

ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL PARA O TRATAMENTO DA RECESSÃO GENGIVAL CLASSE II - RELATO DE CASO

CASE REPORT - SUBEPITHELIAL CONNECTIVE TISSUE GRAFT FOR THE TREATMENT OF GINGIVAL RECESSION CLASS II

Gustav Guimarães¹
Tatiana Gonçalves Romano²
Ana Paula de Nardo³
Rodrigo Queiroz Aleixo⁴

RESUMO: As recessões gengivais podem ser definidas como a localização apical da margem gengival em direção a junção muco-gengival, ocasionando a exposição da superfície radicular. Na maioria dos casos, as recessões são multifatoriais, onde diversos fatores podem desencadear este desagradável e antiestético defeito como: inflamação gengival, trauma por escovação, mau posicionamento dental e fatores iatrogênicos locais. Procedimentos cirúrgicos permanecem entre as estratégias terapêuticas mais amplamente utilizadas para a correção de defeitos gengivais, sendo a técnica de enxerto gengival de tecido conjuntivo subepitelial considerada uma opção de tratamento bastante previsível. A proposta deste relato de caso foi demonstrar a confiabilidade da técnica de enxerto gengival de tecido conjuntivo subepitelial no tratamento de recessões gengivais classe II de Miller, confirmada com o resultado final após o acompanhamento de 18 meses.

PALAVRAS-CHAVE: Recessão gengival. Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial. Estética.

ABSTRACT: The gingival recessions can be defined as the apex location of the gingival edge towards the mucus-gingival join, causing the tooth root or radicular surface to exposure. In most cases, the recessions are multifactorial, where several factors can trigger this uncomfortable and antiesthetic fault like: gingival inflammation, trauma by tooth brushing, bad dental positioning and local iatrogenic factors. Surgical periodontal procedures remain among the most widely used therapeutic strategies for the correction of gingival flaws, being the subepithelial connective tissue gingival graft technique considered as a treatment option which is very predictable. The proposal of this case report was demonstrate the trustworthiness of the subepithelial connective tissue gingival graft technique in the treatment of gingival recessions class II of Miller, confirmed with a final result after eighteen month attendance.

KEYWORDS: Gingival recession. Subepithelial connective tissue graft. Esthetic.

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos a periodontia mudou o seu enfoque, deixando de preocupar-se exclusivamente com a prevenção e o tratamento de doenças e passando a buscar alternativas efetivas para a reconstrução dos tecidos perdidos (CARVALHO, et al., 2007).

¹Orientador. Professor do curso de odontologia da Faculdade São Lucas. Email: gustav@saolucas.edu.br

²Graduanda do curso de odontologia da Faculdade São Lucas. Email: tatianagromano@hotmail.com

³Graduanda do curso de odontologia da Faculdade São Lucas. Email: anapaulanardo@hotmail.com

⁴Co-Orientador. Professor do curso de odontologia da Faculdade São Lucas. Email: rodrigoaleixo@saolucas.edu.br

As recessões gengivais podem ser definidas como a localização apical da margem gengival em direção à junção muco-gengival, ocasionando exposição da superfície radicular, sendo elas múltiplas ou isoladas. Diversos fatores podem desencadear este desagradável e antiestético defeito como: inflamação gengival, trauma por escovação, mau posicionamento dental e fatores iatrogênicos locais. Na maioria dos casos a causa das recessões é multifatorial, sendo necessário o tratamento da causa antes da intervenção cirúrgica (SILVA et al., 2004).

A etiologia da recessão é uma associação de fatores, nunca um fator atuando isoladamente, e diversas técnicas podem ser empregadas para tratá-las, sendo que a seleção de uma delas depende de vários aspectos, tais como: a quantidade de mucosa ceratinizada presente ao redor da recessão e habilidade do operador. (FERREIRA, 2008).

