



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PERIODONTIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

AUGUSTO VINICIUS KOETZ MARTIN

**CIRURGIA PLÁSTICA PERIODONTAL COM FINS
DE RECOBRIMENTO RADICULAR**

RELATO DE CASO CLÍNICO

PORTO ALEGRE, RS

2015

AUGUSTO VINICIUS KOETZ MARTIN

**CIRURGIA PLÁSTICA PERIODONTAL COM FINS
DE RECOBRIMENTO RADICULAR**

RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho apresentado para fins de conclusão do curso de Especialização em Periodontia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), como requisito básico para a obtenção do título de Periodontista.

Orientador: Prof. Ms. Fernando Antônio Rangel Lopes Daudt

PORTO ALEGRE, RS

2015

Dedico este trabalho as pessoas que me apoiaram para que mais um dos meus sonhos se concretizasse, dentre elas aos meus pais, Albano e Rosani; aos meus mestres do passado e do presente, Ralf Priesnitz Simch e Fernando Antônio Rangel Lopes Daudt, respectivamente. Conhecimento e ética profissional são prerrogativas destes exímios periodontistas, onde me espelho e faço pano de fundo para ser um profissional cada dia melhor.

A todos, minha mais sincera gratidão.



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	5
REVISÃO DE LITERATURA.....	8
DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO	17
DISCUSSÃO.....	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

INTRODUÇÃO

Em qualquer abordagem periodontal, é mandatório o conhecimento da constituição do periodonto. O complexo periodontal é formado pelo conjunto de tecidos de proteção (gengiva marginal e gengiva inserida) e sustentação (osso alveolar, ligamento periodontal e cemento radicular) do elemento dentário, possuindo entre si interdependência fisiológica, biológica e anatômica. No decorrer da idade do indivíduo, os tecidos periodontais irão sofrer constantes remodelações, alterando sua morfologia e conseqüente alteração no plano biológico, visto que alterações no complexo de proteção trarão conseqüências no complexo de suporte.

A principal e essencial função do complexo mucogengival é a de proteção aos tecidos do periodonto de sustentação, promovendo uma barreira direta entre o meio interno e externo. A única região do corpo humano que possui tal complexidade é justamente a região dentogengival. Conseqüentemente, o desafio de manter a integridade dos tecidos periodontais está direcionada ao epitélio juncional, que, em situações de saúde, está fortemente ligado ao dente por hemidesmosomos. A quantidade de tecido queratinizado do periodonto de proteção é determinado geneticamente, porém, adaptações a estímulos externos são constantemente evidenciadas clinicamente. Durante a fase adulta, o organismo se adapta a fatores ambientais, e além disso, ao desafio microbiano. Com isto, durante a exposição a fatores de risco ao desenvolvimento e progressão a doença periodontal, os tecidos irão se apatar a estes estímulos. Em suma, a especificidade dos tecidos gengivais é pré-determinada geneticamente e estes tecidos se adaptam a estímulos ambientais (Borghetti et al., 2002).

É impreterível o conhecimento de como se instala e se desenvolve as doenças periodontais, para que o tratamento proposto nunca perca de vista a origem das patologias. A etiologia (fator causador) e a patogenia (mecanismo pelo qual a doença se desenvolve) formam a etiopatogenia da doença periodontal. O agente etiológico das enfermidades periodontais possui um perfil microbiano, e sua patogênese depende da resposta tecidual (imunológica/inflamatória) do hospedeiro,

que em situações de desequilíbrio, podem resultar em perda tecidual do periodonto de proteção e de sustentação (Brunetti et al., 2007).

Com a evolução dos estudos científicos, muitas questões sobre as doenças periodontais foram saneadas. Apesar dos microrganismos serem fundamentais para as doenças ocorrerem, estes de forma isolada não são capazes de instalar e progredir a doença. São várias as formas e manifestações de doenças periodontais, que compartilham alguns eventos em comum, porém, diferem, por exemplo, em progressão e resposta ao tratamento. Todas evidenciam perda tecidual e tentativa do organismo em reparar as lesões. Todavia, existem fatores que modificam o tipo e o curso das doenças, como fatores genéticos, locais e sistêmicos. Estas afirmativas explicam o porque indivíduos possuem variações na suscetibilidade de desenvolver as doenças; variações em manifestações clínicas; diferentes patamares de evolução; diferentes padrões de resposta ao tratamento (Borghetti et al., 2002).

O diagnóstico de inflamação gengival e periodontal é observado através dos descritores inflamatórios. Sinais clínicos em casos de inflamação marginal geralmente apresentam características como vermelhidão, edema e sobretudo sangramento, sendo que não há destruição tecidual, e conseqüentemente, totalmente reversível. A gengivite acomete quase 100% dos indivíduos de qualquer população, sendo raros os casos de pessoas que não apresentam pelo menos um sítio com sangramento marginal. Com a evolução da doença, descritores inflamatórios subgengivais são evidenciados, como profundidade de sondagem aumentada, perda de inserção clínica e sangramento e/ou supuração subgengival positivo (Brunetti et al., 2007).

Frequentemente destruições periodontais são evidenciadas em situações de inflamação, caracterizando uma das sequelas mais comuns acometendo o periodonto. Pode-se classificar as recessões teciduais como perda de tecido periodontal em direção apical a partir da junção amelocementária, sendo de forma localizada ou generalizada, nas faces vestibulares e palatinas ou linguais, deixando exposta a superfície radicular. É interessante ressaltar que indivíduos com bom controle do biofilme supragengival podem apresentar múltiplas recessões gengivais, caracterizado como perda tecidual e sequela da higienização mal conduzida (Pini-Prato et al., 2014).

Deve-se ter cuidado em distinguir as recessões teciduais por conta de sua etiologia. Geralmente a destruição periodontal em várias faces de um dente é causada por influência de contaminação bacteriana, dita periodontite. Já recessões localizadas em somente uma face do dente possuem etiologia multifatorial, dentre fatores predisponentes e fatores desencadeantes, como escovação traumatogênica, inflamação marginal, fumo, deiscência e fenestração óssea, tração de freios e bridas musculares, vestibulo raso, pouca espessura e altura de tecido queratinizado, extração mal conduzida e outros (Borghetti et al., 2002).

O paciente que procura um tratamento de cirurgia plástica periodontal com o intuito de recobrimento radicular possui várias queixas, como medo de perder os dentes e sua subjetividade na hipersensibilidade dentária. Todavia, a razão principal é a estética. Os critérios predominantes da estética são as cores, o volume e as linhas e contornos gengivais durante o movimento labial. Muito do que o esteriótipo de “belo” que está incrustado no inconsciente coletivo pode muitas vezes não ser alcançado pela plástica periodontal, assim como a supressão da hipersensibilidade dentinária cervical. Todos estes fatores deverão ser discutidos com o paciente.

