

Recobrimento radicular com associação de procedimentos plásticos e regenerativos – relato de caso

Paulo Fernando Mesquita de Carvalho, Robert Carvalho da Silva, Julio Cesar Joly

A Periodontia mudou o seu enfoque nos últimos anos, deixando de preocupar-se exclusivamente com a prevenção e o tratamento das doenças e passando a buscar alternativas efetivas para a reconstrução dos tecidos perdidos.

A recessão gengival é definida como a migração apical da margem gengival em relação à junção cimento-esmalte (JCE)¹⁰. Sem dúvida alguma, a presença de recessão gengival torna o sorriso menos atraente, representando uma queixa freqüente dos pacientes. No entanto, sua presença também pode estar associada a problemas funcionais como a hipersensibilidade cervical, lesões cervicais cárias e não cárias e maior probabilidade de acúmulo de biofilme⁵. As recessões podem acometer dentes isolados ou grupos de dentes adjacentes. Segundo Baker e Seymour¹, a etiologia dessas lesões está associada à inflamação produzida por acúmulo de biofilme ou por trauma de escovação, sendo encontrada em populações com alto e baixo índice de higiene bucal. Existem várias técnicas com o objetivo de recobrir a superfície radicular, e a previsibilidade delas está principalmente associada à altura do osso proximal⁴. Outros fatores, como quantidade de gengiva queratinizada, espessura gengi-

val, presença/ausência de lesões cervicais, altura e largura das papilas podem influenciar na decisão da técnica mais apropriada para o recobrimento das raízes expostas. Da Silva et al.⁹ observaram que a mesma quantidade de recobrimento radicular pode ser alcançada com o retalho colocado coronal (RCC) associado ou não ao enxerto subepitelial de tecido conjuntivo (ESTC), no entanto, se o aumento das dimensões gengivais (quantidade de gengiva queratinizada e espessura gengival) for desejável, a técnica combinada deve ser usada. Incisões verticais relaxantes são freqüentemente usadas para favorecer a elongação coronal do retalho, diminuindo sua tensão, que pode interferir com a estabilidade inicial da margem gengival e prejudicar o potencial de recobrimento⁷. Técnicas regenerativas utilizando materiais de preenchimento, membranas e proteínas derivadas da matriz do esmalte podem ser associadas aos procedimentos plásticos periodontais, modificando o padrão de relacionamento entre a parte interna do retalho e a superfície radicular, e favorecendo a formação de novo osso, cimento e ligamento periodontal^{2,4}.

No caso clínico apresentado, o paciente do gênero masculino, com 40 anos de idade, melanoderma

e com boa saúde geral, procurou atendimento com queixa de insatisfação estética e halitose. Ao exame clínico constatou-se doença periodontal crônica em alguns sítios e a presença de uma recessão gengival isolada no dente 23 (classe II de Miller). Devido à extensão da superfície radicular exposta, o planejamento cirúrgico considerou a terapia em 2 etapas. O primeiro procedimento foi realizado utilizando o retalho

posicionado coronal, com o desenho das incisões propostas por Pini Prato et al.^{6,8} associada à RTG. Após 3 meses foi conduzido o segundo procedimento, utilizando uma nova abordagem denominada técnica em “L”. O acompanhamento clínico e radiográfico após 3 anos demonstra a manutenção da estabilidade tecidual, sugerindo efetividade funcional e estética da associação das terapias plástica e regenerativa.



Figura 1 - Aspecto clínico inicial. Notar recessão gengival profunda no dente 23 em paciente com periodonto plano/espesso.



Figura 2 - Foto inicial demonstrando presença de cálculo e inflamação na margem gengival.



Figura 3 - Radiografia inicial sugerindo integridade da crista óssea proximal (mesial).



Figura 4 - Vista lateral demonstrando a projeção vestibular do dente 23.



Figura 5 - Delimitação da área de superfície radicular exposta.