A classificação de Miller baseia-se em medidas entre a margem gengival, a junção mucogengival e a perda óssea interdentária, permitindo, assim, uma maior precisão no prognóstico com relação à previsibilidade de cobertura radicular. Sendo assim, as recessões gengivais podem ser divididas em quatro classes: Classe I – A recessão não atinge a linha mucogengival e não apresenta perda de tecido interdentário; Classe II – A recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival, sem perda de tecido interdentário; Classe III – Há perda de tecido ósseo interdentário e o tecido gengival proximal está apical à junção cimento – esmalte e coronário à recessão; e Classe IV – Há a perda de tecido interdentário e o tecido gengival proximal está ao nível da base da recessão (MILLER, 1985).

A quantidade de gengiva ceratinizada, espessura gengival, presença/ausência de lesões cervicais, altura e largura das papilas podem influenciar na decisão da técnica mais apropriada para o recobrimento das raízes expostas (CARVALHO et al., 2007).

A patogenia da recessão gengival relaciona a presença de fatores anatômicos predisponentes e a ação de um ou mais fatores desencadeadores (SEGUNDO & ALVES, 2005). Assim, verifica-se que inúmeros são os danos causados pelas recessões gengivais. Essa exposição ao meio bucal, além do comprometimento estético, pode resultar em abrasões, lesões de cárie e hipersensibilidade da superfície radicular (PEREIRA, 2007). Pacientes que apresentam dentes com recessão gengival podem desenvolver sintomatologia dolorosa, levando a

negligenciar os princípios básicos da higiene bucal, podendo surgir quadros de cárie e doença periodontal (FURLAN et al., 2007).

Diante dos problemas causados pelas recessões gengivais, tratamentos cirúrgicos periodontais são indicados com o objetivo de aliviar a sintomatologia dolorosa causada e corrigir defeitos estéticos. O tratamento cirúrgico mais indicado causado pelas recessões gengivais são as cirurgias de enxerto gengival, dentre estes tratamentos o enxerto gengival epitélio conjuntivo, também denominado enxerto gengival livre, apresenta como vantagens aumento tecidual em altura e espessura, previsibilidade do enxerto, pós-operatório do sítio receptor não doloroso. Porém, as desvantagens estão relacionadas com aspecto antiestético, cicatrização por segunda intenção do sítio doador, pós-operatório doloroso do sítio doador e riscos de complicações (SEGUNDO & ALVES, 2005).

Outra alternativa de tratamento cirúrgico é a técnica de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial descrita pela primeira vez em 1980, por Langer e Calagna, com o principal objetivo de corrigir deformidades no rebordo alveolar. Diversas modificações foram introduzidas na técnica de enxerto gengival livre, levando ao seu aprimoramento e, conseqüentemente, a determinação de melhores resultados estéticos⁸. Além disso, o enxerto gengival livre passou a ser encarado como uma opção de tratamento previsível, sobretudo em condições com ausência ou largura insuficiente de tecido ceratinizado que contra indicam outras técnicas cirúrgicas (FEITOSA et al., 2008).

Apesar dos bons resultados obtidos, a morbidade do paciente e problemas na coloração e contorno do enxerto gengival livre, foram fatores que conduziram ao desenvolvimento de técnicas alternativas (MESSORA et al., 2009). Na prática atual da periodontia, os clínicos têm enfrentado inúmeros desafios, não somente problemas biológicos e funcionais, mas igualmente para fornecer a terapia adequada e se esta conduz à estética aceitável (SAYGUN et al., 2005).

O sucesso da técnica para recobrimento radicular está voltado para vários fatores, como a facilidade de execução da técnica cirúrgica, o conforto e a satisfação do paciente quanto à estética final obtida, que devem ser levados em consideração na escolha de um procedimento para recobrimento radicular (MESSORA et al., 2009).

Nos procedimentos dos enxertos gengivais livres, outras desvantagens podem ser observadas. Uma das desvantagens da técnica é o aparecimento de

espaço entre o leito receptor e o tecido enxertado. A necessidade de dois campos operatórios e a falta de planejamento pré-operatório constituem outras duas desvantagens (SHIBAYAMA et al., 2000; GUIMARÃES, 1999).