REVISÃO DE LITERATURA

O conhecimento da etiologia das recessões gengivais evoluiu muito ao longo das décadas. Na década de 60, com o clássico estudo experimental em humanos, Løe (1965) mostrou que para o estabelecimento e desenvolvimento das doenças periodontais, havia necessariamente que estar presente a placa dentária. Contudo, qualquer bactéria seria causadora de patologias periodontais. Foi nos anos 70 e 80, quando os trabalhos voltados a epidemiologia da doença e seu caráter inflamatório mostraram que existiam microrganismos específicos que estavam prevalentes em situações de doença – Teoria da Placa Específica (Løe et al., 1986).

Ainda nos anos 70, acreditava-se que em dentes que não possuíam uma faixa mínima de gengiva inserida em superfícies vestibulares, que possuem a maior prevalência de recessões marginais, estariam inevitavelmente fadados a desenvolverem desnudamentos radiculares. Este princípio foi logo desmistificado nos anos 80, quando estudos longitudinais prospectivos evidenciaram que uma faixa mínima de gengiva inserida e até mesmo a ausência desta não possuía caráter de etiologia em retrações gengivais. Foi nesta década ainda, que, foram comprovados os agentes etiológicos necessários ao desenvolvimento das recessões gengivais: inflamação gengival e/ou escovação traumatogênica, condições *sine qua non*. Se estes fatores fossem suprimidos, um periodonto com faixa mínima ou até mesmo ausência de gengiva inserida poderia ser mantido saudável (Borghetti et al., 2002).

Já nos anos 90, princípios foram evidenciados e elucidados, estando em vigor até a atualidade, dentre eles: a presença mínima do periodonto de proteção, com quantidade mínima ou ausência de gengiva inserida não é impreterível para o desenvolvimento da doença periodontal, e ainda a ausência de placa e a escovação diária eficaz são fundamentais para o equilíbrio e manutenção periodontal. A curva de aprendizado nesta década consolidou fundamentos. Pacientes com bom controle de placa, porém, com escovação mal conduzida, apresentavam desnudamentos radiculares com saúde periodontal. Em contrapartida, vestibulos rasos que dificultam a tração de um freio ou brida e conseqüentemente o controle do biofilme bacteriano em conjunto com quantidades irrisórias de tecido queratinizado dão subsídios a

classificar tais situações como fatores de risco ao desencadimento de destruições teciduais.

Desde a consolidação da teoria de que microrganismos estavam diretamente relacionados à doença periodontal (Løe, 1965), a popularização da necessidade de remoção do biofilme bacteriano através de escovações dentárias se tornou difundida, e, com isto, a incidência de recessões cresceu. Quando a aplicação intempestiva da escovação está presente, ocorrerá uma escarnificação gengival, e conseqüentemente um defeito mucogengival se perpetuará, com migração da margem gengival no sentido apical, perda de fibras conjuntivas de proteção e inserção, necrose de tecido cementário exposto ao meio bucal e reabsorção da crista óssea alveolar. Obviamente, o paciente deverá ser instruído a utilizar uma técnica de escovação suave, sem pressão, em que a região dentogengival deverá ser alcançada e limpa (Lindhe, 2005).

As peculiaridades dos tecidos gengivais estão fortemente relacionadas a fatores genéticos, enquanto outras características estão relacionadas com o órgão dentário, como forma e posição. Afim de escolher os critérios de decisão em cirurgias plásticas periodontais, classificações relacionadas aos tipos de periodonto e a correlação entre fatores periodontais e fatores dentários foram feitas. A classificação mais utilizada atualmente foi fundamentada por Maynard e Wilson, em 1980. Tal classificação descreve essencialmente fatores periodontais, como espessura e altura da gengiva e osso subjacente, além do contorno gengival.

A figura 1 mostra a Classificação de Maynard e Wilson. O periodonto do Tipo I, considerado “ideal”, denota clinicamente durante a palpação digital um tecido queratinizado espesso, assim como a dimensão vestibulolingual do processo alveolar. Durante o exame físico, há de 3 a 5mm de tecido queratinizado separando o bordo gengival livre da mucosa alveolar móvel. O Tipo II apresenta, clinicamente, tecido gengival inserido menor em altura e espessura, e em alguns casos, o tecido gengival é inferior a 1 milímetro de espessura, sendo que a sonda milimetrada pode estar visível à sondagem. O osso alveolar apresenta espessura considerável. O Tipo III caracteriza-se com tecido gengival “ideal” em altura e espessura, porém o osso

subjacente é fino, sendo que as raízes dentárias podem ser palpadas. Por fim, o Tipo IV mostra-se com redução da espessura do tecido ósseo e tecido gengival inserido. Neste último tipo de periodonto, há uma grande chance de recessão frente a inflamação e/ou trauma.

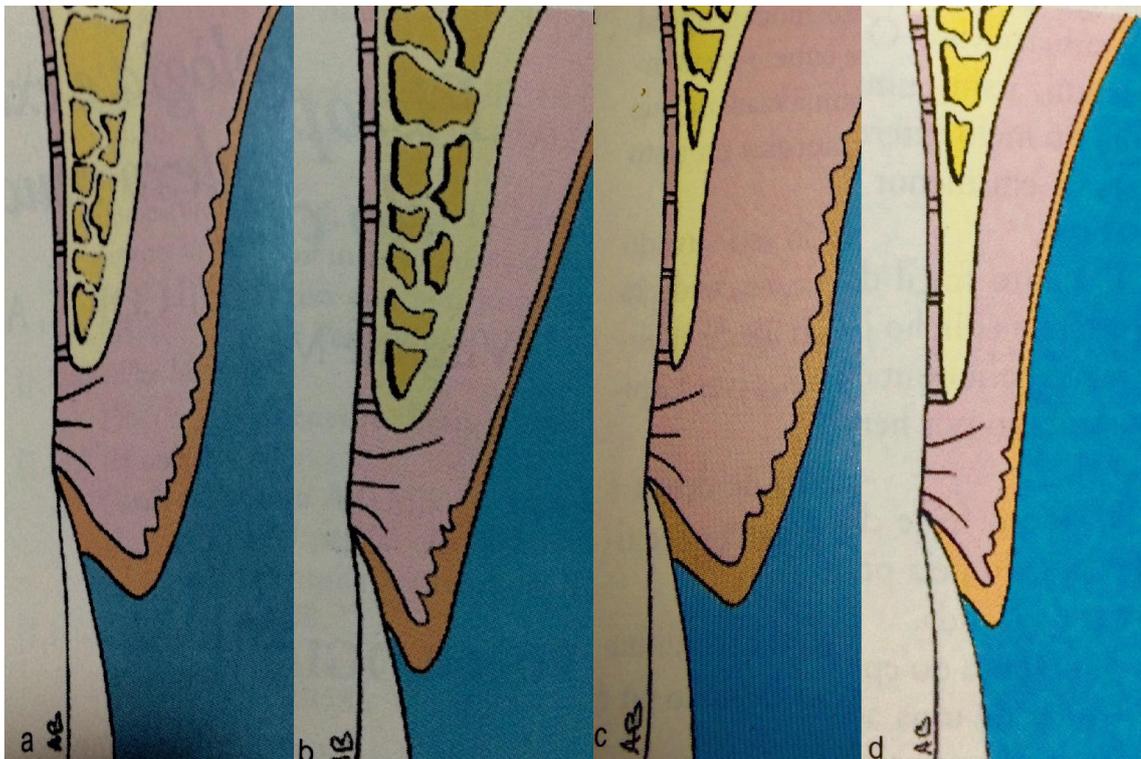


Figura 1. Classificação proposta por Maynard e Wilson, onde os quatro tipos de periodonto são classificados: a Tipo I. b Tipo II. c Tipo III. d Tipo IV. (Fonte: Adaptado de Borghetti et al., 2002).

