

Considerații asupra sângerărilor gingivale în sarcină

Gingival bleeding in pregnancy

Alexandru
Andrei Iliescu¹,
Paula Perlea²,
Mihai Mitran³,
Loredana
Mitran⁴,
Mihaela
Georgiana
Iliescu⁵,
Irina Maria
Gheorghiu⁶

1. Șef de lucrări,
Departamentul
de Reabilitare Orală,
Facultatea de Medicină

Dentară,

UMF Craiova

2. Șef de lucrări,
Disciplina Endodonție,
Facultatea de Medicină

Dentară,

UMF „Carol Davila”,

București

3. Asistent universitar,
Spitalul Clinic
de Obstetrică-Ginecologie

„Prof. Dr. Panait Sîrbu”,

UMF „Carol Davila”,

București

4. Medic primar ORL,
Spitalul Clinic
de Urgență Elias, București

5. Doctorand,

Disciplina Ortodonție
și ODF,

Facultatea de Medicină

Dentară,

UMF „Carol Davila”,

București

6. Asistent universitar,
Disciplina Odontoterapie
Restauratoare,

Facultatea de Medicină

Dentară,

UMF „Carol Davila”,

București

Correspondență:

Dr. Mihaela Georgiana

Iliescu

e-mail: mg_stan@

yahoo.com

Abstract

The bacterial consortium of dental plaque initiates and supports the inflammatory processes within the periodontium. In pregnant women the gingival bleeding is a common clinical occurrence of periodontal inflammation. The adequate anti-inflammatory treatment stops the gingival bleeding but does not cancel the pathogenic mechanisms already initiated before applying the treatment. Post-therapeutic improvement of periodontal health status, even though ceasing the gingival bleeding, has no correlation with lowering the risk degree of pregnancy outcomes. The gingival anti-inflammatory treatment is truly effective only in case is initiated during early period of pregnancy or even before the conception.

Keywords: pregnancy, gingival bleeding, treatment efficiency

Rezumat

Consoțiul bacterian din placa dentară inițiază și întreține fenomenele inflamatorii din parodontiul marginal. Hemoragia gingivală reprezintă o manifestare clinică obișnuită a inflamației parodontale la gravide. Tratamentul antiinflamator adecvat sisteează gingivoragia, dar nu anulează mecanismele patogene ale gingivitei de sarcină deja declanșate înaintea instituirii tratamentului. Ameliorarea post-terapeutică a statusului de sănătate parodontală, prin oprirea sângerării gingivale, nu se corelează cu reducerea gradului de risc al complicațiilor sarcinii. Tratamentul antiinflamator gingival devine cu adevărat eficient doar dacă se aplică la debutul sarcinii sau chiar înaintea concepției.

Cuvinte-cheie: graviditate, sângerări gingivale, eficiența tratamentului

Etiopatogenia gingivitei de sarcină

În pofida fluctuațiilor individuale, natura ciclică a mecanismului de acțiune fiziologică a hormonilor sexuali la femeie se reflectă deseori precoce la nivelul țesutului gingival, devansând manifestările clinice perceptibile la nivelul altor țesuturi sau organe⁽¹⁾.

Țesuturile parodontiului marginal ce conțin și receptori hormonalni pot fi afectate de hormonii produși în cursul sarcinii și dezvoltă reacții hipertrofice gingivale de tipul granulomului piogen sau uneori, pe fondul unor boli generale (gravide HIV-pozitive) sau al tratamentului cu ciclosporine, chiar răspunsuri exagerate⁽¹⁾.

La majoritatea gravidelor, în cursul sarcinii apar însă manifestări clinice de gingivită. Gingivita de sarcină este o consecință secundară a modificărilor hormonale, cauza primară fiind biofilmul bacterian din îmbolnăvirile parodontiului marginal. Conexiunile etiopatogenice sunt însă mai complexe, deoarece s-a constatat că anumiți paropatogeni sunt stimulați de estrogeni și progesteron⁽²⁾.

Sarcina este marcată de o serie de modificări fiziologice dinamice în care există puțini parametri constanți. Modificările fiziologice din sarcină au consecințe directe asupra raportului dintre organismul gazdă și consoțiul polimicrobian complex din placa dentară⁽³⁾.