A base racional para este tratamento inclui um local cirúrgico menor e uma redução no tempo do tratamento com uma aproximação combinada e cura mais rápida da área doadora pelo fechamento preliminar da área da ferida (PARK, 2009). A técnica do enxerto de tecido conjuntivo, apesar de apresentar mais de um sítio cirúrgico, mostra-se mais atrativa sob o ponto de vista de custos, além de ser bastante eficiente e vantajosa, apresenta alta previsibilidade, ausência de “quelóide”, duplo suprimento sanguíneo e cicatrização por primeira intenção. (PEREIRA, 2007).

O presente trabalho tem o objetivo de relatar um caso clínico onde foi realizada a cirurgia de enxerto gengival de tecido conjuntivo subepitelial com a preservação de 18 meses.

2 RELATO DO CASO

Este trabalho teve aprovação do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) sob o número 16/10 (ANEXO A).

Paciente com 23 anos, leucoderma, gênero feminino, não fumante, sistemicamente saudável, procurou atendimento no Centro Odontológico da Faculdade São Lucas de Porto Velho - RO. Sua queixa principal era a sensibilidade dentária frequente no dente 31 que surgiu após a conclusão do tratamento ortodôntico. Questionada sobre o comprometimento estético, a paciente relatou que o problema maior era o desconforto ao se alimentar e ao ingerir bebida gelada.

Ao exame físico bucal, após realização do periograma, foi observado que a paciente apresentava um ótimo controle de biofilme dental e que não havia presença de doença periodontal em nenhum sextante. A face vestibular do elemento dental 31 foi sondada com sonda Carolina do Norte (PCPUNC 156 Hu-Friedy) da margem gengival ao fundo de bolsa tendo como resultado 2mm. Da junção esmalte-cimento à margem gengival constatou-se 5mm, com o nível de inserção clínica de 7mm. Ao exame radiográfico periapical constatou-se a ausência de perda óssea interproximal, bem como a integridade das cristas ósseas alveolares. Com esses dados, a recessão gengival foi classificada como classe II de Miller, pois atingiu a linha mucogengival, sem perda óssea nas proximais (Figura 1).

Durante o exame físico, foi observado na face lingual do V sextante a presença do dispositivo de contenção, normalmente utilizado quando o tratamento ortodôntico é finalizado, e que a resina da face lingual, que deveria estar presa no dente 31, havia se descolado (Figura 2). Observou-se vestibularização do dente 31, concluindo que esse foi um fator determinante para a ocorrência da recessão gengival. Diante deste fato, a paciente retornou ao tratamento ortodôntico para reposicionar o dente 31 a fim de não comprometer o sucesso do tratamento cirúrgico. Após a conclusão desta etapa, iniciaram-se os preparativos para a realização da intervenção cirúrgica. Foram realizados todos os exames pré-operatórios e os resultados confirmaram sua ótima condição sistêmica. Foi então indicada a técnica de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial. Apesar do controle de biofilme ser considerado ótimo, foi realizada instrução de higiene bucal visando principalmente o pós-operatório.

A antissepsia extra bucal foi realizada com digluconato de clorexidina a 2% e a intra bucal com bochecho de digluconato de clorexidina a 0,12% (Periogard, Colgate-Palmolive Ind. e Com. Ltda) durante 1 minuto. A extensão do enxerto foi previamente selecionada através de um papel de alumínio estéril posicionado na região receptora (Figura 3). Após anestesia terminal infiltrativa com mepivacaina a 2% com epinefrina 1:100.000 (DFL Indústria e Comércio Ltda.) foi realizada uma incisão intrassulcular com lâmina de bisturi número 15c (Surgiblade, Miami/FI, EUA) acoplada em um cabo de bisturi Bard-Parker no dente 31 estendendo-se até as proximais dos dentes contíguos sem envolver as papilas distais (Figura 4).

