție de mai multe criterii: vârsta; sexul; simptome; diagnosticul de bază; tipul de recesiune; tipul intervenției; metoda de realizare a tratamentului; vitalitatea dentară; biotipul/fenotipul gingival; prezența/absența anomaliilor ortodontice și prezența/lipsa coroanelor de înveliș la dinții cu RG; rezultatele post-tratament obținute. Parametrii statistici enumerați mai sus au fost identificați, colectați și introduși în

Microsoft Excel obținând o bază de date. Parametrii i-am prelucrat pentru a obține date obiective necesare studiului, care vor fi expuse ulterior.

#### **2.4 Metode de tratament chirurgical efectuat pacienților din studiu**

Acoperirea denudărilor radiculare s-a realizat în conformitate cu etapele protocolului standard. Pentru fiecare din metodele chirurgicale utilizate primii timpi operatori au fost aceeași și includ: respectarea principiului de aseptie și antisepsie; AL; pregătirea zonei donor prin: realizarea chiuretajului gingival și surfasajului radicular cu înlăturarea depunerilor de tartru și a cementului necrotic, prelucrarea suprafeței radiculare cu acid etilendiaminotetraacetic (EDTA) 24% timp de 2 minute pentru demineralizarea și detoxifierea suprafeței radiculare și pentru deschiderea tubulilor dentinari. Următoarele etape ale protocolului standard sânt în concordanță cu tipul de lambou folosit pentru acoperirea RG.

##### ***2.4.1 Lambou avansat coronal***

Prevede realizarea a două incizii verticale care delimitează zona receptoare, urmată de o incizie orizontală la nivelul marginii gingivale libere care unește cele două incizii verticale. Ulterior se efectuează decolarea lamboului, poziționarea și suturarea acestuia cu 1 mm coronar față de JSM (pentru a avea posibilitatea de a deplasa lamboul coronar se efectuează o despicare a periostului).

##### ***2.4.2 Lambou poziționat lateral***

Inițial, se realizează o incizie în formă de „V” la nivelul gingiei periferice din jurul retracției, cu conservarea papilei interdentare și îndepărtarea ulterioară a țesutului incizat. Mezial sau distal, conform localizării zonei donor, se efectuează incizia și decolarea lamboului pediculat, deplasarea acestuia la nivelul zonei receptoare și fixarea (sutura) coronar față de JSM (dacă lamboul este tensionat în timpul deplasării, se efectuează o despicare a periostului sau o incizie „cut-back”).

##### ***2.4.3 Lambou avansat coronar cu greșă gingivală liberă din palat***

Adăugarea unei grefe de țesut gingival liber este sugerată ca o tehnică clasică cu rezultate pozitive în obținerea acoperirii radiculare. Prevede recoltarea de la nivelul palatului dur a unei grefe cu grosime parțială prin intermediul a două incizii paralele orizontale și verticale și separate atent printr-o incizie ușoară. Este necesar deepitelizarea acesteia pentru prevenirea complicațiilor. Grefa trebuie să fie de o grosime cuprinsă între 1,0 mm și 1,5 mm și apoi se poziționează la locul destinat fiind acoperită prin intermediul lamboului creat anterior după care se suturează fără presiune.

#### ***2.4.4 Tehnica modificată a tunelului cu greafă de țesut conjunctiv subepitelial***

Dintre multitudinea de tehnici, tehnica tunelului are avantajul aprovizionării cu sânge din lamboul supraiacent și patul periostal subiacent, fără a compromite vascularizația datorită disecției papilelor. Principala diferență este că se realizează o mobilizare mai excesivă a lamboului cu grosime despicată, atașarea mușchilor și inserarea fibrelor de colagen sunt separate și eliberate din partea interioară a mucoasei alveolare cu ajutorul cuțitelor de tunel și a chiuretelor Gracey. Ca rezultat, lamboul tunelizat poate fi mobilizat și avansat coronal fără tensiune. Pentru a realiza mobilizarea completă a lamboului, papilele interdente sunt ușor subminate cu ajutorul unor elevatori microchirurgicale. O atenție deosebită este acordată pentru a nu perturba papilele interdente. Cu marginea coronală poziționată la nivelul CEJ, greafa este fixată de lamboul mucoasei prin suturi orizontale. Mai mult, după asigurarea grefei în tunel, lamboul este avansat coronar prin suturi suspendate. În cazurile în care nu poate fi obținută acoperirea completă a grefei cu suturile suspendate, suturi suplimentare sunt plasate interdente pentru a permite deplasarea coronală a tunelului la 1 mm peste CEJ.

#### **2.5 Concluzie**

Includerea pacienților în studiu s-a efectuat reeșind din diagnosticul stabilit, tabloul clinic, metode de reabilitare care s-au instituit și în funcție de prezența sau absența RG. Tehnicile utilizate în cercetarea curentă sunt metode de reabilitare contemporane, care tind să valorifice potențialul regenerativ al țesutului parodontal. Metodele de examinare și evaluare au furnizat date veridice ce au permis o analiză amănunțită a rezultatelor obținute. Analiza rezultatelor a fost efectuată în dinamică la un interval de 3-6-12 luni postoperator prin examenul clinic, paraclinic prin intermediul scanării intraorale.

### 3. REZULTATE OBȚINUTE ȘI DISCUȚII

#### 3.1 Rezultate obținute

În studiul dat s-au inclus în total 15 pacienți (13 femei și 2 bărbat) cu vârsta cuprinsă între 26 și 63 de ani, cu diagnosticul de recesiune gingivală de clasa I-II conform clasificării lui Miller. Aceștea s-au adresat la clinica stomatologică „Omni Dent” în perioada 2017-2022 cu acuze estetice și de hipersensibilitate dentară. S-a decis reabilitarea pacienților prin intermediul tratamentului chirurgical prin diferite metode chirurgicale de acoperire radiculară reeșind din: întinderea și gradul retracției, grosimea și cantitatea de țesut keratinizat din jurul retracției, raportul dintre înălțimea papilei interdentare și recesiunea gingivală, pierderea septurilor interdentare, severitatea poziției dinților, raportul retracției cu linia surâsului, precum și în dependență de starea zonei donor (cantitatea, grosimea și starea țesutului keratinizat din zona donor).

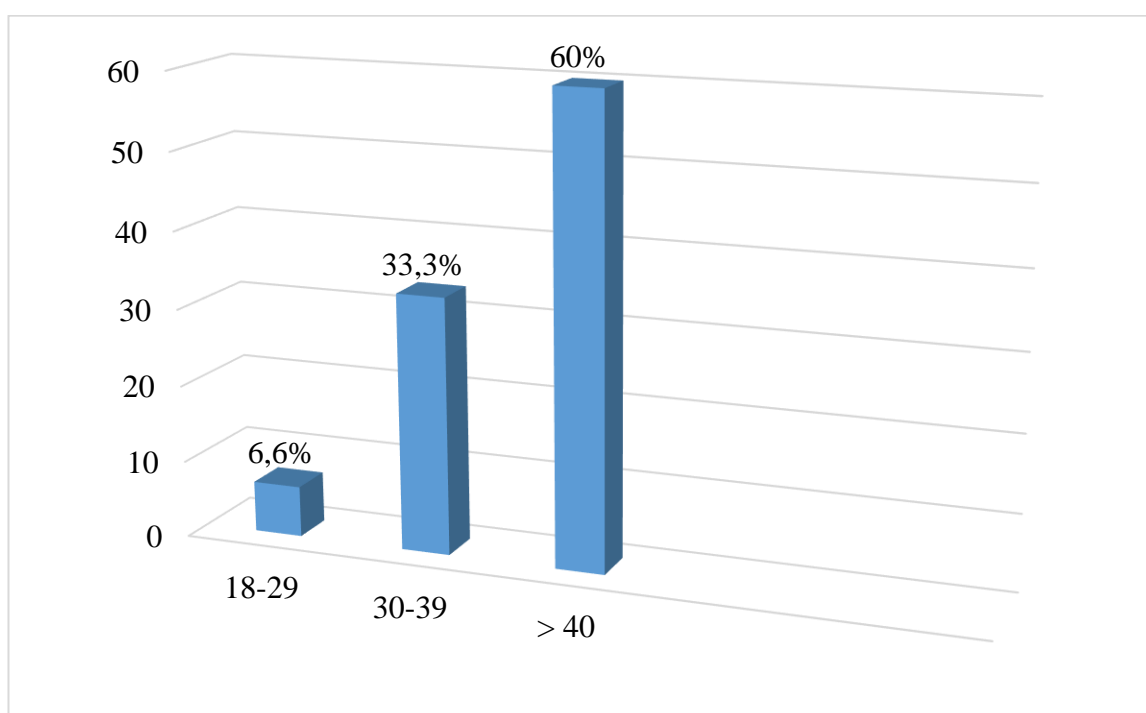


Figura 5. Repartizarea pe grupe de vârste a pacienților incluși în studiu.