Existem inúmeras classificações das recessões marginais afim de facilitar o prognóstico das inúmeras modalidades terapêuticas. A mais conhecida e utilizada atualmente é a Classificação de Miller (1985), onde abrange todas as formas de recessões, inclusive a causada por doença periodontal destrutiva. A classificação de Miller possui quatro divisões, demonstrados na figura 2. A Classe I caracteriza-se como sendo a de melhor prognóstico, onde a recessão não atinge a linha mucogengival e não há perda de tecido interdentário; a recessão de Classe II ultrapassa a linha mucogengival e não há destruição interdentária; a Classe III

possui recessão marginal que ultrapassa a linha mucogengival e há perda de tecido proximal, porém este coronário a linha mucogengival; por fim a Classe IV, com prognóstico sombrio e sem perspectiva significativa de recobrimento, possui perda tecidual no sentido vertical e horizontal que ultrapassam a linha mucogengival, envolvendo várias faces dentárias.

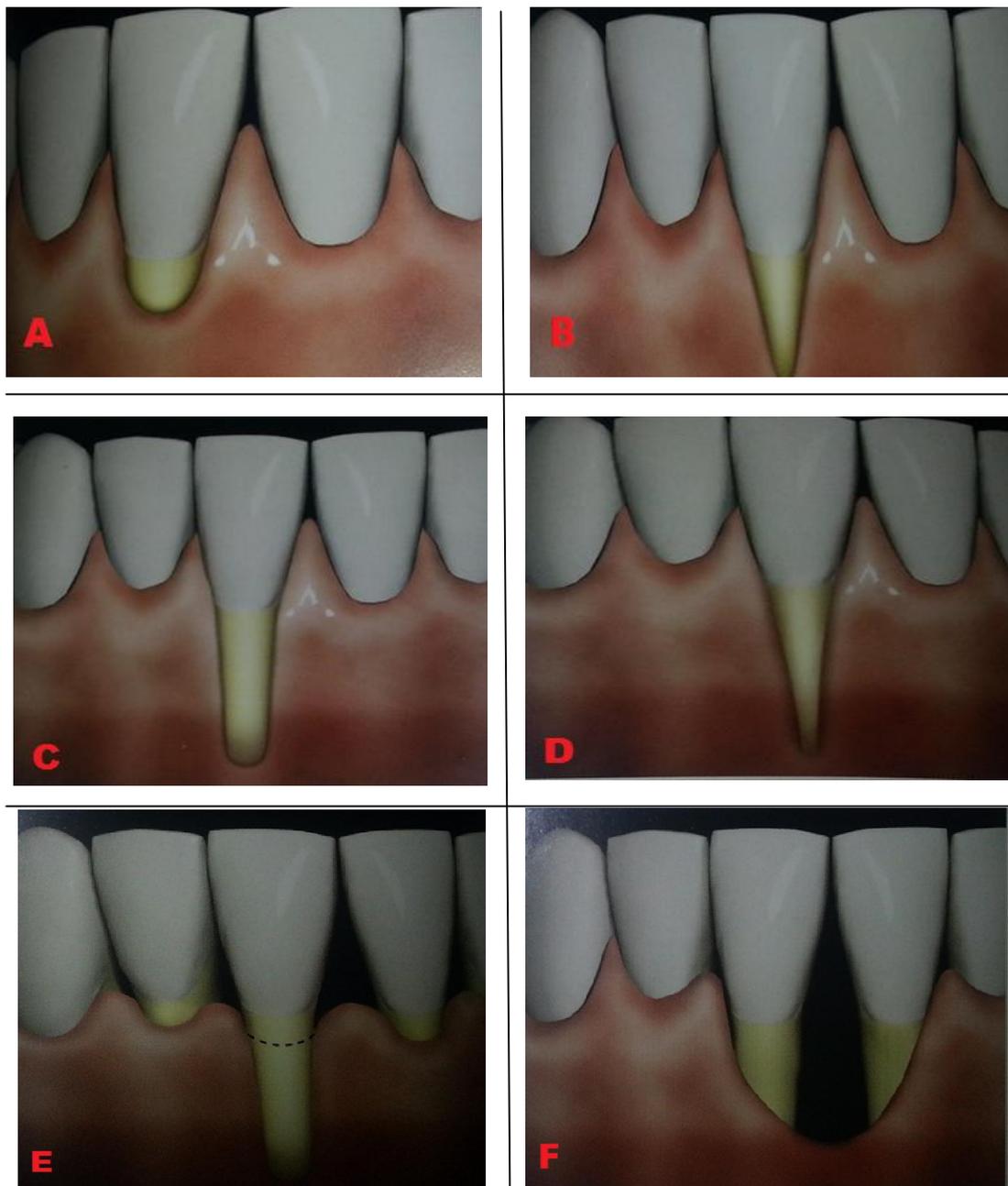


Figura 2. Classificação de Miller (1985). A Classe I de Miller rasa e larga. B Classe I de Miller rasa e estreita. C Classe II de Miller profunda e larga. D Classe II de Miller profunda e estreita. E Classe III de Miller. F Classe IV de Miller. (Fonte: Adaptado de Brunetti et al., 2007).

Borghetti et al. (2002) e Greggianin et al. (20013) ratificam que a primeira manifestação clínica das recessões são fissuras ou fendas gengivais (*clefts*), que podem denotar o curso de evolução das perdas teciduais e desnudamentos radiculares. Tais fendas são ulcerações superficiais do epitélio gengival e do conjuntivo subjacente, sendo que podem cicatrizar sem causar danos mais amplos caso o trauma seja suprimido. Contudo, se a anatomia do processo alveolar possuir cortical óssea fina e espessura gengival fina, as fendas podem evoluir rapidamente para recessões. Dificilmente a evolução da perda tecidual ultrapassa a Classe I de Miller em pacientes com alto padrão de higiene, visto que a espessura óssea do processo alveolar aumenta no sentido apical.

Existem inúmeros fatores predisponentes à recessão periodontal, porém os fatores etiológicos ou desencadeantes são a escovação traumática e a inflamação gengival. Caso estes fatores de risco não estejam presentes, a recessão pode não acontecer, mesmo com a presença dos fatores predisponentes. É muito comum clinicamente pacientes apresentarem saúde periodontal e em contrapartida múltiplas recessões. Isto pode ser explicado pelo uso inadvertido de escovas de cerdas duras, pressão exagerada à escovação, grande frequência de escovação ou todos estes fatores atuando concomitantemente. Uma boa saída são as escovas elétricas, que padronizam a força e o movimento de escovação, ganhando o título de menos traumatogênicas (Lindhe, 2005).

