

RECOBRIMENTO RADICULAR ATRAVÉS DO RETALHO EM L REPOSICIONADO CORONALMENTE ASSOCIADO A ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO

ROOT COVERAGE THROUGH THE CORONAL REPOSITIONED L-SHAPED FLAP ASSOCIATED WITH CONNECTIVE TISSUE GRAFT

LETÍCIA DANTAS GROSSI¹, HELOISA CINTRA CARRILHO¹, VERUSKA DE JOÃO MALHEIROS PFAU², EDUARDO AUGUSTO PFAU^{3*}

1. Acadêmica do curso de graduação do curso de Odontologia da Universidade Paranaense; 2. Professora da Disciplina de Microbiologia e da Disciplina de Clínica Multidisciplinar da Universidade Paranaense; 3. Professor Doutor da Disciplina de Clínica Multidisciplinar do Curso de Odontologia da Universidade Paranaense- Campus Umuarama.

* Avenida Angelo Moreira da Fonseca 5651, Zona 1-A, Umuarama, Paraná, Brasil. CEP: 87504-050. epfau@prof.unipar.br

Recebido em 28/10/2019. Aceito para publicação em 21/11/2019

RESUMO

As demandas por tratamentos odontológicos para recessões gengivais estão aumentando cada dia mais, o comprometimento estético e a hipersensibilidade causada por essa alteração no periodonto é algo que causa muito incômodo na população de forma geral. Além de causar dor durante a mastigação e/ou escovação, pode ser um fator predisponente à cárie radicular. As recessões gengivais têm etiologia multifatorial e podem ser classificadas de acordo com o nível clínico de inserção das faces vestibular e interproximal segundo Cairo. Objetivo: O objetivo deste trabalho é relatar um caso onde foi realizado um enxerto gengival de tecido conjuntivo em um canino que apresentava recessão Classe RT1 segundo Cairo, através do retalho em L reposicionado coronalmente. Resultados: Essa técnica apresentou 100% de recobrimento radicular em recessões rasas Classe RT1 segundo Cairo. Conclusão: Essa técnica mostrou-se previsível e eficaz por oferecer um maior suprimento sanguíneo na região, favorecer a nutrição e minimizar os riscos de necrose do enxerto.

PALAVRAS-CHAVE: Recessão, tecido conjuntivo, recobrimento radicular.

ABSTRACT

The demand for dental treatments for gingival recessions is increasing daily, the aesthetic compromise and hypersensitivity caused by this change in periodontium is something that causes a lot of discomfort in the general population. Besides causing pain during chewing or brushing, it can be a pre-available factor for root caries. Gingival recessions have a multifactorial etiology and can be classified according to the clinical level of insertion of the buccal and interproximal faces according to Cairo. Objective: The objective of this paper is to report a case where a gingival connective tissue graft was performed in a canine that presented Class RT1 recession according to Cairo, through the coronal repositioned L-flap. Results: This technique presented 100% root coverage in Class RT1 shallow recessions according to Cairo. Conclusion: This technique was predictable and effective because it offers greater blood supply in the region, favors nutrition and minimizes the risk of graft necrosis.

KEYWORDS: Recession; connective tissue; root cover.

1. INTRODUÇÃO

A procura por tratamentos de recessões gengivais cresce a cada dia nos consultórios odontológicos. Essas alterações que afetam o periodonto são conceituadas como condições clínicas de deslocamento do tecido gengival marginal no sentido apical à junção amelocementária (JAC), que resultam na exposição da superfície radicular do dente¹. As recessões podem trazer danos estéticos e até mesmo funcionais aos pacientes, uma vez que normalmente são associadas a presença de cárie radicular, abrasão cervical e hipersensibilidade dentinária². Podendo estar localizada em um dente ou em um grupo de dentes, ou pode estar generalizada por toda a boca³. A etiologia das recessões gengivais é considerada multifatorial, sendo trauma de escovação e falta de higienização os fatores considerados determinantes para o surgimento dessa patologia. Além disso, placa bacteriana associada a outros fatores predisponentes como freios e bridas, oclusão traumatogênica, anatômicas relacionadas ao mau posicionamento dentário, ausência de gengiva inserida e fenótipo periodontal fino, também, podem contribuir para o seu desenvolvimento. Dessa forma é fundamental detectar a presença desses fatores causais e/ou predisponentes para pelo menos impedir a progressão das recessões⁴.