În urma analizei informațiilor și distribuția după criteriul vârstei (figura 5), s-a determinat frecvența cea mai înaltă a recesiunilor gingivale la pacienții ce depășesc vârsta de 40 de ani (60%), apoi cei cu vârsta cuprinsă între 30-39 de ani în număr de 5 pacienți (33,3%) și cel mai puțin afectată vârsta cuprinsă între 18-29 de ani (6,6%) cu o singură persoană. Acesta arată că pe măsură ce vârsta crește, există o creștere a recesiunii gingivale, care a fost de semnificație statistică

La fel este de menționat faptul că femeile au fost în cea mai mare parte afectate de recesiune gingivală (86,66%) comparativ cu bărbații (13,33%), deoarece genul feminin atrage o mai mare

importanță aspectului fizic. Observăm în figura 6 că RG a fost mai frecvent observată la mandibulă (60%) decât la maxilă (40%).

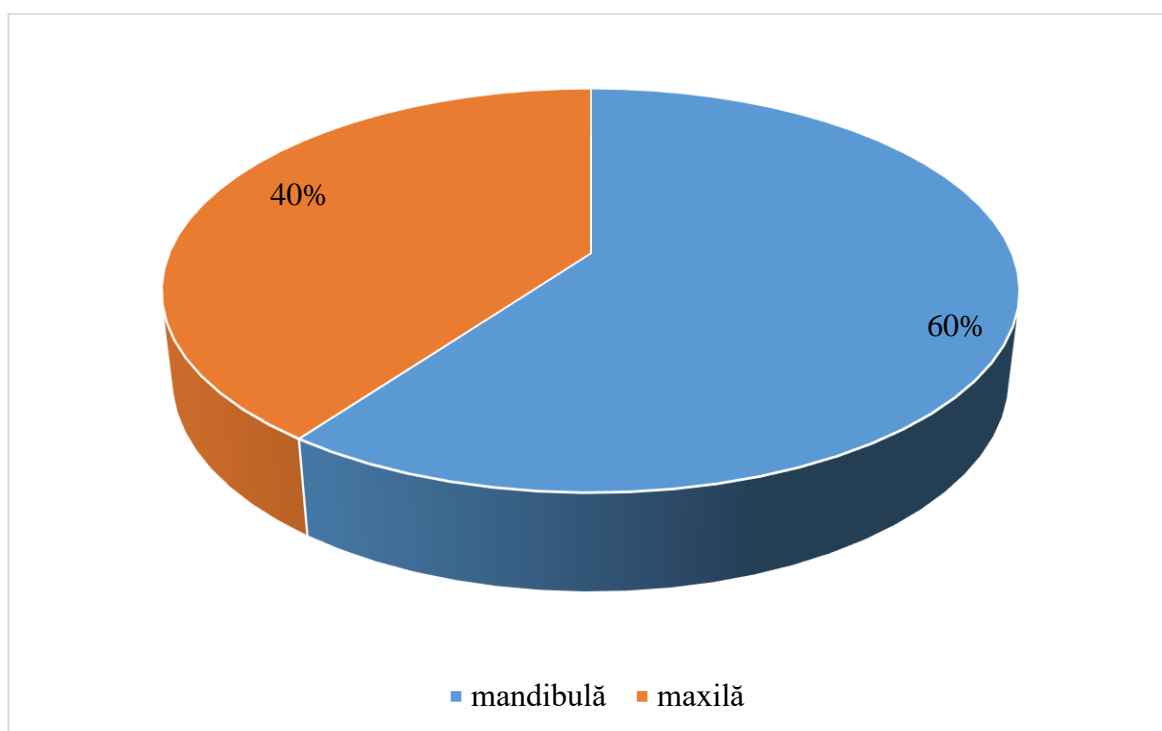


Figura 6. Apariția RG în funcție de arcadă

Potrivit figurei 7, în urma analizelor datelor, concludem că din numărul total de pacienți cel mai frecvent întâlnită a fost clasa II Miller (66,6%), urmată de clasa I (20%) și clasa III (13,13%). Conform acestor date adresabilitatea în stadii incipiente este mult mai mică din cauza lipsei acuzelor.

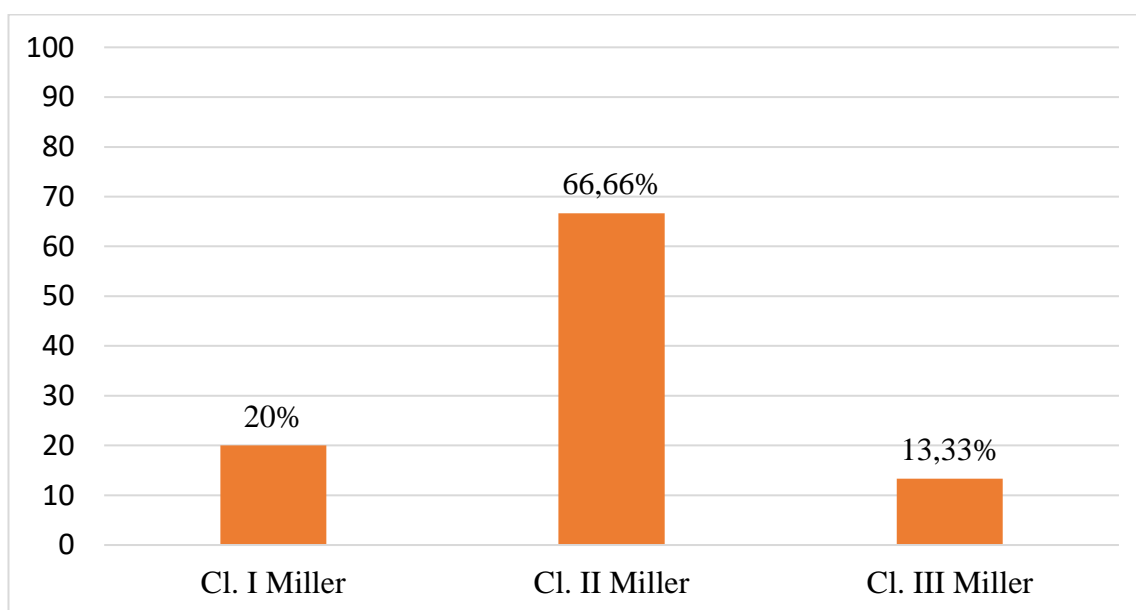


Figura 7. Apariția recesiunii gingivale conform clasei Miller de recesiune gingivală.