Há casos reportados na literatura que evidenciam traumatismos gengivais provocados por pacientes que possuem tiques e manias, promovendo desde leves batidas de ponta de caneta na gengiva até a colocação da unha no sulco gengival acarretando graves lesões (Pattison, 1983).

Lindhe (2005) constata que além do uso mal conduzido da escovação, outro fator etiológico é a inflamação gengival. Com o estabelecimento da inflamação, o tecido marginal vai sendo degradado. Quando o periodonto é fino e muitas vezes na presença de deiscências ósseas, um surto de inflamação pode resultar na retração gengival, promovendo a destruição da gengiva marginal e inserida. A inflamação em tais casos pode ser explicada pela ação mecânica, física ou térmica, onde estes estímulos geram uma ação inflamatória e com isto a destruição tecidual. A grande perda ou ausência de tecido queratinizado pode ser uma consequência da recessão. Com isto, a escovação torna-se prejudicada pela hipersensibilidade dentinária e

sensibilidade gengival, principalmente quando o tecido que circunda o elemento dentário é de mucosa alveolar.

Durante o planejamento terapêutico de cirurgias plásticas periodontais, onde a excelência nos resultados estéticos é almejada, alguns critérios fundamentais devem ser previstos, como afirma Borghetti et al. (2002). A análise clínica do sorriso, como a quantidade de altura de gengiva exposta em repouso, ao falar e ao sorrir, tem impactos diretos na conclusão do caso. Este critério poderá ser decisivo no sucesso ou fracasso do tratamento proposto. O sorriso do tipo gengival, quando três milímetros ou mais de gengiva inserida ficam visíveis ao sorrir, é um grande desafio de proporcionar a perfeição dos resultados que o paciente espera. Em suma, é vital questionar o paciente sobre sua percepção de beleza e quais os resultados que ele pretende chegar. Fotografias iniciais são importantes armas para o planejamento, onde se pode discutir com o paciente, em um contexto subjetivo, o que ele imagina aprimorar e qual é o seu desejo final. Muitas vezes, o defeito estético que a recessão tecidual provoca é tão significativa e desagradável para o paciente que este chega a esconder seu sorriso, programando a não mostrá-lo. Nestes casos as expectativas podem superestimar os possíveis resultados, sendo que o especialista deve prever isto de antemão.

Assim como é feito o tratamento das doenças periodontais, o tratamento das recessões gengivais deverá seguir um plano de tratamento. Este plano deve ser dividido em três momentos: terapia frente a etiologia, reavaliação ou exame intermediário e fase cirúrgica. O tratamento etiológico deve ser o começo de tudo, pois se a correção dos hábitos nocivos não for feita, o tratamento cirúrgico será um fracasso, ocorrendo a recidiva da recessão. Esta etapa inclui anamnese, prognóstico do tratamento, remoção dos fatores retentivos de placa e acima de tudo instrução de higiene oral. A escovação traumatogênica é o principal fator a ser abordado, devendo o paciente estar ciente disto. A implementação de estratégias de ações compatíveis com saúde devem ser buscadas, como por exemplo, o uso de técnicas de escovação eficazes e a mudança de escovas duras por macias. Esta etapa pode

ser longa, visto que muitos pacientes possuem dificuldades em abandonar os vícios de escovação que carregam a anos.

A fase de reavaliação, baseada em índices clínicos como índice de placa visível e índice de sangramento gengival, é imprescindível. Em alguns casos, após o treinamento da escovação e controle da inflamação, há um rearranjo tecidual considerável, e a terapia cirúrgica pode não mais ser uma vontade e necessidade do paciente. A decisão de partir para uma terapia cirúrgica avançada deve ter comum acordo entre profissional e paciente, onde as expectativas de recobrimento, dependendo da severidade e extensão das recessões são esclarecidas.

Com a decisão tomada pelo tratamento cirúrgico, alguns critérios são almejados com o ato cirúrgico. O aspecto antiestético é a principal causa da busca do paciente pelo recobrimento radicular. Deve-se nas fases prévias a cirurgia informar ao paciente que um recobrimento de 100% depende de muitos fatores, como o tipo de periodonto e a forma da lesão. Um recobrimento total é o objetivo primordial, porém, somente um recobrimento parcial poderá ser o resultado final. Em contrapartida, os resultados poderão ser estáveis com o passar do tempo. Outra queixa frequente é a hipersensibilidade. Caso este desconforto não seja eliminado durante a fase do controle da infecção, a cirurgia plástica periodontal poderá ser indicada, porém, o paciente deverá estar ciente da incerteza de um recobrimento total e conseqüentemente a incerteza da eliminação da hipersensibilidade dentinária cervical. Este desconforto a estímulos térmicos e mecânicos deverá estar atuando concomitantemente com outras queixas, não devendo ser o principal objetivo da indicação de cirurgias plásticas. Para o tratamento das hipersensibilidades existem meios menos invasivos, como agentes dessensibilizantes.

Os resultados mais consistentes em cirurgias de recobrimento envolvem a combinação de retalhos deslocados e enxertos. Segundo McGuire e Scheyer (2010), a espessura ideal de um enxerto deve possuir de 1mm a 1,5mm, visto que um enxerto muito fino pode sofrer contração e expor a área receptora. Em contrapartida, um enxerto muito espesso pode sofrer necrose no período pós-transplante, pois a difusão de nutrientes ficará prejudicada. Os autores ainda mencionam que a terapia regenerativa em recobrimentos radiculares pode envolver enxertos autógenos (padrão ouro), ou, como forma alternativa, enxertos xenógenos de matriz de colágeno. Em seu estudo de boca dividida, em lesões Classe I de Miller bilateral, 25

participantes receberam em uma hemiarcada enxerto reposicionado coronalmente associado a enxerto conjuntivo e na outra hemiarcada receberam terapia com retalho reposicionado coronalmente associado a matriz de colágeno xenógena. Os resultados mostraram que após um ano, a técnica de enxerto de conjuntivo associado ao retalho reposicionado coronalmente obteve um recobrimento médio de 99,3%. Já a técnica que utilizou a matriz de colágeno obteve recobrimento médio de 88,5%. Alterações de cor e textura marginal não foram visualizadas em ambos grupos.

Como a manipulação tecidual em enxertos autógenos é ampla no ato transcirúrgico, a área doadora é um importante fator a ser analisado. Existem pois, três sítios de remoção: o palato, a tuberosidade maxilar e a crista edêntula. O palato, como região doadora, é a região mais utilizada, possuindo como limites de remoção a face distal do canino até a face mesial do segundo molar, em virtude de importantes fatores anatômicos, como, por exemplo, a vascularização e inervação. A melhor área doadora está situada entre os pré-molares em virtude de sua espessura e qualidade de tecido conjuntivo fibroso denso, provido de colágeno. A dimensão do enxerto a ser removido está diretamente relacionada a extensão da área a ser recoberta no leito receptor no sentido méso-distal.