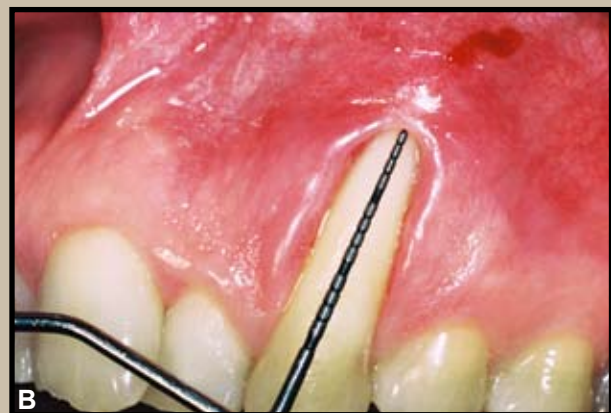




Figura 6 - Situação clínica após a condução da terapia básica.



Figura 7 - Incisões horizontais preservando papilas interdontais (2mm apical à JCE). Incisões verticais relaxantes até o fundo de vestibulo.



Figura 8 - Elevação do retalho de espessura parcial.



Figura 9 - Notar presença de defeito intra-ósseo nas regiões proximais após debridamento.

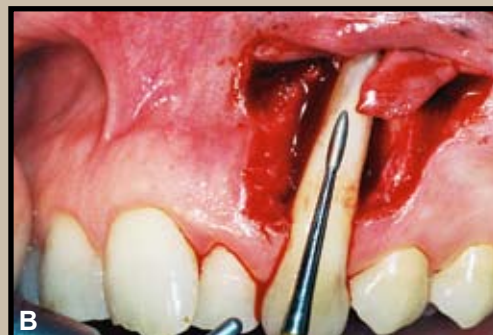
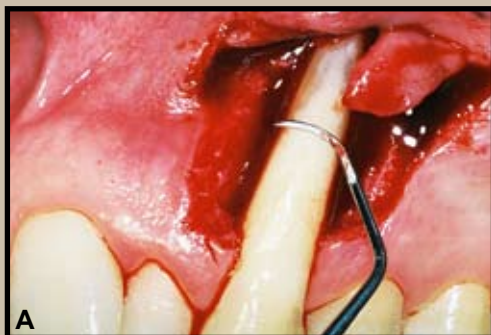


Figura 10 - Descontaminação da superfície radicular com instrumentação manual (Curetas Gracey 7/8 - Hu-friedy) e rotatória (brocas Perioset, Intensive Company, Philadelphia, USA).



Figura 11 - Preenchimento do defeito com esponja de colágeno (Hemospon, Corporación Dental H&T, CA) e colocação de Membrana reabsorvível (Colla tape, Zimmer Dental, Carlsbad, CA).



Figura 12 - Estabilização do enxerto de tecido conjuntivo na região cervical com suturas nas áreas adjacentes (Vycril 6.0, Ethicon. S.A., São Paulo, Brazil).



Figura 13 - Retalho posicionado coronal estabilizado com suturas em suspensório (cervical) e simples (incisões verticais) utilizando Vycril 6.0.



Figura 14 - Aspecto da reparação tecidual após 15 dias.



Figura 15 - Pós-operatório de 90 dias. Notar presença de recessão residual de 3mm.



Figura 16 - Segundo recobrimento radicular utilizando a técnica em "L", com incisão horizontal de 1 mm apical à junção amelo-cementária com extensão vertical até a região do fundo de vestibulo na distal.



Figura 17 - Elevação do retalho em espessura total.



Figura 18 - Liberação do retalho na porção apical e no lado contra-lateral da incisão, para conferir mobilidade tecidual e criação de espaço para colocação do enxerto de conjuntivo.



Figura 19 - Enxerto de conjuntivo suturado no retalho (Mesial) e no tecido gengival (Distal).



Figura 20 - Retalho posicionado coronalmente e estabilizado por suturas em suspensório e suturas simples. Notar o recobrimento 1 mm além da JCE.



Figura 21 - Pós-operatório de 7 dias. Notar boa integração tecidual neste estágio precoce de reparação.