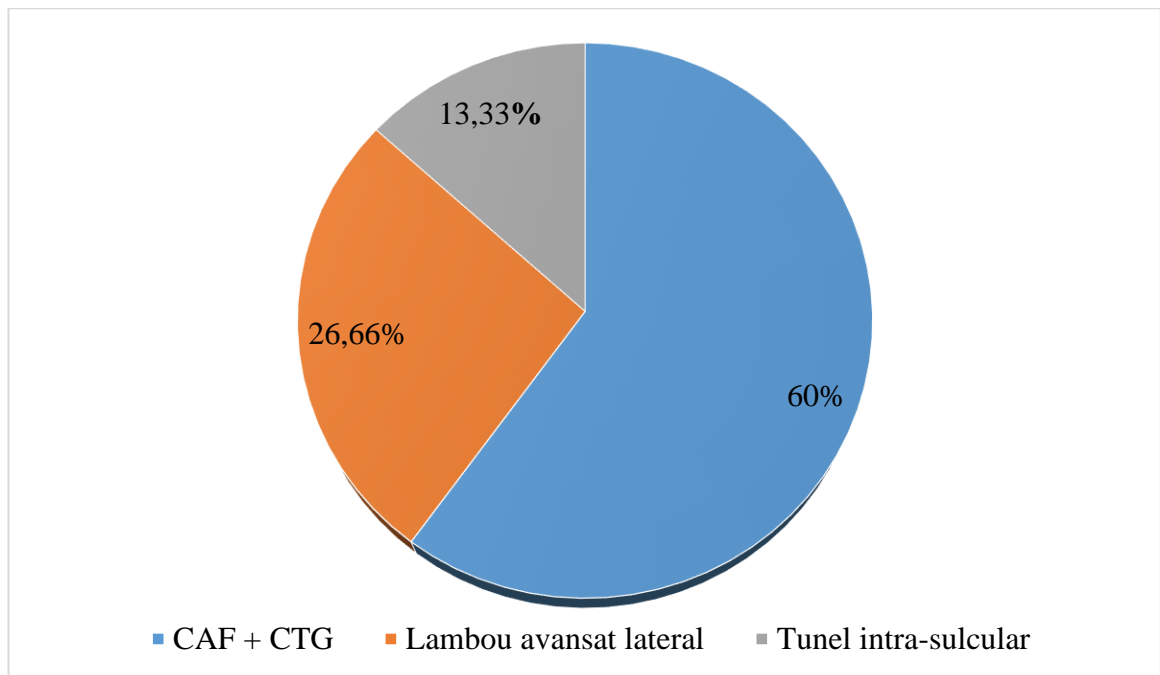


Figura 8. Tipul de intervenție chirurgicală realizată.

Analizând tehnica cea mai utilizată în caz de RG ( figura 8), am dedus că la 9 pacienți cu RG de clasa I, II și III Miller, a fost efectuată plastia folosindu-se CAF + CTG. În cazul acestor pacienți am obținut o acoperire radiculară de aproximativ 80-90%. Autorii au concluzionat că utilizarea unui CAF + CTG a fost cea mai previzibilă tehnică pentru stabilitatea pe termen lung a procedurii de acoperire a rădăcinilor. Această tehnică a fost propusă de Alen și Cohen în 2004 și a oferit rezultate bune în reducerea recesiunii ca până astăzi să fie considerată standartul de aur de către AAP.

La 4 pacienți cu RG clasa I și II după Miller s-a efectuat plastie utilizând metoda lamboului pediculat poziționat lateral având ca avantaj timp scurt de realizare și toleranță față de această tehnică din partea pacienților deoarece este minim invazivă cu rezultate favorabile.

Lamboul re poziționat lateral încă din 1956 a fost aplicat în practică de către Grupe și Warren implementat în defectele de recesiune unidentare cu rate de succes de aproximativ 75-80%.

La 2 pacienți cu clasa II Miller s-a efectuat tehnica modificată a tunelului cu grefă de țesut sub-epitelial. Datorită traumei minime la nivelul locului primitor, această metodă la fel a oferit rezultate bune însă a oferit o acoperire radiculară cu aproximativ 70% dar care ne oferă stabilitate în timp. Trebuie de remarcat faptul că îmbunătățirea estetică a fost menținută într-un mod similar pe întreaga perioadă de urmărire pentru toate trei tehnicile.

Totodată am dorit să analizăm rezultatele obținute prin compararea a două tehnici chirurgicale considerate printre cele mai eficiente cu rezultate foarte bune. Am decis să comparăm tehnica de CAF + CTG și TUN+ CTG pentru a evidenția care din acestea ar oferi rezultate estetice și clinice superioare. În tabelul 1 sunt reprezentate toate măsurările efectuate după intervenția

chirurgicală și deja peste 3 și 6 luni post-operator. Toate măsurările au fost efectuate intra-oral prin intermediul sondei parodontale gradate. Din momentul inițial la șase luni, înălțimea RG medie a scăzut în cele două grupuri dar are tendința să se mențină la aceleași nivel după perioada de 3-6 luni. Grosimea gingivală a crescut semnificativ și similar în cele două grupuri și determinăm că valorile din momentul inițial sunt păstrate pe toată perioada de studiu.

Pacienții de testare și de control au recunoscut în egală măsură o îmbunătățire estetică semnificativă pe parcursul perioadei de urmărire de 6 luni, în principal s-au arătat mulțumiți de aspectul, culoarea și conturul gingiei.

Rezultatele au arătat că ambele tehnici au permis o reducere semnificativă a recesiunii, iar aceste rezultate au rămas stabile în timp în ambele grupuri.

Tabelul 1. Prezentarea numerică a măsurărilor volumetrice post-tratament a RG prin două tehnici de tratament

| <b>Parametri</b>                 | <b>Tipul intervenției efectuate</b> | <b>Media inițială</b> | <b>Media peste 3 luni</b> | <b>Media peste 6 luni</b> |
|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------------|
| <b>Adâncimea recesiunii (mm)</b> | TUN+CTG                             | 2,78 ±<br>0,94        | 0,29 ±<br>0,61            | 0,38 ±<br>0,72            |
|                                  | CAF+CTG                             | 3,03 ±<br>0,90        | 0,16 ±<br>0,50            | 0,15 ±<br>0,38            |
|                                  | D                                   | 0,39                  | 0,47                      | 0,33                      |
| <b>Grosimea gingivală (mm)</b>   | TUN+CTG                             | 1,08 ±<br>0,34        | 1,37 ±<br>0,37            | 2,06 ±<br>0,77            |
|                                  | CAF+CTG                             | 1,03 ±<br>0,26        | 1,25 ±<br>0,35            | 1,23 ±<br>0,33            |
|                                  | D                                   | 0,60                  | 0,32                      | 0,0012                    |
| <b>Țesut keratinizat (mm)</b>    | TUN+CTG                             | 3,55 ±<br>0,95        | 4,68 ±<br>1,06            | 5,00 ±<br>0,82            |
|                                  | CAF+CTG                             | 3,28 ±<br>0,97        | 3,53 ±<br>1,12            | 3,62 ±<br>1,26            |
|                                  | D                                   | 0,37                  | 0,0024                    | 0,0014                    |

**Notă:** TUN+ CTG - Tehnica prin tunelizare + grefa de țesut conjunctiv; CAF + CTG

lambou avansat coronal + greafă de țesut conjunctiv; D - diferența dintre cele două tehnici.

## 3.2 Prezentare cazuri clinice

### CAZ CLINIC NR.1

#### A. Înregistrarea datelor cu caracter personal:

- *Nume/Prenume:* T/I
- *Vârsta:* 36 ani
- *Sex:* feminin
- *Data adresării:* 31.05.2022

#### B.Examenul clinic:

##### Subiectiv:

- *Motivul prezentării:* pacienta s-a adresat la medic cu următoarele acuze - disconfort gingival manifestat prin dereglări estetico-funcționale și prezența hipersensibilității dentare.
- *Boli asociate și concomitente:* Tuberculoză, hepatită virală, HIV/SIDA - neagă.
- *Evoluția actualei maladii:* Pacienta s-a adresat în data de 31.05.2022 cu prezența RG în cadranel III. Debutul recesiunii s-a observat cu aproximativ 5 ani în urmă, dar este prima adresare la medicul stomatolog.

##### Obiectiv:

*Examenul exobucal:* Tegumente roz-pale, fără prezența unor modificări patologice.

*Examenul endobucal:* Se atestă RG de clasa I după Miller, biotip gingival subțire, defecte cuneiforme (figura 9A, 9B).