O parecer de vários autores é unânime no que diz respeito aos cuidados anatômicos, evitando assim graves intercorrências transcirúrgicas. O conhecimento da morfologia da área anatômica a ser abordada é vital para o bom andamento do procedimento cirúrgico. Deve ser compreendido de que a remoção segura do enxerto é feita evitando estruturas nobres, como a artéria palatina maior e o nervo palatino maior, localizados na fenda palatina posterior. Esta fenda palatina geralmente está situada ao nível da região apical do terceiro molar, aproximadamente em um ponto equidistante entre o colo dentário e a rafe palatina mediana. Os elementos vasculonervosos percorrem trajetórias paralelas entre si, com grande intimidade ao plano ósseo. Assim, quantidades consideráveis de tecido podem ser removidas sobre estruturas arteriais, venosas e nervosas, porém, incisões que atinjam a estrutura óssea deverão ser evitadas.

Há uma correlação direta entre a altura da abóbada palatina com os elementos vasculonervosos. Pode-se classificar as abóbadas em alta, média e rasa. Com isto, quanto mais alta for a abóbada palatina, maior será a distância entre as estruturas a serem evitadas. Conseqüentemente, há também relação direta entre a espessura do tecido doador e a profundidade da abóbada. A Figura 3 demonstra um exemplo de uma abóbada alta, com 15 milímetros de distância entre a junção amelocementária da fenda palatina de onde transcorre a artéria palatina maior, onde mesmo com uma margem de segurança, pode ser encontrado uma grande espessura de tecido doador.

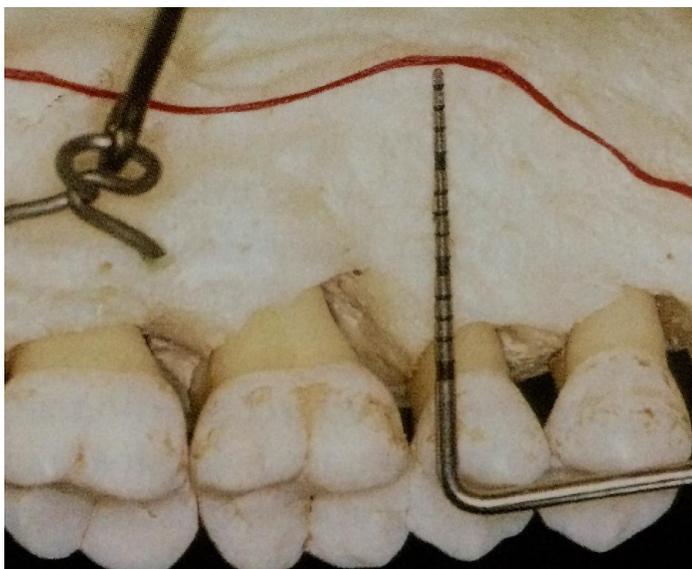


Figura 3. Reprodução em crânio seco do trajeto percorrido pela artéria palatina maior na fenda palatina a uma distância de 15mm da junção amelocementária do segundo pré-molar. (Fonte: Adaptado de Borghetti et al., 2002).

Sobretudo em cirurgias plásticas periodontais, onde o objetivo é o recobrimento radicular de recessões teciduais, o conhecimento técnico-científico é primordial. Tendo em vista as diferentes técnicas desenvolvidas, cabe ao periodontista julgar qual terapêutica é a melhor para cada situação clínica, sempre a sombra da ciência. Cabe ainda o profissional discutir com o paciente, através de sua experiência clínica, as vantagens e limitações das mais variadas técnicas. Pode-se destacar algumas técnicas como os enxertos pediculados e os enxertos livres.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

O paciente ABR, sexo masculino, 28 anos de idade, industrial, foi encaminhado à Clínica de Especialização em Periodontia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com o objetivo de receber cirurgia plástica periodontal, visto que a sua queixa principal era a estética, pois quando sorria mostrava suas raízes dentárias expostas ao meio bucal. Durante a entrevista dialogada, o paciente reporta incômodos em sua vida social, pois quando sorri seus desnudamentos radiculares ficam visíveis, promovendo uma certa tensão visual.

Em seus hábitos de higienização bucal, relatou que utilizava escova multicerdas de dureza média, dentifrício fluoretado Oral-B e fio dental raramente. O paciente recentemente passou por tratamento periodontal em consultório particular, e conseqüentemente denotava poucos sítios sangrantes, porém apresentava múltiplas retrações gengivais. Durante o exame clínico, não foram encontradas alterações nos tecidos moles intra e extrabuciais. É importante ressaltar que o paciente não é fumante.

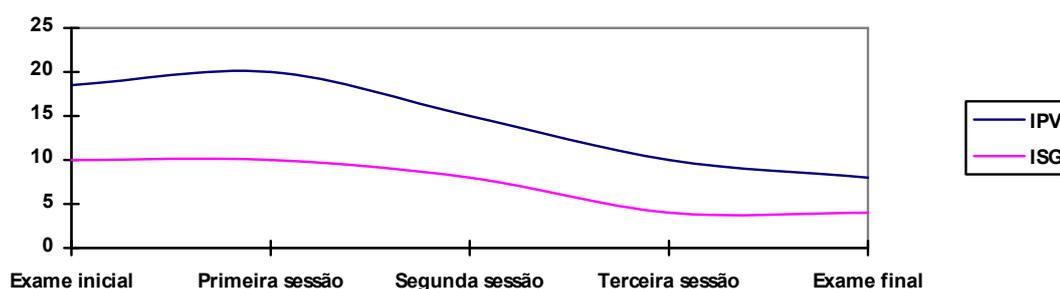
Foram utilizados, durante o exame físico intrabucal, índices periodontais: índice de placa visível (IPV), índice de sangramento gengival (ISG), fator retentivo de placa (FRP), perda de inserção (PI), profundidade de sondagem (PS) e sangramento à sondagem (SS). Foi diagnosticado gengivite placa-dependente localizada e atividade de cárie.

Durante o exame inicial, a presença de IPV em 18,5% e ISG de 10% dos sítios examinados demonstra índices periodontais compatíveis com saúde. Contudo, apesar do rigoroso controle de placa, o paciente demonstrava várias recessões gengivais nas faces vestibulares de muitos dentes, por conta da escovação inadvertida por muito tempo com escova multicerdas média. O tratamento periodontal prévio a terapia cirúrgica foi planejado em quatro sessões, com deplacagem subgengival e a orientação de higiene oral.

Como o indivíduo não apresentava cálculos supragengivais, o tratamento inicial basicamente se restringiu a instrução de higiene oral, onde o paciente foi instruído a trocar a escova multicerdas de cerdas médias por cerdas macias, além

do uso diário do fio dental para o controle do biofilme interproximal. Como o paciente possuía dificuldades em controlar o biofilme nas faces vestibulares de dentes com recessão marginal, foi promovida a re-orientação com um instrumento novo (escova unitufo) em tais sítios, com o intuito de adequar ao máximo a condição de saúde gengival previamente a cirurgia mucogengival.

Tabela 1 - Porcentagem de IPV e ISG durante o controle de placa supragengival entre o exame inicial e o exame final



Ao analisar a tabela 1, podemos concluir que houve significativa melhora no controle de placa supragengival, onde a instrução de higiene oral com o novo instrumento de higienização (escova unitufo) e a mudança para a escova multicerdas macia, surtiu efeitos positivos no controle da etiologia de sua queixa principal. Através destes resultados, o paciente se encontra apto a receber o tratamento resolutivo de suas recessões – a cirurgia plástica periodontal com fins de recobrimento radicular.