Um estudo recente descreveu uma classificação que tem como objetivo levar em consideração o nível clínico de inserção dos sítios vestibular e interproximal, dessa forma a surgiu:

Recessão tipo 1 (RT1): recessão gengival sem perda de inserção interproximal. JCE interproximal não clinicamente detectável na mesial ou distal. Recessão tipo 2 (RT 2): recessão gengival associada com perda de inserção interproximal. A quantidade de perda de inserção interproximal (medida desde a JCE na interproximal ao fundo de sulco/bolsa periodontal interproximal) é menor ou igual a perda de inserção vestibular (medida desde a JCE na vestibular até o fundo de sulco/bolsa periodontal vestibular). Recessão tipo 3

(RT 3): recessão gengival associada com perda de inserção interproximal. A quantidade de perda de inserção interproximal (medida desde a JCE na interproximal ao fundo do sulco/bolsa periodontal interproximal) é maior do que a perda de inserção vestibular (medida desde a JCE na vestibular até o fundo do sulco/bolsa periodontal vestibular)⁵.

O tratamento de recessões depende de muitos fatores como tamanho do defeito, presença ou ausência de tecido queratinizado adjacente ao defeito e espessura da gengival⁵. Diversas técnicas cirúrgicas têm sido descritas para obter cobertura das superfícies radiculares expostas, incluindo retalhos ²reposicionados coronariamente, enxertos pediculados, enxertos gengivais livres, enxertos de tecido conjuntivo subepitelial (CTG) e até métodos de reconstrução tecidual guiada (GTR)⁶. A aparência semelhante a tecidos moles circundantes torna o seu uso bem indicado para áreas estéticas⁷.

Atualmente, as técnicas de cobertura radicular envolvendo a utilização de enxerto de tecido conjuntivo autógeno ainda são consideradas as que apresentam melhores resultados, tanto no que se refere à porcentagem de cobertura radicular quanto no aspecto estético e de previsibilidade⁸. O enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (SCTG) é uma membrana autógena, que contém células mesenquimais e tem atividades osteogênica, condrogênica e osteoblástica⁹.

Considerando a importância dos procedimentos de recobrimento radicular como forma de melhora da saúde bucal nos aspectos estético e funcionais e sabendo da grande quantidade de opções de técnicas descritas na literatura, esse trabalho tem como objetivo apresentar e discutir, através de um relato de caso, a técnica do retalho em L reposicionado coronalmente associado a enxerto de tecido conjuntivo subepitelial usado para tratar a recessão tipo 1 (RT1) de Cairo em um canino superior esquerdo.

2. CASO CLÍNICO

Paciente, 22 anos, leucoderma, gênero feminino, compareceu a Clínica Odontológica da Unipar com queixa principal de problema estético e relatava sensibilidade ao ingerir líquidos gelados. Na anamnese a paciente relatou não ser fumante nem etilista e não apresentou nenhum comprometimento sistêmico. Após exame clínico inicial pode-se observar alteração na cor dos dentes anteriores e recessões nos caninos. Ela relata ter sofrido um trauma na região dos dentes anteriores, o que levou ao comprometimento estético desses dentes.

Após avaliação periodontal foi observado ausência de sangramento gengival e qualquer outro indício de doença periodontal, apenas foi notada, a presença de recessão de 3mm na vestibular do dente 23 porém sem apresentar perda óssea interproximal (Figura 1). Foi também realizado exames radiográficos complementares da região.

A recessão detectada no referido dente foi classificada como recessões tipo 1 (RT1) de Cairo,

recessão gengival sem perda de inserção interproximal, onde a JCE interproximal não se encontra clinicamente detectável, tornando um prognóstico favorável.



Figura 1. Extensão da recessão no elemento 23.

Antes da cirurgia, a paciente realizou antisepsia com bochecho de clorexidina 0,12% durante um minuto. Foi feita anestesia infiltrativa com mepivacaína à 2% + Epinefrina para obtenção de melhor hemostasia pelo efeito vasoconstritor. Com o auxílio de uma lâmina 15C foi realizado uma incisão em L na região distal do dente 23 (Figura 2) e em seguida o descolamento do tecido com o descolador de molt e o tunelizador (Figura 3).



Figura 2. Incisão em L.



Figura 3. Descolamento do tecido gengival com tunelizador.

Em seguida foi realizada desepitelização da papila com uma microtesoura, removendo todo o epitélio e deixando apenas o tecido conjuntivo (Figura 4).