**C.Examenul paraclinic:** Pacienta a fost supusă scanării digitale intra-orale (figura 10) și examenului radiologic de ortopantomografie (OPG) (figura 11).

**Diagnosticul:** În baza anamnezei și a examenului clinic și paraclinic, s-a stabilit diagnosticul de recesiune gingivală clasa I Miller.

**Planul de tratament:** De comun acord cu pacienta, s-a stabilit reabilitarea defectului gingival prin tehnica lamboului re poziționat coronar concomitent cu grefă gingivală liberă din palat.

##### **Date privind tratamentul efectuat:**

La data de 02/06/2022, sub AL s-a efectuat intervenția chirurgicală de recoltare a grefei gingivale libere autogene de la nivelul palatului dur pe dreapta prin incizii liniare cu grosime parțială, extinse de la suprafața distală a caninului până la suprafața mezială a molarului II (figura 12D). Defectul a fost închis cu biomaterial sintetic pe bază de colagen (Colapol KP-3LM) urmat de suturare. Pregătirea zonei recipiente constă în incizia lamboului cu păstrarea papilei interdentală urmată de decolarea lamboului și mobilizarea acestuia de inserția musculară (figura 12A, 12B, 12C). Grefa obținută a fost poziționată deasupra suprafețelor radiculare la nivelul dinților 3.3-3.6



apoi fiind fixată prin suturare (figura 12F). Ca rezultat s-a obținut închiderea recesiunii determinând creșterea înălțimii gingivale de la 0,9 mm-1,53 mm și a grosimii gingivale de la 0,5 mm – 1,58 mm. Măsurările au fost efectuate pe baza scanării intraorale (3Shape TRIOS® Intraoral Scanner).

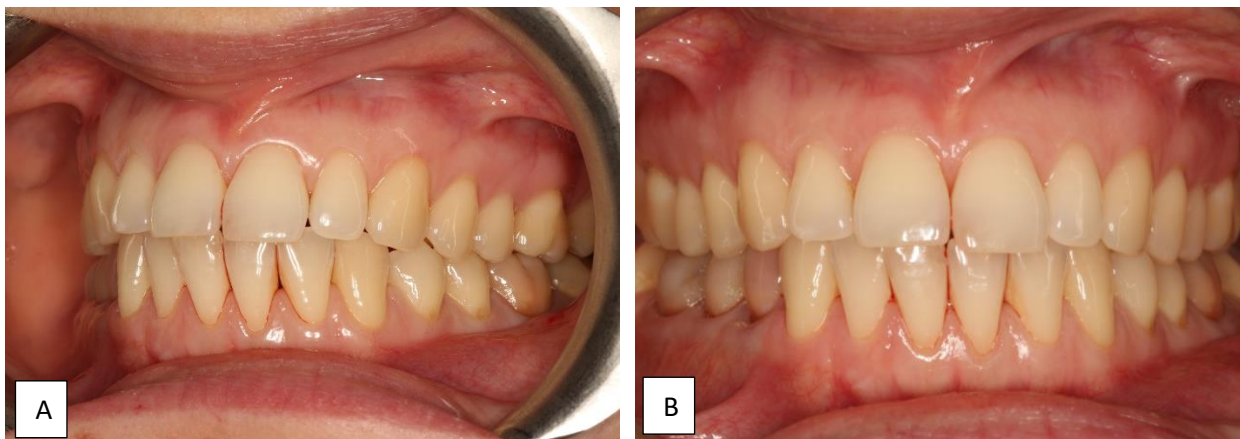


Figura 9. Fotografie endoorală ( A - din laterală stânga, B - din profil ). (Cazuistica Omni Dent)

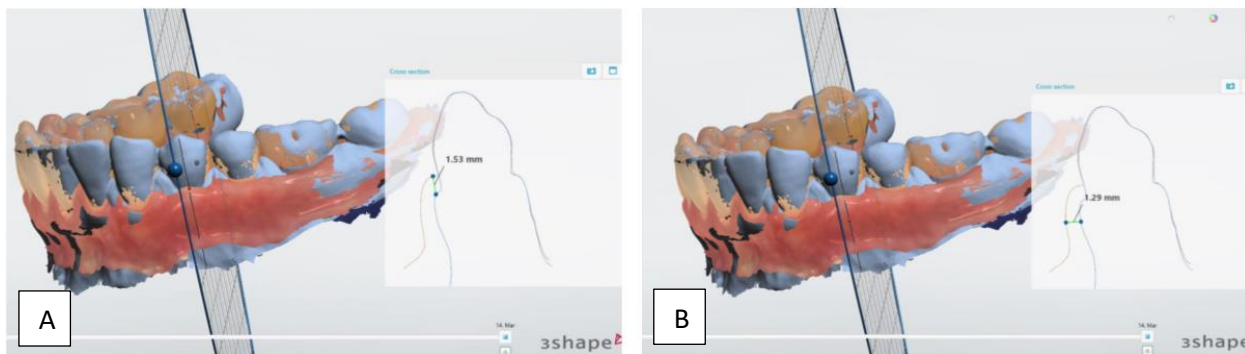


Figura 10. Compararea rezultatelor prin măsurările digitale a înălțimii și grosimii gingivale preoperator și postoperator: A. Înălțimea obținută: 0,9mm-1,54 mm; B. Grosimea obținută: 0,5mm-1,57mm. (Cazuistica Omni Dent)



Figura 11. Ortopantomografia pacientei T.I. (Cazuistica Omni Dent)

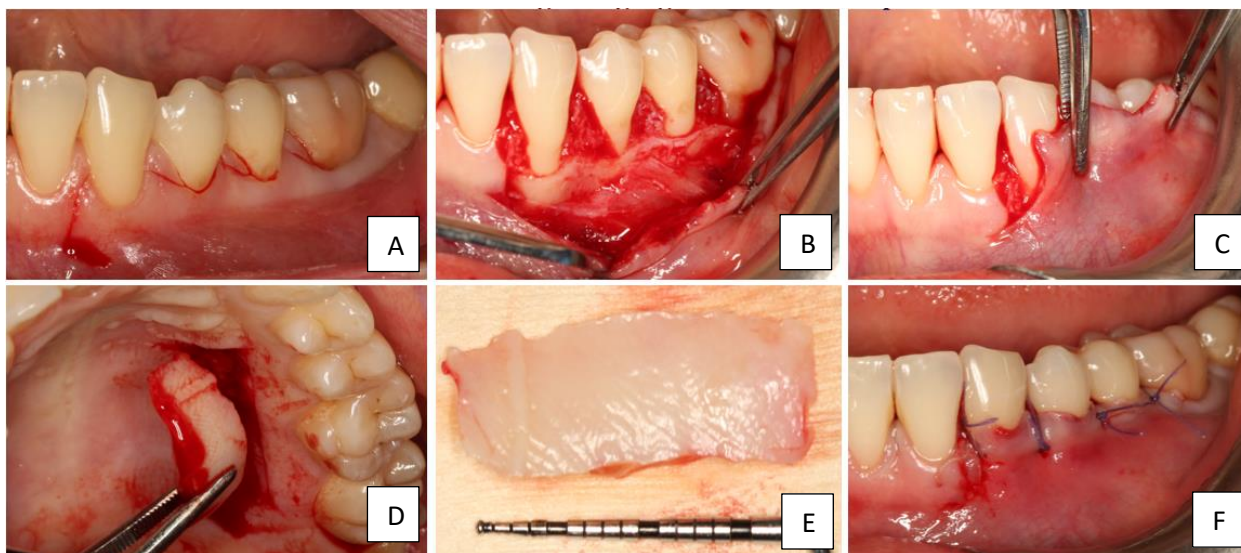


Figura 12. Intervenția chirurgicală de închidere a recesiunii gingivale prin tehnica lamboului re poziționat coronal cu grefă gingivală liberă din palat. A. Incizia; B. Decolarea lamboului; C. Mobilizarea lamboului de inserția musculară; D. Prelevarea grefei gingivale libere din palat; E. Grefa gingivală liberă prelevată; F. Sutura. (Cazuistica Omni Dent)