A determinada estratégia terapêutica está de acordo com a literatura atual, como Greggianin et al. (2013) afirma que para prevenir futuras recessões, primeiramente o fator etiológico deverá ser abordado, com mudança dos instrumentos e hábitos errôneos de higienização, para que o tratamento tenha sucesso e a manutenção dos resultados seja mantida a longo prazo.

Para a seleção da técnica cirúrgica, foram analisados fatores como profundidade e largura das lesões, altura do vestibulo, quantidade em altura e espessura de tecido queratinizado em direção apical as recessões além da disponibilidade de tecido da área eletiva de doação. Como o paciente apresentava recessão larga e rasa na face vestibular do dente 13 (Classe I de Miller), foi proposta

à fase cirúrgica a técnica de retalho posicionado coronariamente associado ao enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (enxerto não-epitelizado).

Ao analisar o sítio doador, constatou-se boa quantidade e espessura de tecido a região da tuberosidade maxilar. O procedimento iniciou-se com o bloqueio do nervo alveolar ântero-superior e nervo nasopalatino. As papilas foram posteriormente anestesiadas, complementando a analgesia para evitar incômodos trans-cirúrgicos. Para a remoção de tecido doador, foi anestesiada toda a região do túber da mesma hemiarcada com anestesia infiltrativa.

O procedimento de retalho reposicionado coronalmente iniciou-se com uma incisão horizontal, em cada base das papilas, a partir da junção amelocementária da recessão em mesial e distal do dente a ser tratado, unidas com uma incisão intrasulcular. Após, duas incisões verticais foram feitas, onde divergiam no sentido apical e ultrapassavam a linha mucogengival, formando como figura geométrica um trapézio, com base maior voltada para a mucosa, promovendo o aporte sanguíneo necessário. As papilas foram desepitelizadas. Em seguida, o retalho foi dissecado parcialmente no sentido mesial e distal da recessão até cerca de 3 milímetros da base da lesão. A partir de então um retalho total foi feito com um descolador de periosteio. Com isto, o retalho apresentava-se livre de tensão ao ser tracionado. O leito receptor é então debridado, onde toda a superfície de cimento exposta ao meio bucal é removida e o degrau da junção cimento/esmalte é aplainado, promovendo, segundo Lindhe (2005) e Cimões et al. (2013), uma superfície radicular “biologicamente compatível”. Assim, a superfície radicular apresenta-se apta para a adesão e proliferação celular.

A remoção do enxerto é feita do tamanho da recessão, sendo medida no sentido mesio-distal através de um instrumento milimetrado. O tecido é retirado através da técnica das incisões paralelas, desepitelizado e embebido em solução salina. Com posterior análise da qualidade do tecido, este é levado a superfície radicular, adaptado e imobilizado através de suturas periostais e suspensórias com fio reabsorvível. O retalho é reposicionado e ajustado coronariamente ao nível da junção amelocementária, coaptado com fio não-reabsorvível na região das papilas e

nas incisões relaxantes. Ao término do procedimento, a cicatrização ocorrerá por primeira intenção, livre de tensão.

Instruções pós-operatórias rígidas foram dadas ao paciente, sendo que o mesmo tinha o consentimento de que para evitar complicações, os conselhos deveriam ser seguidos a risca. Para um eficaz controle de placa mecânico, é sabido que necessariamente deve haver maturação tecidual. Uma ferida cirúrgica limpa cicatriza melhor e mais rápido do que uma ferida não limpa. Com isto, a substituição do controle de placa mecânico pelo controle químico foi implementado, com solução de clorexidina a 0,12%, embebido em gaze, a cada 12 horas, por um período de 14 dias. Uma atenção especial deve ser dada a este quesito, visto que um paciente que possui recessões gengivais, em sua grande maioria, desenvolveu tais perdas teciduais por conta de sua escovação inadvertida. Até mesmo os melhores resultados alcançados em cirurgias plásticas não resistirão ao trauma mecânico. As outras áreas bucais deverão ser escovadas normalmente.

As medicações prescritas visaram o controle da dor e da inflamação. Como o primeiro estágio da cicatrização é a inflamação, o intuito da medicação antiinflamatória não é eliminá-la, mas sim controlá-la afim de diminuir seus efeitos secundários como dor e edema. Nas primeiras horas após a cirurgia, é interessante a indicação de aplicação de bolsa de gelo pelo paciente, extra-oral ao local da cirurgia, pois assim, durante a recuperação imediata, a dor e a inflamação poderão ser atenuadas. Foi prescrito ao paciente a medicação analgésica com Paracetamol 750mg de 6 em 6 horas por 3 dias, além de Ibuprofeno 600mg de 12 em 12 horas por 5 dias.

Após 14 dias, as suturas não-reabsorvíveis foram removidas, o bochecho para o controle químico do biofilme foi suspenso e a higienização delicada com escovas multicerdas extra-macias por parte do paciente foi retomada. Passado este período, mesmo o tecido conjuntivo do enxerto estar maturando, as margens epiteliais do retalho já estão revestindo a ferida. Contudo, a remoção das suturas deve ser feita com extrema delicadeza para não provocar um descolamento na interface dente/enxerto. No período de 30 dias, o tecido neoformado, mesmo em estágio intermediário de maturação, recobriu 100% do desnudamento radicular, denotando sucesso imediato no tratamento proposto.

1) Fotografias intra-orais do caso clínico



Foto inicial



Evidenciamento da recessão de Classe I de Miller na região do dente 13



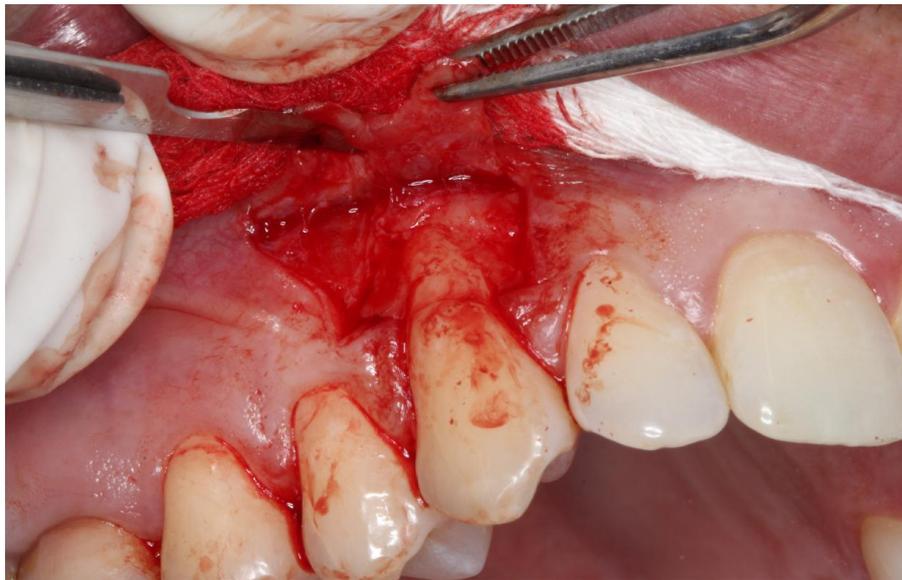
Delineamento das incisões para a técnica do retalho posicionado coronalmente associado a enxerto de tecido conjuntivo