Posteriormente, foi realizado o preparo radicular do dente 31 com raspagem e alisamento radicular utilizando uma cureta de Gracey 5-6. Em seguida foi realizado o condicionamento radicular com solução de tetraciclina (Tetraciclina, laboratório Teuto Brasileiro Ltda.) na concentração de 100mg/ml, durante 4 minutos, a solução de tetraciclina foi obtida através da diluição de uma cápsula de tetraciclina de 500 mg em 5 ml de solução fisiológica. O condicionamento radicular foi realizado para obter a desmineralização superficial da raiz e promover remoção do smear layer favorecendo a união das células do retalho à superfície radicular, seguido de irrigação com solução fisiológica por 1 minuto (Figura 5).

Com o leito receptor preparado, foi obtido o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial do palato na região entre os dentes 15 e 16. Para a obtenção do enxerto, foi realizada uma incisão perpendicular aos dentes 15 e 16 e em seguida

uma incisão paralela a superfície óssea, incisões complementares foram usadas na distal e mesial e na base do tecido para removê-lo por completo (Figura 6). A separação do tecido conjuntivo do tecido epitelial foi realizada com uma lâmina de bisturi 15c (Figura 7).

Com a obtenção do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, foi realizado o seu posicionamento no leito receptor (Figura 8), seguida de uma compressão sobre o mesmo para proporcionar uma adaptação firme eliminando a camada de coágulo entre o enxerto e o leito receptor, ocasionando melhor adesão. Com o enxerto bem posicionado, o retalho rebatido foi posicionado até a altura das papilas e, em seguida, realizadas suturas colchoeiro vertical suspensória nas proximais e uma sutura horizontal com finalidade de aumentar a estabilidade do tecido enxertado (Figura 9), foi utilizado fio de sutura de seda 5.0 (Ethicon). Posterior a este procedimento, foi colocado sobre a região o cimento cirúrgico Periobond (DENTSPLY Indústria e Comercio Ltda.) (figura 10).

Para o pós-operatório, foi indicado o uso de digluconato de clorexidina a 0,12% por 7 dias na forma de bochechos durante 1 minuto, duas vezes ao dia, além de analgésico em caso de dor persistente. Na área doadora, houve o reposicionamento do tecido epitelial que foi anteriormente separado do tecido conjuntivo e realizado uma sutura.

O objetivo deste procedimento é promover uma cicatrização mais rápida nesta região. Aspecto da área doadora com 15 dias pode ser observado na (Figura 11). O controle do resultado da área receptora foi realizado após 15 dias (Figura 12), 60 dias (Figura 13) e 18 meses (Figura 14) onde se confirmou um aumento de gengiva ceratinizada com um bom recobrimento radicular associado à melhora significativa na estética e principalmente na sensibilidade dentinária.



Figura 1: Aspecto inicial, recessão classificada como classe II de Miller.



Figura 2: Dispositivo de contenção.



Figura 3: Papel de alumínio estéril posicionado na região receptora.



Figura 4: Incisão intrassulcular com lâmina de bisturi nº 15c.



Figura 5: Condicionamento radicular com solução de tetraciclina.



Figura 6: Obtenção do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial do palato na região entre os dentes 15 e 16.



Figura 7: Separação do tecido conjuntivo do tecido epitelial



Figura 8: Posicionamento do tecido conjuntivo subepitelial no leito receptor.



Figura 9: Sutures colchoeiro vertical suspensória nas proximais e uma sutura horizontal.



Figura 10: Cimento cirúrgico sobre a área receptora.



Figura 11: Aspecto da área doadora com pós cirúrgico de 15 dias.



Figura 12: Resultado da área após 15 dias.



Figura 13: Resultado da área após 60 dias.



Figura 14: Resultado da área após 18 meses.

3 DISCUSSÃO

A utilização da melhor técnica varia de acordo com a necessidade de cada caso, mas o bom senso indica que, dentro do possível, deve-se escolher a técnica mais simples, a que proporcione o menor desconforto ao paciente e a que necessite do menor número de novas intervenções (RICALDI et al., 2003).

O objetivo do recobrimento radicular visa à obtenção de um bom resultado estético, prevenção contra cárie radicular, eliminar a sensibilidade possibilitando, assim, uma melhor higienização. No entanto, o fator principal para o sucesso da técnica está relacionado à remoção do fator etiológico que ocasiona a recessão gengival.