### Concluzie:

Cazul prezentat anterior a înregistrat rezultate pozitive după tratamentul chirurgical de lambou avansat coronar cu grefă gingivală liberă din palat realizat în cazul RG clasa I Miller, obținând o înălțimii gingivală de 0,9mm-1,54 mm și grosimea gingivală de 0,5mm-1,57mm. Calculele au fost efectuate pe baza scanării intraorale (3Shape TRIOS® Intraoral Scanner), analizând situația pre-chirurgicală și post-chirurgicală. La executarea tehnicii am respectat particularitățile anatomice ale crestei alveolare și a palatului dur. Zona recipientă a fost pregătită prin realizarea anesteziei locale, urmată de incizia lamboului mucosal la nivelul d.33-36, urmărind păstrarea papilelor interdentare pentru rezultate estetice mai favorabile. S-a făcut o incizie orizontală la nivelul joncțiunii smalț-cement care se extinde de la unghiul liniei dinților adiacenți de fiecare parte a recesiunii apoi s-au efectuat două incizii verticale, la fiecare capăt al inciziei orizontale, extinzându-se bine în mucoasa alveolară. Lamboul a fost mobilizat de inserția musculară pentru a exclude apariția RG post-tratament.

Cantitatea de țesut donator necesară a fost determinată cu precizie utilizând sonda parodontală gradată. S-a efectuat intervenția chirurgicală de recoltare a grefei cu țesut conjunctiv subepitelial autogen de la nivelul palatului dur pe dreapta prin incizii liniare cu grosime parțială, extinse de la suprafața distală a caninului până la suprafața mezială a molarului II folosind tehnica convențională. Inciziile inițiale au fost realizate cu ajutorul bisturiului nr. 15. S-a urmărit ca incizia să fie la 2 mm de marginea gingivală palatinară pentru a preveni recesiunea acestor dinți. Grefa obținută a fost inspectată pentru eventuale resturi de țesut glandular sau gras și fiind deepitelizată.

Grosimea grefei obținute măsoară aproximativ 1,5 mm. La nivelul palatului defectul s-a închis cu Colapol KP-3LM urmat de suturare în X, la distanță de 2mm una de alta.

Grefa a fost plasată pe zona recipientă și suturată prin suturi discontinuie din vestibular spre palatinal plasate interdental.

Rezultatele acestui studiu au demonstrat îmbunătățirea fenotipului gingival măsurată prin grosimea gingivală, acoperire bună a rădăcinii și oferirea unei nuanțe satisfăcătoare estetic.

### **Evaluarea în dinamică (particularități):**

**Ziua 1.** Stare satisfăcătoare, fără acuze importante. Linia de incizie fără modificări patologice, suturile sunt prezente.

**Ziua 10.** Linia de incizie prezintă semne de vindecare per-primam. S-au înlăturat suturile.

**Luna 2.** Vizita de control. Mucoasa cavității bucale de culoare roz-pală, integră, lipsa semnelor inflamatorii, Se determină reducerea recesiunii gingivale și o acoperire completă a suprafeței radiculare.

### **CAZ CLINIC NR.2**

#### **A. Înregistrarea datelor cu caracter personal:**

*Nume/Prenume:* M/M

*Vârsta:* 40 ani

*Sex:* feminin

*Data adresării:* 04.02.2020

#### **B.Examenul clinic:**

##### Subiectiv:

- *Motivul prezentării:* pacienta s-a adresat la medic cu următoarele acuze - disconfort gingival estetic și sângerare în timpul periajului dentar.
- *Boli asociate și concomitente:* Tuberculoză, hepatită virală, HIV/SIDA - neagă.
- *Evoluția actualei maladii:* Pacienta s-a adresat în data de 04.02.2020 cu prezența RG în regiunea d.31. Debutul recesiunii s-a observat cu aproximativ 1 ani în urmă, după efectuarea tratamentului ortodontic, dar este prima adresare la medicul stomatolog.

##### Obiectiv:

*Examenul exobucal:* Tegumente roz-pale, fără prezența unor modificări patologice.

*Examenul endobucal:* Se atestă RG de clasa III după Miller (figura 13A, 13B), prezența biotipului gingival subțire.

**C.Examenul paraclinic:** Pacienta a fost supusă examenului radiologic OPG (figura 14) și scanării digitale intra-orale.

**Diagnosticul:** În baza anamnezei și a examenului clinic și paraclinic, s-a stabilit diagnosticul de recesiune gingivală clasa III Miller.

**Planul de tratament:** De comun acord cu pacienta, s-a stabilit reabilitarea defectului gingival prin tehnica tunelului cu grea de țesut conjunctiv subepitelial

**Date privind tratamentul efectuat:** Pacientul, MM, prezintă o RG de 5 mm la nivelul d.31. Pentru acoperirea rădăcina și îmbunătățirea aspectului estetic, a fost propusă efectuarea tehnicii tunelului cu grea de țesut conjunctiv subepitelial reprezentată în figura 12. Înainte de procedura chirurgicală, s-a efectuat antisepsia prin clătiri bucale cu apă de gură cu digluconat de clorhexidină 0,12% timp de 1 minut. Zona chirurgicală a fost apoi anesteziată cu mepivacaină 2%. Procedura chirurgicală a început cu o incizie intrasulculară păstrând papilele interdentare urmată de detașarea mucoasei periostale printr-o incizie cu lamă nr. 15c, astfel încât țesutul să nu fie sub tensiune (figura 15A, 15B). În timpul detașării mucoasei periostale, frenul a fost îndepărtat intern. A fost eliberat tunelul prin intermediul unei chiurete și pregătirea zonei pentru a primi grea de țesut conjunctivă subepitelial. S-a recoltat grea gingivale liberă autogenă de la nivelul palatului dur pe dreapta prin incizii liniare cu grosime parțială, extinse de la suprafața distală a caninului până la suprafața mezială a molarului I (figura 15C). Defectul a fost închis cu biomaterial sintetic pe bază de collagen (Colapol KP-3LM) urmat de suturare în saltea cu un fir chirurgical neabsorbabil cu diametrul de 5/0 și un ac cu punct conic de 16 mm (3/8). După pregătirea zonei recipiente, grea obținută a fost poziționată deasupra suprafețelor radiculare la nivelul dinților 41,31,32 pentru măsurare și modelare (figura 15D). Grea este introdusă în interiorul tunelului creat fiind fixată prin suturare (figura 15E). Astfel după o perioadă de 10 zile obținem închiderea RG cu restabilirea estetică a zonei frontale (figura 15F).

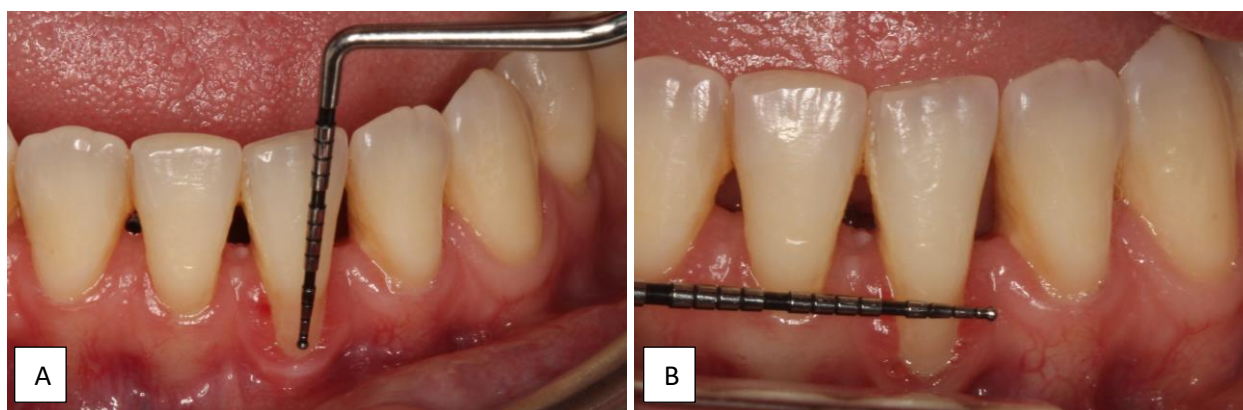


Figura 13. Determinarea dimensiunii recesiunii parodontale ( A – măsurarea înălțimii, B – măsurarea lățimii). (Cazuistica Omni Dent)