Gingivita de sarcină este declanșată și întreținută de modificările hormonale în fiziologia celulară, dereglarea imunității celulare și umorale cu perturbarea funcțiilor defensive ale neutrofilelor, factori care influențează în ansamblu ecologia microbiană⁽³⁾.

În cursul sarcinii, modificările induse de estrogeni, progesteron și gonadotropină în organismul gravidei au repercusiuni și asupra sistemului imun, cum ar fi deplasarea raportului

limfocitelor T-helper Th1/Th2 în favoarea răspunsului imun mediat de celulele Th2⁽³⁾.

Una din consecințele reazezării mecanismelor imune ale gravidei este predispoziția pentru instalarea unor infecții, printre care se numără și gingivita. În special în decursul trimestrelor al doilea și al treilea de sarcină, neutrofilele circulante suferă o reducere semnificativă a activității mieloperoxidazei și a funcției fagocitare⁽³⁾.

Chiar dacă post-partum aceste perturbări ale echilibrului imun se remit rapid, sindromul de *reconstituire imună* poate facilita reactivarea unor infecții latente, cum sunt și cele susținute de placa dentară gingivală^(3,4).

Studiile clinice evidențiază la toate gravidele creșterea severității și a numărului de dinți afectați de inflamația gingivală în intervalul lunilor 3-8 ale unei sarcini care decurge normal. Modificările estrogenilor și progesteronului influențează compoziția florei microbiene subgingivale, favorizând dezvoltarea unor specii de *Bacteroides*, *Prevotella intermedia* și *Campylobacter rectus*⁽³⁾.

Pe de altă parte, modificările hormonale din sarcină contribuie și la creșterea permeabilității capilare, care permite pătrunderea microorganismelor și toxinelor elaborate de acestea în circulația sangvină. Unele bacterii, precum *Fusobacterium nucleatum*, au capacitatea de a penetra endoteliul vascular după ce îl permeabilizează activ cu ajutorul adevăratei FadA, facilitând internalizarea și a unor alte bacterii. De asemenea, fiecare specie microbiană poate avea mai multe tulpini ai căror factori de virulență se exprimă cu intensități diferite⁽⁵⁾.

În acest context, țesutul gingival inflammat devine un important portal de acces al paropatogenilor în circulația sangvină a gravidei. Totuși, nu s-a constatat vreo relație directă a gradului

de inflamație, evaluat prin adâncimea pungii parodontale și sângerarea la palparea cu sonda, cu bacteremia asociată⁽⁵⁾.

Simptomatologia gingivitei de sarcină

Gingivita de sarcină reprezintă o formă de inflamație gingivală generată de placa dentară bacteriană și exacerbată de modificările hormonale din trimestrele al doilea și al treilea ale sarcinii, exprimate prin valori care pot atinge pentru estradiol 20 mg/zi, estriol 80 mg/zi și progesteron: 300 mg/zi⁽⁶⁾.

Clinic, gingivita se traduce printr-o modificare de volum, textură și culoare a mucoasei gingivale însoțită de accentuarea tendinței de sângerare la palparea cu sonda parodontală, prin deplasarea cu blândețe a acesteia pe fundul șanțului gingival, în contact intim cu peretele rădăcinii dintelui⁽⁷⁾.

De regulă edemul, congestia și modificările de contur ale gingiei se exprimă clinic în al doilea trimestru de sarcină. În schimb, la 3 luni după naștere, o dată cu reducerea sintezei hormonilor respectivi se constată un aspect clinic al gingiei similar celui din primul trimestru de sarcină^(6,8).

De reținut că pe loturi de gravide unde indicele de placă gingivală rămâne neschimbat, post-partum manifestările clinice de inflamație gingivală sunt mai puțin pregnante decât în cursul sarcinii. În același context al păstrării constante a indicelui de placă, există de asemenea o strânsă corelație între creșterea valorilor hormonilor sexuali înregistrată în trimestrul al doilea și al treilea al sarcinii și agravarea inflamației gingivale⁽⁶⁾.