O rigor na realização da técnica é de suma importância para o sucesso do enxerto, seja no preparo do leito receptor, na remoção do enxerto e na sutura do mesmo (SEGUNDO & ALVES, 2005). A técnica de enxerto de tecido conjuntivo

subepitelial associada à técnica do “envelope” é indicada para recessões isoladas. O princípio desta técnica é a colocação de um enxerto conjuntivo entre a superfície radicular desnuda e um retalho epitelial preparado previamente. A principal dificuldade desta técnica consiste no estabelecimento de um túnel supraperiosteal em um mesmo plano seguindo as convexidades, sem descolar as papilas (FERREIRA, 2008).

A técnica cirúrgica do enxerto conjuntivo subepitelial tem se mostrado bastante confiável e com altos índices de sucesso em relação à cobertura radicular (BARBOSA et al., 2004). Entre os procedimentos cirúrgicos usados para recobrimento radicular, o enxerto conjuntivo subepitelial é considerado o “padrão ouro” (MESSORA et al., 2009).

O sucesso e a previsibilidade das cirurgias muco gengivais estão diretamente relacionadas com a correta indicação da técnica levando em consideração três fatores: - Biológicos: hábitos de higiene bucal, condição sistêmica do paciente, nível de perda de inserção e posicionamento dentário, que no caso relatado foi o fator etiológico principal que provocou a recessão gengival. – Habilidade profissional: conhecimento de suas limitações, atenção aos detalhes da técnica preconizada, experiência e respeito à cadeia asséptica. – Paciente: colaboração com o tratamento, controle de biofilme dental, consciência das limitações estéticas e biológicas do caso.

A importância do controle do biofilme é fundamental para o sucesso da terapia cirúrgica, pois na presença da resposta inflamatória há um comprometimento da nutrição gengival que acaba descamando e levando ao surgimento da recessão (FONTANARI et al., 2009).

O êxito da técnica de enxerto conjuntivo subepitelial foi atribuído principalmente ao duplo suprimento sanguíneo como forma de nutrição para o tecido enxertado, nutrição esta fornecida pelo conjuntivo-periostio e conjuntivo-retalho (FONTANARI et al., 2009).

O foco principal de uma intervenção cirúrgica odontológica, além de procurar corrigir alterações de função, passa a ser a busca por uma melhoria das condições estéticas (CHAMBRONE et al., 2007).

Para que não ocorram desentendimentos entre o paciente e o profissional, a possibilidade de haver mais de um procedimento cirúrgico deve ser relatada antes da primeira intervenção cirúrgica, para que o paciente esteja motivado, mostrando

interesse em melhorar a estética, e disposto a colaborar com os cuidados pré e pós-operatórios (RICALDI et al., 2003).

No caso relatado todas as informações necessárias quanto as opções de técnicas cirúrgicas como também a possibilidade de insucesso, foram descritas de forma clara e simples para que o paciente participasse da escolha da terapia cirúrgica, consciente da eficácia e previsibilidade da terapia proposta.

4 CONCLUSÃO

Todas as técnicas, quando bem indicadas e executadas apresentam uma boa previsibilidade de cobertura radicular e margem de sucesso. A técnica de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial é indicada para casos de recobrimento radicular no tratamento de recessões em áreas isoladas ou múltiplas. Nesta técnica o suprimento sanguíneo do enxerto advém do conjuntivo periosteal e do conjuntivo retalho, com essas duas formas de nutrição, essa técnica desde que bem indicada tem um grande percentual de sucesso. No caso clínico relatado foi confirmada essa possibilidade de sucesso, já que o resultado apresentado foi considerado clinicamente satisfatório, pois ocorreu o que foi proposto pela técnica: recobrimento radicular com melhora na estética e diminuição na sensibilidade dentária.