Figura 14. Ortopantomografia pacientei M.M. (Cazuistica Omni Dent)

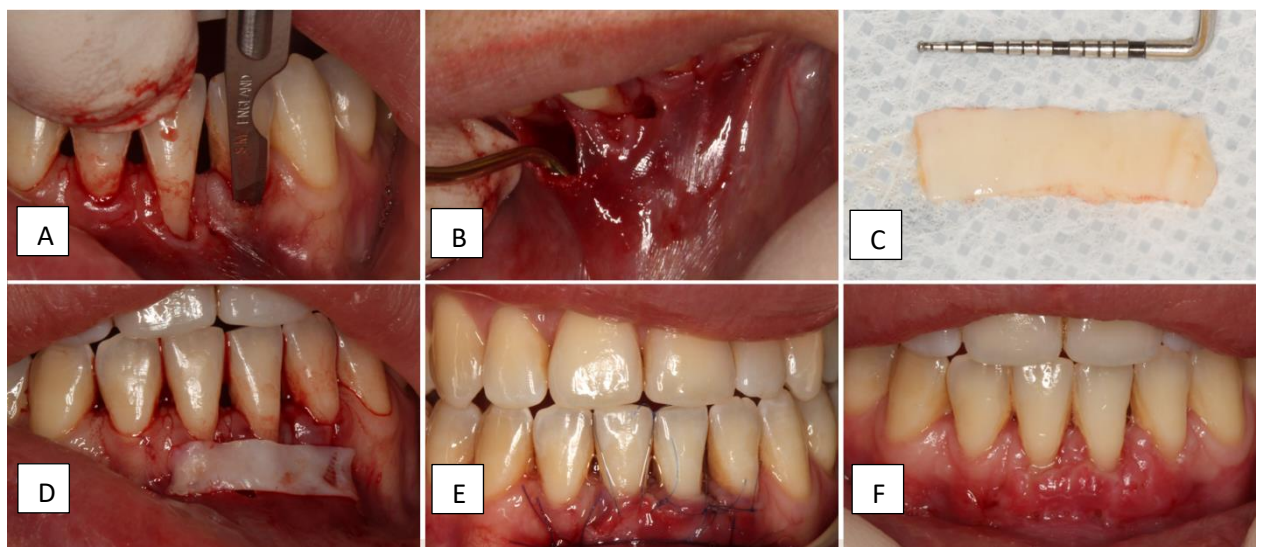


Figura 15. Intervenția de închidere a recesiunii gingivale prin tunelului cu greă palatinală de țesut subepitelial: A. Incizia intrasulculară cu păstrarea papilei interdentare; B. Eliberarea tunelului prin intermediul chiuretei; C. Grefa gingivală liberă prelevată; D. Măsurarea și modelarea grefei; E. Sutura tunelului; F. Situația postoperatorie, la 10 zile după intervenție.

(Cazuistica Omni Dent)

### Concluzie:

Pacienta cu RG localizată la nivelul d.31 ca rezultat al tratamentului ortodontic a fost reabilitată prin TUN + CTG. S-a urmărit realizarea corectă a tehnicii chirurgicale care prevede pregătirea zonei recipiente prin incizia intrasulculară cu păstrarea papilelor interdentare cu evitarea formării tensiunii prin detașarea mucoasei periostale, efectuându-se incizii cu bisturiul nr.15. Mai apoi se recurge la recoltarea grefei gingivale libere autogene ținând cont ca incizia grefei să fie la cel puțin 2 mm de marginea gingivală. Zona donor este suturată în

saltea încrucișată. După aplicarea grefei în interiorul tunelului, acesta se suturează creând condiții favorabile pentru restabilirea estetică și funcțională.

S-a demonstrat că această tehnică este destul de eficientă și rezultatele nu se diferențiază considerabil de CAF + CTG. Ambele tehnici au înregistrat îmbunătățiri substanțiale a parametrilor clinici. Totodată, tindem să menționăm că conform datelor obținute și în tabelul 1, pe o perioadă mai lungă de timp CAF + CTG oferă rezultate volumetrice mai mari în timp, fiind considerată standartul de aur în reabilitarea RG.

#### **Evaluarea în dinamică (particularități):**

**Ziua 1.** Stare satisfăcătoare, fără acuze importante. Linia de incizie fără modificări patologice, suturile sunt păstrate

**Ziua 10.** Linia de incizie prezintă semne de vindecare per-primam. S-au înlăturat suturile.

**Luna 2.** Vizita de control. Mucoasa cavității bucale de culoare normală, roz-pală, integră, lipsa semnelor inflamatorii, Se determină o acoperire completă a suprafeței radiculare.

## CONCLUZII

1. Recesiunea gingivală reprezintă o afecțiune parodontală, care necesită un diagnostic precoce și tratament imediat cu scopul prevenirii complicațiilor. Datele din literatura de specialitate sunt destul de informative pentru crearea unei idei generale privitor la metodele chirurgicale în tratamentul defectelor de recesiune gingivală prin metode contemporane și ne ghidează în luarea unei decizii terapeutice corecte punând accent pe tehnicile minim invazive și cu rate înalte de succes.
2. Analizând 15 fișe ale pacienților care au drept indicație tratamentul chirurgical pentru închiderea defectelor de recesiune gingivală, s-a constatat că cel mai frecvent se realizează tehnica lamboului avansat coronar cu greafă gingivală liberă din palat.
3. Urmărirea în dinamică a subiecților din studiu a dovedit eficacitatea metodelor de tratament chirurgical în recesiuni parodontale, prin acoperirea suprafețelor radiculare denudate și obținerea unei inserții epiteliale viabile în timp.

## BIBLIOGRAFIE

1. Ahmedbeyli C., Ipçi Ş.D., Cakar G., Kuru B.E., Yilmaz S. Clinical evaluation of coronally advanced flap with or without acellular dermal matrix graft on complete defect coverage for the treatment of multiple gingival recessions with thin tissue biotype. In: *Journal of Clinical Periodontology*. 2014, vol. 41 (3), pp. 303–310. PMID: 24304099.
2. Beddis H.P., Durey K., Alhilou A., Chan M.F. The restorative management of the deep overbite. In: *British Dental Journal*. 2014, vol. 217 (9), pp. 509–515. PMID: 25377818.
3. Björn H. Free transplantation of gingiva propria (abstract) In: *Symposium in periodontology in Malmö. Odontologisk Revy*. 1963, vol. 14, pp. 321–323.
4. Cairo F., Nieri M., Cincinelli S., Mervelt J., Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. In: *Journal of Clinical Periodontology*. 2011, vol. 38 (7), pp. 661–666. PMID: 21507033.
5. Cairo F. Periodontal plastic surgery of gingival recessions at single and multiple teeth. In: *Periodontology 2000*. 2017, vol. 75 (1), pp. 296–316. PMID: 28758301.
6. Cairo F., Nieri M., Pagliaro U. Efficacy of periodontal plastic surgery procedures in the treatment of localized facial gingival recessions. A systematic review. In: *Journal of Clinical Periodontology*. 2014, vol. 41 (15), pp. S44–S62. PMID: 24641000.
7. Carranza S. *Clinical Periodontology*. 10<sup>th</sup> edition. Missouri: Saunders Publication; 2006, 1016 p.
8. Chambrone L., Sukekava F., Araujo M.G., Pustiglioni F.E., Chambrone L.A., Lima L.A. Root coverage procedures for the treatment of localized recession type defects: A Cochrane systematic review. In: *Journal of Periodontology*. 2010, vol. 81 (4), pp. 452–478. PMID: 20367089.
9. Chambrone L., Ortega M.A.S., Sukekava F., Rotundo R., Kalemaj Z., Buti J., Prato G.P.P. Root coverage procedures for treating localised and multiple recession-type defects. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018, vol. 10. PMID: 30277568
10. Chele N., Cheptănaru O., Bajurea N. Evaluarea clinico-radiologică a pacienților cu edentație parțială unidentară tratați cu punți dentare. In: *Medicina stomatologică*. 2013, Nr.4, pp. 24-28.
11. Chetruș V., Roman I. Gingival recession, diagnostic methods. In: *Romanian Journal of Oral Rehabilitation*. 2014, vol. 6, nr. 3, pp. 38-42.
12. Chetruș V. Recesiunile gingivale. Etiologie și clasificări. In: *Medicina stomatologică*. 2013, nr. 1(26), pp. 16-18. ISSN 1857-1328.