Figura 22 - Pós-operatório de 90 dias, sugerindo a completa maturação tecidual.



Figura 23 - Acompanhamento clínico após 1 ano.



Figura 24 - Acompanhamento clínico após 2 anos.



Figura 25 - Acompanhamento radiográfico após 2 anos.



Figura 26 - Vista aproximada: **(A)** inicial; **(B)** 90 dias após a primeira cirurgia; **(C)** 90 dias após a segunda cirurgia; **(D)** 1 ano após a segunda cirurgia; **(E)** 2 anos após a segunda cirurgia.

Paulo Fernando Mesquita de Carvalho

- Especialista em Periodontia - FORP-USP e CTBMF - UNIFENAS.
- Mestre em Periodontia – CPO/SLM – Campinas-SP.
- Coordenador do Curso de Cirurgia Plástica Periodontal – ABO/Três Corações- MG.

Robert Carvalho da Silva

- Especialista em Periodontia – ABO-DF.
- Mestre e Doutor em Clínica Odontológica - Área de Periodontia - FOP-Unicamp.
- Coordenador do Curso de Especialização em Periodontia - EBO/SLM - Brasília-DF.

Julio Cesar Joly

- Mestre e Doutor em Clínica Odontológica - Área de Periodontia - FOP-Unicamp.
- Coordenador do Curso de Mestrado em Periodontia – CPO/SLM - Campinas-SP.
- Coordenador dos Cursos de Especialização em Periodontia e Implantodontia - EAP/APCD – Piracicaba – SP.

REFERÊNCIAS

1. BAKER, D. L.; SEYMOUR, G. J. The possible pathogenesis of gingival recession: a histological study of induced recession in the rat. **J. Clin. Periodontol.**, Copenhagen, v. 3, p. 208-219, 1976.
2. BURNS, W. T. et al. Gingival recession treatment using a bilayer collagen membrane. **J. Periodontol.**, Chicago, v. 71, no. 8, p. 1348-1352, 2000.
3. MILLER, P. D. A classification of marginal tissue recession. **Int. J. Periodontics Restorative Dent.**, Chicago, v. 5, no. 2, p. 8-12, 1985.
4. MODICA, F. et al. Coronally advanced flap for the treatment of buccal gingival recessions with and without enamel matrix derivate: a splith-mouth study. **Periodontol. 2000.** Copenhagen, v. 71, no. 11, p. 1693-1698, 2000.
5. NOVAES, A. B.; NOVAES JR., A. B. **Cirurgia periodontal com finalidade protética.** São Paulo: Artes Médicas, 1999.
6. PINI PRATO G. et al. Coronally advanced flap procedure for root coverage. Treatment of root surface: root planning versus polishing. **J. Periodontol.**, Chicago, v. 70, no. 9, p. 1064-1076, 1999.
7. PINI PRATO G. et al. Coronally advanced flap procedure for root coverage. Flap with tension versus flap without tension: a randomized controlled clinical study. **Periodontol. 2000.** Copenhagen, v. 71, no. 2, p. 188-201, 2000.
8. PINI PRATO, G. et al. Guided tissue regeneration versus mucogingival surgery in the treatment of human buccal gingival recession. **J. Periodontol.**, Chicago, v. 63, no. 9, p. 919-928, 1992.
9. SILVA, R. C. da; JOLY, J. C.; LIMA, A. F. de; TATAKIS, D. N. Root coverage using the coronally positioned flap with or without a subepithelial connective tissue graft. **J. Periodontol.**, Chicago, v. 75, no. 3, p. 413-419, 2004.
10. WENNSTRÖM, J. L. Mucogingival therapy. **Ann. Periodontol.**, Chicago, v. 1, p. 671- 701, 1996.

Endereço para correspondência

Paulo Fernando Mesquita de Carvalho
Praça Dr. Tristão Nogueira 116-D, Centro
CEP: 37.190-000 - Três Pontas - MG
E-mail: paulofernando@tpnet.psi.br