REFERÊNCIAS

Barbosa e Silva E, Januário AL, Peruhi CMS, Cardozo WV. Recobrimento radicular por meio da técnica cirúrgica periodontal do “envelope”- enxerto conjuntivo subepitelial: relato de casos clínicos. Rev. Odontológica de Araçatuba, v.25, n.2, p. 43-50, jul/dez. 2004.

Bosco AF, Marchi F, Pereira SLS. Áreas doadoras de enxerto gengival livre submetidas a diferentes formas de proteção. Rev. APCD. V. 52, n. 4, Jul/ Ago 1998.

Carvalho PFM, Silva RC, Joly JC. Recobrimento radicular com associação de procedimentos plásticos e regenerativos - Relato de caso. Rev. Dental Press Periodontia Implantol, Maringá, v.1, n.3, p. 65-73, jul./ago./set. 2007.

Chambrone L, Chambrone Junior LA, Chambrone LA. Abordagem estética em casos extremos: um tratamento multidisciplinar. Rev. Dental Periodontia Implantol, Maringá, v. 1, n.2, p. 35-43, abr/maio/jun. 2007.

Feitosa DS, Santamaria MP, Sallun EA, Nociti Junior FH, Casati MZ, Toledo S. Indicações atuais dos enxertos gengivais livres. RGO, Porto Alegre, v. 56, n. 2, p. 1-6, abr/ jun 2008.

Ferreira ZA. Cobertura radicular utilizando enxerto conjuntivo por meio da técnica envelope. Ver. AORP. V.1, n.2, p.1-5, fev, 2008.

Fontanari LA, Rodrigues MR, Scremim EI, Kitano MSI, Sampaio JEC, Júnior WT. Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial: uma alternativa em cirurgia plástica periodontal. Revista PerioNews. 2009; 3(2): 131-5.

Furlan LM, Sallum AW, Sallum EA, Junior FHN, Casati MZ, Ambrosano GMB. Incidência de recessão gengival e hipersensibilidade dentinária na clínica de graduação da FOP-UNICAMP. Rev. Perio. v. 17, n.1, Março 2007.

Guimarães GM. Recobrimento radicular com enxerto gengival livre – relato de casos clínicos. Rev. Perio. Vol. 8, n. 1 – Janeiro / Abril. 1999.

Messora MR, Furlaneto FA, Deliberador TM, Nagata MJH, Bosco AF, Garcia VG. O retalho posicionado coronalmente como uma técnica previsível. Rev. PerioNews 2009; 3(2): 124-8.

Miller PD. A classification of marginal tissue recession. Int J. Periodontics Restorative dent. 1985; 5(2): 8-13.

Park JB. Treatment of Gingival Recession with Subepithelial Connective Tissue Harvested from the Maxillary Tuberosity by Distal Wedge Procedure. JCDA. November 2009, Vol. 75, No. 9.

Pereira MLM. Considerações sobre a etiologia, classificação e recobrimento das recessões gengivais. Curitiba, 2007.

Ricaldi ACP, Troger B, Chapper A, Chiapinotto GA. Enxerto conjuntivo subepitelial de defeito de rebordo alveolar: relato de caso. Stomatos, Canoas, v.9, n.17, jul./dez.2003, p.21-28.

Saygun I, Karaçay S, Ozdemir a, Sagdiç D. Multidisciplinary Treatment Approach for the Localized Gingival Recession: A Case Report. Turk J Med Sci 35 (2005) 57-63.

Segundo TK, Alves R. Emprego do enxerto gengival epitélio-conjuntivo no recobrimento radicular. RGO, P. Alegre, v.54, n.1, p.81-83, jan./mar, 2005.

Shibayama R, Fugii WM. Enxerto gengival livre. UNOPAR. Cient., Ciênc. Biol. Saúde, Londrina, v. 2, n. 1, p. 107-111, out, 2000.

Silva EB, Januário AL, Peruchi CMS, Cardozo WV. Recobrimento radicular por meio da técnica cirurgica periodontal do “envelope”-enxerto conjuntivo subepitelial: relato de casos clínicos. Rev. Odon. Araçatuba, v.25, n. 2, p. 43-50, Julho/ Dezembro, 2004.