13. Ciobanu S. *Tratamentul complex în reabilitarea pacienților cu parodontite marginale cronice*. Chișinău, Tipografia A3plus; 2012, 183 p.
14. Dai A., Huang J.P., Ding P.H., Chen L.L. Long-term stability of root coverage procedures for single gingival recessions: A systematic review and meta-analysis. In: *Journal of Clinical Periodontology*. 2019, vol. 46, pp. 572–585. PMID: 30980404.
15. De Rouck, Eghbali R., Collys K., De Bruyn H., Cosyn J. The gingival biotype revisited: Transparency of the periodontal probe through the gingival margin as a method to discriminate thin from thick gingiva. In: *Journal of Clinical Periodontology*. 2009, vol. 36 (5), pp. 428–433. PMID: 19419444.
16. Dhishann Babu Paturu, Sri Chandana Tanguturi, Vijay Kumar Chava, Sreenivas Nagarakanti. Evaluation of prevalence and predisposing factors of gingival recession in non-medical professional students in Nellore district, Andhra Pradesh: A cross-sectional study. In: *Journal of Indian Association of Public Health Dentistry*. 2016, vol. 14 (2), pp. 144–149.
17. Dodge A., Garcia J., Luepke P., Lai Y.L., Kassab M., Lin G.H. The effect of partially exposed connective tissue graft on root-coverage outcomes: A systematic review and meta-analysis. In: *European Journal of Oral Sciences*. 2018, vol. 126 (2), pp. 84–92. PMID: 29327785.
18. Eni A. *Afecțiunile complexului mucoparodontal*. Tipografia centrală, Chișinău; 2017, 379 p.
19. Gapski R., Parks C.A., Wang H.L. Acellular dermal matrix for mucogingival surgery: a meta-analysis. In: *Journal of Periodontology*. 2005, vol. 76 (11), pp. 1814–1822. PMID: 16274299.
20. Gravitis K., Daley T.D., Lochhead M.A. Management of patients with foreign body gingivitis: report of 2 cases with histologic findings. In: *Journal of Canadian Dental Association*. 2005, vol. 71 (2), pp. 105–109. PMID: 15691428.
21. Heasman P.A., Holliday R., Bryant A., Preshaw P.M. Evidence for the occurrence of gingival recession and non-carious cervical lesions as a consequence of traumatic toothbrushing. In: *Journal of Clinical Periodontology*. 2015, vol. 42 (Suppl 16), pp. 237–255. PMID: 25495508.
22. Huang L.H., Neiva R.E., Wang H.L. Factors affecting the outcomes of coronally advanced flap root coverage procedure. In: *Journal of Periodontology*. 2005, vol. 76, pp. 1729–1734.
23. Hwang D., Wang H.L. Flap thickness as a predictor of root coverage: a systematic review. In: *Journal of Periodontology*. 2006, vol. 77 (10), pp. 1625–1634. PMID: 17032103.
24. Isidor F., Karring T., Attström R. The effect of root planing as compared to that of surgical treatment. In: *Journal of Periodontology*. 1984, vol. 11, pp. 669–681.

25. Januario A.L., Barriviera M., Duarte W.R. Soft tissue cone-beam computed tomography: a novel method for the measurement of gingival tissue and the dimensions of the dentogingival unit. In: *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*. 2008, vol. 20(6), pp. 366–373. PMID: 19120781.
26. Joshipura K.J., Kent R.L., DePaola P.F. Gingival recession: intra-oral distribution and associated factors. In: *Journal of Periodontology*. 1994, vol. 65 (9), pp. 864–871. PMID: 7990024.
27. Kassab M.M., Cohen R.E. The etiology and prevalence of gingival recession. In: *The Journal of the American Dental Association*. 2003, vol. 134 (2), pp. 220–225. PMID: 12636127.
28. Koke U., Sander C., Heinecke A., Müller H.P. A possible influence of gingival dimensions on attachment loss and gingival recession following placement of artificial crowns. In: *The International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry*. 2003, vol. 23 (5), pp. 439–445. PMID: 14620118.
29. Kumar A., Gupta G., Puri K., Bansal M., Jain D., Khatri M., Masamatti S.S. Comparison of the clinical applicability of Miller’s classification system to Kumar and Masamatti’s classification system of gingival recession. In: *Journal of Indian Society of Periodontology*. 2015, vol. 19, pp. 563–568. PMID: 26644724.
30. Kumar A., Masamatti S.S. A new classification system for gingival and palatal recession. In: *Journal of Indian Society of Periodontology*. 2013, vol. 17 (2), pp. 175–181. PMID: 23869122
31. Mahajan A. Mahajan’s modification of the Miller’s classification for gingival recession. In: *Dental Hypotheses*. 2010, vol. 1, pp. 45–50.
32. Martu S. Managementul terapeutic chirurgical al recesiunilor gingivale. Date din literatură. In: *Romanian Journal of Medical and Dental Education*. 2015, vol. 4, pp. 36-43.
33. Mlinek A., Smukler H., Buchner A. The use of free gingival grafts for the coverage of denuded roots. In: *J Periodontol*. 1973;44:248–54.
34. Padbury A Jr, Eber R, Wang HL. Interactions between the gingiva and the margin of restorations. In: *Journal of Periodontology*. 2003, vol. 30 (5), pp. 379–385. PMID: 12716328.
35. Prato G.P., Franceschi D., Cortellini P., Chambrone L. Long-term evaluation (20 years) of the outcomes of subepithelial connective tissue graft plus coronally advanced flap in the treatment of maxillary single recession-type defects. In: *Journal of Periodontology*. 2018, vol. 89 (11), pp. 1290–1299. PMID: 29873085.