Conform raportului de consens al Federației Europene de Parodontologie și Academiei Americane de Parodontologie (2013), statusul parodontal se apreciază prin evaluarea adâncimii pungii parodontale, retracției gingivale și sângerării la palparea cu sonda⁽⁹⁾.

Sângerarea gingivală, ca manifestare clinică, este deci un semn obligatoriu de inflamație a parodontiului marginal. Din păcate, se constată însă în studiile din literatură că deseori s-a omis înregistrarea sângerării gingiei la sondajul pungilor parodontale⁽⁹⁾.

Indici de sângerare gingivală

În sarcină, sângerarea gingivală care apare la cele mai mici atingeri (periaj, masticăție, succiune, examen clinic) constituie, împreună cu hiperplazia gingivală, unul din primele semne clinice de inflamație gingivală, iar cuantificarea sa în cadru individual se poate face prin mai mulți indici^(2,10).

Indicele gingival Løe (1967) acordă scorul 2 la producerea sângerării după contactul cu sonda parodontală la inspecția clinică, respectiv scorul 3 în cazul unei inflamații gingivale cu tendință de sângerare spontană⁽¹⁰⁾.

Un indice mai simplificat de inflamație gingivală, *Ainamo-Bay* (1975), se bazează doar pe constatarea absenței sau prezenței plăcii gingivale vizibile și sângerării marginii gingivale, prin acordarea scorurilor 0, respectiv 1⁽¹⁰⁾.

De regulă, prezența inflamației gingivale se stipulează în fișa clinică, pe baza sângerării provocate în decurs de 15 secunde după inspecția șanțului gingival cu sonda parodontală, prin indicele de sângerare a șanțului gingival *Mühlemann* (1971)⁽¹⁰⁾.

De reținut însă că sângerarea gingivală la atingerea cu sonda reprezintă unul din parametrii clinici luați în con-

siderare și la stabilirea valorii indicelui *CPITN*, utilizat în aprecierea necesităților de tratament parodontal în cadrul colectivităților^(2,10).

Obținerea unui status parodontal stabil clinic

La examenul stomatologic al unei gravide, protocolul de consens al Federației Europene de Parodontologie și Academiei Americane de Parodontologie recomandă în primul rând identificarea stadiului sarcinii și evaluarea globală a stării de sănătate orală, la care se urmărește obligatoriu adâncimea pungilor parodontale și sângerarea gingivală⁽⁹⁾.

În cazul confruntării cu o gingivită de sarcină, și nu cu o formă anatomoclinică mai avansată de inflamație parodontală, conform aceluiași consens mai sus amintit, pentru revenirea la un status parodontal clinic stabil trebuie întreprinse eșalonat următoarele măsuri:

- promovarea stării de sănătate parodontală, accentuându-se dubla importanță a acesteia atât pentru mamă, cât și pentru făt, cu explicarea motivelor creșterii vascularizării, frecvenței sângerărilor și hipertrofiilor gingivale în perioada de sarcină;

- motivarea autoevaluării statusului de sănătate parodontală și insistarea asupra procedurilor de igienizare orală, cu precădere a spațiilor interdente care adăpostesc papilele gingivale;

- monitorizarea gravidei pentru reevaluarea statusului parodontal pe parcursul sarcinii⁽⁹⁾.

Practic, este vorba de proceduri pe care le poate executa rapid și corect chiar un medic stomatolog începător, în care anamneza cuprinde doar 3 întrebări simple privind apariția unor hipertrofii gingivale, a dificultăților în masticăție sau a fenomenelor algice, iar examenul clinic să ateste prezența sau lipsa sângerării și aspectul franc de inflamație la nivelul gingiei⁽⁹⁾.

Eșalonarea tratamentelor parodontale în sarcină

Primul trimestru presupune o examinare clinică inițială completă și conștientizarea gravidei asupra susceptibilității îmbolnăvirii parodontale în cursul sarcinii. Tratamentul antiinflamator preventiv nu interferează cu evoluția normală a sarcinii. Se impune și stabilirea unui plan individual de igienizare orală la domiciliu⁽¹⁾.