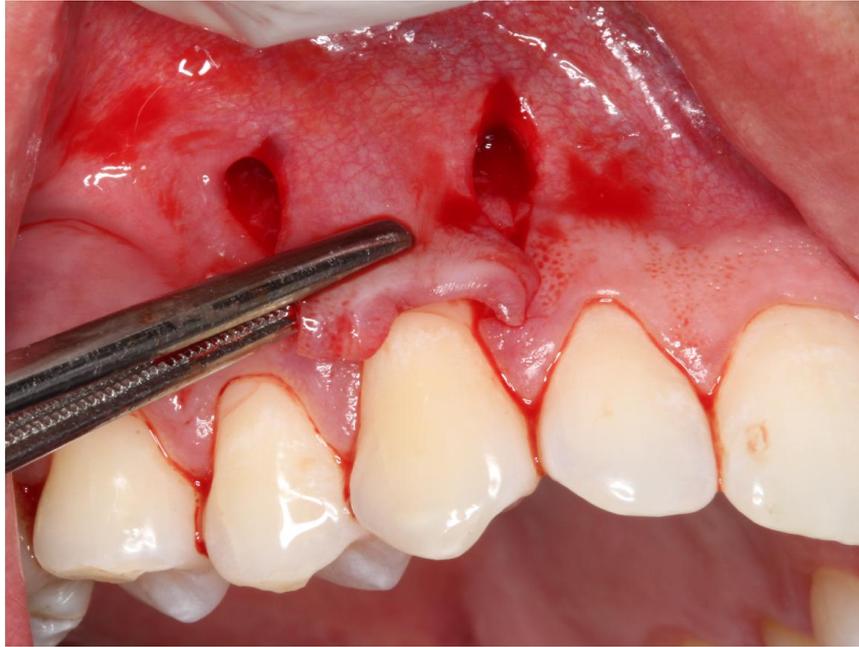
Incisão ultrapassando a linha mucogengival



Retalho de espessura parcial



Rebatimento do retalho



Tracionamento do retalho no sentido coronal



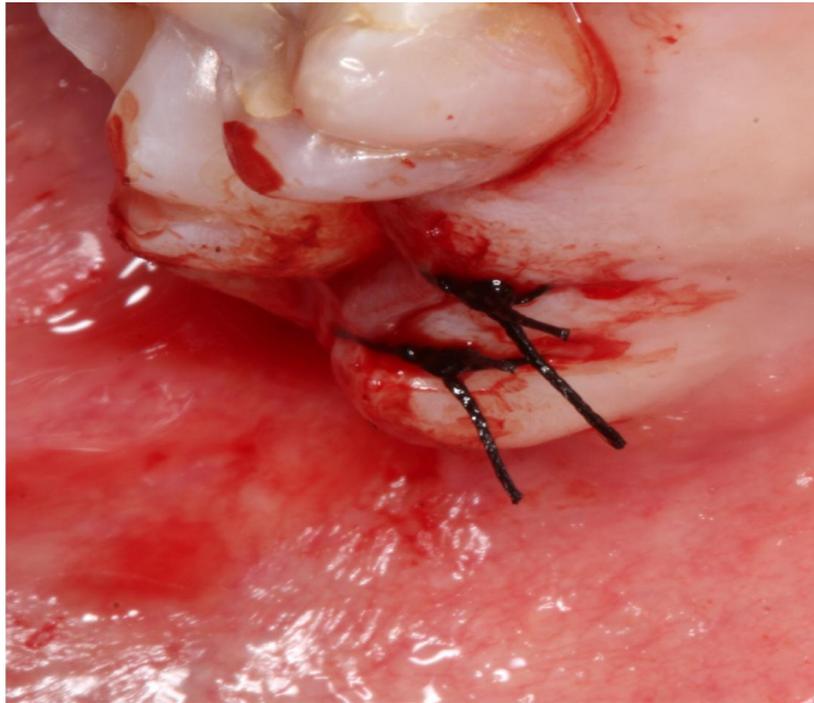
Passividade do retalho livre de tensão



Aplainamento da superfície radicular, removendo a camada de cimento exposta ao meio bucal



Remoção do degrau positivo da junção amelocementária para a melhor acomodação dos tecidos periodontais, posterior a cicatrização



Remoção na tuberosidade maxilar do enxerto de tecido conjuntivo através da técnica das incisões paralelas



Deseptelização do enxerto de conjuntivo



Adaptação do enxerto na área doadora



Suturas periostais e gengivais estabilizando o enxerto



Retalho tracionado coronalmente recobrimdo totalmente o enxerto e suturado



Aspecto clínico após 30 dias



Aspecto clínico após 30 dias, comparando o dente 13 onde foi empregado a cirurgia plástica periodontal e o dente 23 onde não foi empregada nenhuma terapia cirúrgica



Aspecto clínico após 90 dias

DISCUSSÃO

Os desnudamentos radiculares possuem diferenças quanto a sua etiologia. Geralmente perdas teciduais em várias faces de um dente possuem etiologia microbiana. Quando desnudamentos acometem somente uma face de um dente, na maioria dos casos o início e o desenvolvimento do defeito possui caráter traumatogênico. A Academia Americana de Periodontia em seus termos técnicos (2001) ainda afirma que as recessões podem ocorrer por conta de procedimentos cirúrgicos periodontais. Quando diagnosticadas, as recessões devem ser tratadas suprimindo a fator causador e posteriormente a correção pode ser feita. Afim de facilitar o prognóstico, várias classificações foram propostas.

A precursora foi a de Sullivan et al. (1968), que classificava as perdas teciduais marginais quanto sua altura e largura. A classificação é considerada profunda com mais de 3 milímetros de destruição periodontal no sentido cérvico-oclusal e larga com mais de 3 milímetros no sentido méso-distal. Em 1985, Miller propôs uma classificação de quatro classes, sendo a mais utilizada até os dias atuais, onde quanto mais severo for o defeito, maior será a classe. O autor ainda sustenta que recobrimentos possuem boa previsibilidade em classes do tipo I e II. Já classes do tipo III o recobrimento esperado será parcial e o tipo IV não possui previsibilidade de recobrimento.

Os recobrimentos radiculares têm como indicação: aumentar a espessura e altura tecidual afim de evitar a evolução do defeito e facilitar o controle do biofilme caseiro, recobrimento de abrasões cervicais e acima de tudo o fator estético. O fator psicológico e comportamental do paciente deve ser investigado, evidenciando qual é a real satisfação frente a provável expectativa de resultado final. A cooperação é fundamental. O profissional, durante a entrevista dialogada, deve diagnosticar o indivíduo como sendo paciente de risco, quando não cooperador. Geralmente tais pacientes são de tenra idade. Borghetti (2002) ainda acrescenta que em alguns casos, em pacientes jovens com pequenos defeitos marginais, apenas com o controle supragengival sistemático, os tecidos gengivais poderão se rearranjar, e com isto, a cirurgia plástica periodontal poderá não ser mais uma necessidade.