36. Prato G.P., Rotundo R., Magnani C., Ficarra G. Viral etiology of gingival recession. A case report. In: *Journal of Periodontology*. 2002, vol. 73 (1), pp. 110–114. PMID: 11846191.
37. Rios F.S et al. Estimates and multivariable risk assessment of gingival recession in the population of adults from Porto Alegre, Brazil. In: *Journal of Clinical Periodontology*. 2014, vol. 41 (11), pp. 1098-1107. PMID: 25164479.
38. Rocuzzo M., Bunino M., Needleman I., Sanz M. Periodontal plastic surgery for the treatment of localized gingival recessions: a systematic review. In: *Journal of Clinical Periodontology*. 2002, vol. 29, pp. 178–194.
39. Rojnoveanu G., Sîrbu D., Nuca D. Tratatamentul chirurgical al recesiunii parodontale. Caz clinic. În: *Revista de Științe ale Sănătății din Moldova*. 2022, vol. 29 (3), pp. 534.
40. Sculean S. *Terapia parodontala regenerativă*. Bucuresti, Ed. Quintessence; 2013, 294 p.
41. Seong J et al. Prevalence of gingival recession and study of associated related factors in young UK adults. In: *Journal of Dentistry*. 2018, vol. 76, pp. 58-67. PMID: 29933005.
42. Senz M., Simion M. Surgical techniques on periodontal plastic surgery and soft tissue regeneration: consensus report of Group 3 of the 10th European Workshop on Periodontology. In: *Journal of Clinical Periodontology*. 2014, vol. 41, pp. S92–S97. PMID: 24641004.
43. Serino G., Wennström J. L., Lindhe J., Eneroth L. The prevalence and distribution of gingival recession in subjects with a high standard of oral hygiene. *Journal of clinical periodontology*. 1994, vol. 21 (1), pp. 57-63. PMID: 8126246.
44. Sîrbu D., Topalo V., Strîșca S., Mighic A., Ghețiu A., Sîrbu V., Bostan C. Aspecte ale tratamentului chirurgical în afecțiunile parodontiului marginal. In: *Medicina stomatologică* , 2016, nr. 1-2(38-39), pp. 24-32. ISSN 1857-1328.
45. Stetler K.J., Bissada N.F. Significance of the width of keratinized gingiva on the periodontal status of teeth with submarginal restorations. In: *Journal of Periodontology*. 1987, vol. 58 (10), pp. 696–700. PMID: 2444693.
46. Sullivan H.C., Atkins J.H. Free autogenous gingival grafts. I. Principles of successful grafting. In: *Periodontics*. 1968, vol. 6, pp. 121-129. PMID: 5240496.
47. Șoancă A., Condor D., Roman A. Retracția gingivală iatrogenă. Tratatamentul chirurgical și restaurator. Prezentare de caz. In: *Clujul Medical*. 2011, Vol. 84 Issue 1, p118-121.
48. Wennström J.L. Mucogingival therapy. In: *Annals of Periodontology*. 1996, vol. 1 (1), pp. 671–701. PMID: 9118276.
49. Zetu L., Teslaru S., Lupu M.C.. Zetu I. Tratatamentul recesiunilor tisulare marginale. Factori ce influentează reacoperirea radiculară. in: *Zilele Facultatii de Medicina Dentara*. Editia a IX-a. Iasi - România, 2005, partea I, p. 335-337.

## ANEXE

### Anexa 1: Anexa 1. Rezumatul posterului din revista de Științe ale Sănătății din Moldova: Moldovan Journal of Health Sciences 2022 nr. 1 (29)

534

VII. ASPECTE TEORETICO-PRACTICE ÎN STOMATOLOGIA MODERNĂ

#### SURGICAL TREATMENT OF GINGIVAL RECESSION. CLINICAL CASE.

Rojnoveanu Gheorghina<sup>1</sup>, Nuca Dumitru<sup>1</sup>, Sirbu Dumitru<sup>2</sup>

Scientific adviser: Sirbu Dumitru<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sofia Sirbu Department of Dentistry, Parodontology and Oral Pathology, Nicolae Testemitanu University,

<sup>2</sup>Arsenie Gutan Department of OMF Surgery and Oral Implantology, Nicolae Testemitanu University.

**Introduction.** Gingival recession is the exposure of root surfaces because of apical migration of the gingival tissue margins; gingival margin migrates apical to the cemento-enamel junction. As it occurs gradually, it is often ignored up to advanced stages; therefore, it requires early diagnosis and treatment to prevent complications. **Purpose of the paper.** Analysis of the method of surgical treatment of gingival recession by autogenous subepithelial connective tissue grafting from the viewpoint of a case report. **Materials and methods.** The patient T.I, f., 36 years old, came to the „Omni Dent” dental clinic for dental treatment with aesthetic-functional charges, hypersensitivity and wedge-shaped defects. The presence of the thin gingival biotype was detected, as well as the gingival recession with bone resorption in alveolar process, Miller class II. Treatment plan: oral hygiene; subepithelial gingival connective tissue grafting. **Results.** Autogenous subepithelial connective tissue grafting was carried out at the level of the hard palate on the right side, through linear partial-thickness incisions, extended from the distal surface of the canine to the mesial surface of the second molar. The defect was closed using Colapol KP-3LM followed by suturing. The obtained grafts were positioned above the root surfaces of teeth 3.3-3.6, and were attached by suturing, after the recipient area was prepared. As a result, the recession was closed by horizontal and vertical gingival enlargement. **Conclusions:** The autogenous subepithelial connective tissue grafting fixed the defect caused by the gingival recession, improving thus the morpho-functional and aesthetical appearance.

**Keywords:** Gingival recession, autogenous graft.

#### TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL RECESIUNII PARADONTALE. CAZ CLINIC.

Rojnoveanu Gheorghina<sup>1</sup>, Nuca Dumitru<sup>1</sup>, Sirbu Dumitru<sup>2</sup>

Conducător științific: Sirbu Dumitru<sup>2</sup>


<sup>1</sup>Catedra de odontologie, parodontologie și patologie orală „Sofia Sirbu”, USMF „Nicolae Testemitanu”,

<sup>2</sup>Catedra de chirurgie OMF și implantologie orală „Arsenie Gutan”, USMF „Nicolae Testemitanu”.

**Introducere.** Recesiunea gingivală reprezintă expunerea suprafeței radiculare rezultate prin migrarea marginii gingivale apical de joncțiunea smalț-cement. Deoarece apare treptat de multe ori este ignorată până la apariția stadiilor avansate, astfel necesită diagnostic precoce și tratament pentru preîntâmpinarea complicațiilor. **Scopul lucrării.** Analiza metodei de tratament chirurgical a recesiunii gingivale prin grefarea cu țesut conjunctiv subepitelial autogen prin prisma unui caz clinic. **Materiale și metode.** Pacienta T.I, f.36 de ani, s-a adresat la clinica stomatologică „Omni Dent” pentru tratament stomatologic prezentând acuze estetico-funcționale, hipersensibilitate, defecte cuneiforme. S-a depistat prezența biotipului gingival subțire, recesiune gingivală cu resorbție osoasă la nivelul apofizei alveolare cl.II Miller. Plan de tratament: asanarea cavității bucale; operația de grefare cu țesut conjunctiv subepitelial palatin. **Rezultate.** S-a efectuat intervenția chirurgicală de recoltare a grefei cu țesut conjunctiv subepitelial autogen de la nivelul palatului dur pe dreapta prin incizii liniare cu grosime parțială, extinse de la suprafața distală a caninului până la suprafața mezială a molarului II. Defectul a fost închis cu Colapol KP-3LM urmat de suturare. Grefele obținute au fost poziționate deasupra suprafețelor radiculare la nivelul dinților 3.3-3.6 și fixate prin suturare, după pregătirea zonei recipiente. Ca rezultat s-a obținut închiderea recesiunii prin creșterea volumului orizontal și vertical de gingie. **Concluzii:** Intervenția chirurgicală cu grefă autogenă de țesut conjunctiv subepitelial din palat a rezolvat defectul determinat de recesiunea gingivală îmbunătățind aspectul morfofuncțional și estetic.

**Cuvinte cheie:** Recesiune gingivală, grefă autogenă.


**Anexa 2. Participarea cu poster moderat în cadrul Conferinței Științifice Anuale  
(19-21 octombrie 2022)**

 UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA


# DIPLOMĂ

*Se decernează*  
**Gheorghina ROJNOVEANU**  
*Pentru prezentarea lucrării: TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL  
RECESIUNII PARADONTALE*  
*Grupul de autori: Nuca Dumitru, Sîrbu Dumitru*

CONFERINȚA ȘTIINȚIFICĂ ANUALĂ  
CERCETAREA ÎN BIOMEDICINĂ ȘI SĂNĂTATE:  
CALITATE, EXCELENȚĂ ȘI PERFORMANȚĂ

 **19 21** octombrie  
2022

HR EXCELLENCE IN RESEARCH



Rector  
*Emil Ceban* **Emil Ceban,**  
profesor universitar, dr. hab. șt. med.,  
președinte al Comitetului  
organizatoric al Conferinței

Prorector pentru activitate  
de cercetare  
*Stanislaw Groppa* **Stanislaw Groppa,**  
profesor universitar, dr. hab. șt. med.,  
academician al AȘM,  
președinte al Biroului Comitetului  
științific al Conferinței