Fetusul aflându-se în perioada de organogeneză, când este foarte sensibil la influențele de mediu, se recomandă evitarea intervențiilor terapeutice parodontale invazive, atitudine ce trebuie păstrată și în a doua jumătate a celui de al treilea trimestru⁽¹⁾.

Al doilea trimestru, mai ales la debut, reprezintă perioada de sarcină cea mai lipsită de risc pentru tratamentele parodontale de menținere de rutină, dar și de eliminare a cauzelor de îmbolnăvire plauzibile a apărării în ultimul trimestru, spre sfârșitul sarcinii. Totuși, intervențiile parodontale mai invazive trebuie planificate după naștere, exceptând unele granuloame piogene care sângerează puternic, ce infectează sau deranjează masticăția⁽¹⁾.

Al treilea trimestru permite tratamentele de menținere parodontală în prima sa jumătate, evitându-se însă ședințele

prelungite de lucru, din cauza poziției incomode în fotoliul dentar. De asemenea, prezența unei preeclampsii nu constituie o contraindicație în acest sens. Totuși, în special în cea de a doua jumătate a celui de-al treilea trimestru, tratamentele stomatologice ar putea deveni riscante pentru declanșarea unei nașteri premature⁽¹⁾.

În pofida unor rezultate contradictorii ale studiilor publicate până în prezent privind eficiența ameliorării prognosticului sarcinii prin procedeele de tratament parodontal, s-a ajuns și la constatări cert benefice bazate pe faptul că se poate preveni și reduce răspunsul inflamator gingival dacă se reușește îndepărtarea eficientă a plăcii dentare gingivale. Detartrajul subgingival poate fi executat oricând în cursul sarcinii în caz de necesitate⁽¹⁾.

Sarcina reprezintă și o oportunitate educațională pentru părinți în vederea conștientizării rolului tratamentelor preventive de igienizare orală pentru copiii pe care îi așteaptă⁽¹⁾.

Răsunetul sistemic al tratamentului gingivitei de sarcină

Efectul infecțiilor gingivale asupra sarcinii nu este încă suficient de clar. Dintre multiplii factori de risc ai nașterii premature spontane, infecțiile organismului matern sunt poate cele mai importante, din cauza răspunsului monocitar prin care se generează citokine proinflamatorii și prostaglandine ce stimulează contractia musculaturii netede a uterului, precum și metaloproteinaze ce relaxează și dilată înainte de vreme colul uterin⁽¹¹⁾.

Din păcate, în cazul gingivitelor de sarcină testul clinic pozitiv al declanșării sângerării la palparea cu sonda parodontală nu oferă diferențe semnificative între nașterile la termen și cele premature⁽¹¹⁾.

Există motive pentru care tratamentele antiinflamatorii parodontale neinvazive nu reduc riscul de perturbare a evoluției normale a unei sarcini, cum ar fi:

- considerarea eronată a existenței unui singur factor-tintă (tratamentul antiinflamator) într-un cadru în realitate pluricausal;
- lipsa unei corelații între boala parodontală și nașterea prematură sau nou-născuții subponderali;
- estomparea efectului terapeutic de către alți factori de risc care prevalează (fumat, obezitate, diabet, status economic și social precar);
- criteriile greșite de încadrare a gravidelor într-o afecțiune parodontală⁽¹¹⁾.

Din această perspectivă, se pare că instituirea unui tratament parodontal în cursul sarcinii este deja tardivă, deci practic ineficientă pentru a reduce răspunsul inflamator gingival local, precum și cel sistemic, deoarece cascada activării factorilor proinflamatori și efectele conexe s-au declanșat cu mult înaintea diagnosticării îmbolnăvirii parodontale. Altfel spus, tratamentul antiinflamator devine cu adevărat eficient doar dacă se aplică la debutul sarcinii sau chiar înaintea concepției⁽¹¹⁾.

Evaluarea tratamentului în gingivita de sarcină

Tratamentul antiinflamator la gravide prin detartraj subgingival este sigur și conduce la ameliorarea statusului parodontal, dar nu reduce rata globală de nașteri premature sau nou-născuți subponderali⁽⁹⁾.