Um fator de risco ao insucesso do tratamento cirúrgico é o tabagismo. A literatura está bem solidificada no que diz respeito aos pontos negativos que o fumo trás ao periodonto. Brunetti et al. (2007) e de Sanctis et al. (2007) corroboram nos

pontos negativos acarretados pelo hábito de fumar, como maior incidência e severidade nas doenças periodontais; menor ganho de inserção após a terapia periodontal; menor taxa de sucesso após terapia cirúrgica periodontal; significativa alteração na ferida cirúrgica por conta da alteração da circulação sanguínea periférica e maior perda óssea em comparação com não-fumantes. O paciente do caso clínico não é tabagista, sendo este um ponto positivo.

Os critérios de decisão na escolha da técnica cirúrgica a ser realizada afim de tratar as recessões depende de alguns fatores essenciais, como o tipo de periodonto do paciente e a experiência clínica do profissional (Laney et al., 1992). Em relação ao caso clínico, pelas características das lesões do paciente, optou-se pela técnica do retalho posicionado coronalmente associado ao enxerto de conjuntivo. A literatura mostra que a determinada técnica apresenta excelentes índices de recobrimento, com significativo ganho em altura e espessura tecidual da área tratada. Em suma, é a técnica com maior indicação nas mais variadas situações clínicas.

Sanz et al. (2014) acompanhou em seu estudo 40 recessões unitárias de classe I e II de Miller, com profundidade das recessões variando de 2 a 6 milímetros, em região anterior da maxila, com pelo menos 1 milímetro de tecido queratinizado circundando a recessão, por um período de três anos. Os pacientes receberam tratamento periodontal prévio a cirurgia, até alcançarem saúde periodontal. O tratamento cirúrgico proposto foi o retalho posicionado coronalmente. Durante o exame final, após 36 meses, 34 das 40 recessões apresentaram recobrimento completo e o restante das recessões não apresentaram mais do que 1 milímetro de retração residual. Um ponto interessante do estudo foi que o maior ganho de tecido queratinizado foi justamente em dentes com maior profundidade da recessão. Isto pode ser explicado por conta da junção mucogengival regredir a sua posição original “pré-determinada geneticamente”, aumentando a quantidade de tecido marginal. Outra teoria é que após a colocação do enxerto, células derivadas do ligamento periodontal migram ao tecido conjuntivo do enxerto, formando tecido queratinizado e unindo o dente ao enxerto por um epitélio juncional longo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As recessões gengivais são destruições periodontais no sentido apical em relação a junção amelocementária, possuindo etiologia multifatorial. Estes defeitos geralmente levam o paciente a buscar tratamento por conta da hipersensibilidade dentinária cervical, sensibilidade gengival e, na esmagadora maioria dos casos, em virtude de questões estéticas. A indicação de correções dos defeitos gengivais deverá possuir cunho estético, visto que em hipersensibilidades dentinárias, por exemplo, poderão ser investidos procedimentos não-cirúrgicos, mais conservadores. Ademais, uma consideração importante é o fator psicológico, sendo que quanto mais exigente for o paciente, maior é o desafio e maior a chance da satisfação não ser alcançada.

Em virtude de sua grande prevalência, principalmente em adultos jovens, o periodontista deverá empregar coerência de atuação no tratamento das recessões, respeitando um planejamento cuidadoso e adequado. O primeiro passo impreterivelmente será tratar a origem do problema, para posteriormente tratar as sequelas. A etiologia está na presença de traumas mecânicos, geralmente agindo como fator co-destrutivo a inflamação. Logo, o objetivo terapêutico inicial se restringe a instrução de higiene oral adequada e o controle do biofilme bacteriano, atenuando as agressões ao periodonto. A melhor forma de higienização será a que melhor remover ou desagregar o biofilme, de forma atraumática aos tecidos periodontais, promovendo resultados compatíveis com saúde.

As condições de sucesso no recobrimento radicular dependem de vários critérios-chave, como controle dos fatores etiológicos, experiência técnica profissional, tipo da lesão, tipo do periodonto e cuidados pós-operatórios imediatos. Quanto maior for a superfície radicular a ser recoberta, menor será o índice de recobrimento total. Porém, os resultados poderão ser mantidos estáveis a longo prazo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Borghetti A, Monnet-corti V. Cirurgia plástica periodontal. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- 2- Brunetti MC, Fernandes MI, de Moraes RGB. Fundamentos da periodontia: teórica e prática. 1ed. São Paulo: Artmed, 2007.
- 3- Pini-Prato G, Nieri M, Pagliaro U, Giorgi TS, Marca M, Franceschi D, Buti G, Giani M, Weiss JH, Padeletti L, Cortellini P, Chambrone L, Barzagli L, Defraia E, Rotundo R. Surgical treatment of single gingival recessions: clinical guidelines. Eur J Oral Implantol 2014; 7(1): 9-43.
- 4- Løe H. Experimental gingivitis in man. J Clin Periodontol 1965; 36: 177-87.
- 5- Løe H, Anerud A, Boysen H, Morrison H. Natural history of periodontal disease in man. Rapid, moderate and no loss of attachment in Sri Lankan laborers 14 to 46 years of age. J Clin Periodontol 1986; 13(5): 431-45.
- 6- Lindhe J. Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- 7- Miller PD. A classification of marginal tissue recession. J Periodontics Restorative Dent 1985; 5 :8-13.
- 8- Greggianin BF, Haas AN, Oppermann RV. The incidence of gingival fissures associated with toothbrushing: crossover 28-day randomized trial. J Clin Periodontol 2013; 40: 319-326.
- 9- Pattison GL. Self-inflicted gingival injuries: literature review and case report. J Clin Periodontol 1983; 54: 299-304.
- 10-McGuire MK, Scheyer ET. Xenogeneic collagen matrix with coronally advanced flap compared to connective tissue with coronally advanced flap

for the treatment of dehiscence-type recession defects. *J Periodontol* 2010; 81(8): 1108-1117.

- 11-Cimões R, Gusmão ES, Donos N. Manual prático para cirurgia periodontal e periimplantar. 1ed. Nova Odessa, SP: Editora Napoleão, 2013.
- 12-American Academy of Periodontology. Glossary of periodontal terms. 4a ed. Chicago, 2001.
- 13-Sullivan HC, Atkins JH. Free autogenous gingival grafts. I. Principles of successful grafting. *Periodontics* 1968; 6: 121-129.
- 14-de Sanctis M, Zucchelli G. Coronally advanced flap: a modified surgical approach for isolated recession type defects. Three-year results. *J Clin Periodontol* 2007; 34: 262-268.
- 15-Laney JB, Jaunders VG, Garnick JJ. A comparison of two techniques for attaining root coverage. *J Periodontol* 1992; 63: 19-23.
- 16-Sanz 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. *J Clin Periodontol* 2014; 41(15): 92-97.