Statusul de sănătate parodontală la gravide trebuie menținut sau restabilit, vizând reducerea infecției microbiene și răspunsul inflamator consecutiv al țesutului gingival la agresiunea biofilmelor respective⁽⁹⁾.

Există însă consensul că efectuarea tratamentelor antiinflamatorii gingivale nechirurgicale în cursul sarcinii nu prezintă un risc pentru gravidă. În plus, controlul infecției gingivale devine și o garanție pentru evitarea unor complicații generale pe care le poate genera sarcina⁽⁹⁾.

Datele clinice, microbiologice și imunologice actuale nu permit însă clasificarea unor anumite grupe de gravide la care în cel de-al doilea trimestru al sarcinii tratamentul parodontal antiinflamator ar reduce riscul complicațiilor generale⁽⁹⁾.

Toate procedeele preventive orale, precum și cele diagnostice sau terapeutice sunt sigure pe parcursul sarcinii, asigurând ameliorarea și menținerea stării de sănătate orală. Totuși, procedurile de elecție trebuie evitate în primul trimestru al sarcinii din cauza posibilului stres asupra fătului, amânându-se preferențial pentru al doilea semestru⁽⁹⁾.

Concluzii

Sângerarea gingivală în sarcină este un semn cardinal de îmbolnăvire parodontală. Tratamentul antiinflamator prompt sistează gingivoragia, dar nu anulează mecanismele patogene ale gingivitei de sarcină, declanșate înaintea instituirii tratamentului. Ameliorarea post-terapeutică a statusului de sănătate parodontală, prin oprirea sângerării gingivale, nu se corelează cu reducerea gradului de risc al complicațiilor sarcinii. ■

Bibliografie

1. Otomo-Corgel J. Dental management of the female patient. *Periodontology* 2000. 2013;61:219-231.
2. Dumitriu HT, Dumitriu S, Dumitriu AS. *Parodontologie ed.IV-a*. Ed.Viața Mediă Rom, București, 2006:175-80, 228-9.
3. Armitage GC. Bi-directional relationship between pregnancy and periodontal disease. *Periodontology* 2000. 2013;61:160-76.
4. Singh N, Perfect JR. Immune reconstitution syndrome and exacerbation in infections after pregnancy. *Clin Infect Dis*. 2007;45:1191-9.
5. Madianos PN, Bobetsis YA, Offenbacher S. Adverse pregnancy outcomes (APOs) and periodontal disease: pathogenic mechanisms. *J Clin Periodontol*. 2013;40(Suppl.14):S170-S180.
6. Palmer R, Soory M. Modifying factors: diabetes, puberty, pregnancy and the menopause and tobacco smoking. In: Lindhe J, Karring T, Lang NP, eds. *Clinical periodontology and implant dentistry*, 4-th ed., Blackwell-Munksgaard, Oxford, 2003; 180-97.
7. Nyman S, Lindhe J. Examinations of patients with periodontal disease. In: Lindhe J, Karring T, Lang NP, eds. *Clinical periodontology and implant dentistry*, 4th ed., Blackwell-Munksgaard, Oxford, 2003; 403-13.
8. Claffey N. Plaque induced gingival disease. In: Lindhe J, Karring T, Lang NP, eds. *Clinical periodontology and implant dentistry*, 4th ed., Blackwell-Munksgaard, Oxford, 2003; 198-208.
9. Sanz M, Kornman K. Periodontitis and adverse pregnancy outcomes: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on periodontitis and systemic diseases. *J Clin Periodontol*. 2013;40(Suppl. 14):S164-S169.
10. Papapanou PN, Lindhe J. Epidemiology of periodontal diseases. In: Lindhe J, Karring T, Lang NP, eds. *Clinical periodontology and implant dentistry*, 4th ed., Blackwell-Munksgaard, Oxford, 2003; 50-80.
11. Michalowicz BS, Gustafson A, Thumbigere-Math V, Buhlin K. The effects of periodontal treatment on pregnancy outcomes. *J Clin Periodontol* 2013;40 (Suppl. 14):S195-S208.