Figura 4. Área da papila desepitelizada.

A descontaminação mecânica da superfície radicular exposta ao meio bucal foi realizada com o auxílio de cureta McCall 13/14 e em seguida foi realizada a descontaminação química da porção radicular exposta ao meio bucal com gel de EDTA a 24%, por 2 minutos.



Figura 5. Descontaminação química com gel de EDTA a 24%.

Preparo da área doadora:

Foi realizado um bloqueio do nervo palatino maior a fim de anestésiar a região de pré-molares e molares, onde foi feita a incisão para a remoção do tecido doador do tamanho da área que se pretendia recobrir no elemento 23 (Figura 6).

Nesse caso foi realizada a remoção de um fragmento de tecido gengival contendo epitélio conjuntivo. Posteriormente a remoção do tecido foi realizada, sobre a bancada, a retirada do epitélio deixando apenas o tecido conjuntivo. Optou-se por esse tipo de enxerto porque

apresenta maior quantidade de tecido conjuntivo fibroso e menor quantidade de tecido glandular e adiposo quando comparado ao enxerto removido pela técnica do retalho dividido (técnica de incisão única)¹⁰.

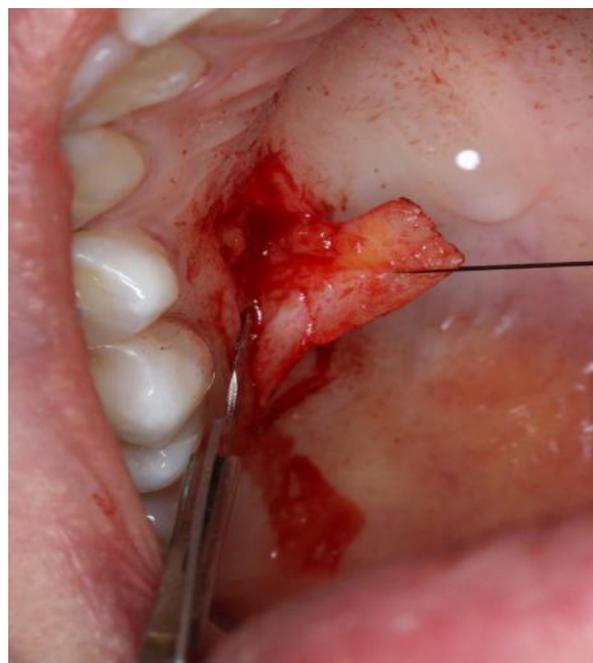


Figura 6. Remoção do tecido doador.

Após a remoção do tecido doador foi feita uma sutura em X quadrado com fio de Nylon 5.0 na região do palato e colocado por cima o cimento cirúrgico para proteger a área da ferida cirúrgica palatina.

Na área receptora foi preparada de forma que pudesse ser estabilizado através de sutura simples com fio polidioxanona (PDO) 5.0. (Figura 8).



Figura 7. Enxerto posicionado.

Em seguida o retalho foi dividido ficando sem tensão e reposicionado coronalmente (Figura 9).

No período pós-operatório, a paciente recebeu as orientações sobre os cuidados necessários e foi feita prescrição de amoxicilina 500mg, 3x ao dia durante 7 dias, nimesulida 100mg 2x ao dia durante 3 dias e

dipirona 1g 3x ao dia durante 3 dias. A paciente foi orientada retornar após 15 dias para a remoção da sutura e após isso (Figura 10) acompanhamento após 6 meses (Figura 11).



Figura 8. Aspecto final pós-operatório após a sutura.



Figura 9. Pós-operatório de 15 dias.



Figura 10. Acompanhamento de 6 meses após a cirurgia.

3. DISCUSSÃO

Em virtude de uma melhora na condição estética e dos parâmetros clínicos como extensão da recessão, nível clínico de inserção e quantidade de tecido queratinizada, diversas técnicas cirúrgicas tem sido propostas. Dentre elas pode-se citar; os retalhos posicionados coronalmente¹¹ retalhos posicionados lateralmente¹², enxertos gengivais livres¹³ e enxertos subepiteliais de tecido conjuntivo¹⁴. Mais recentemente,

foi recomendado para a prática clínica o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial associado ao retalho em L posicionado coronalmente. Essa técnica tem sido indicada para recessões isoladas consideradas com a extensão moderada, ou seja, com até 6 milímetros de exposição radicular¹⁵. Essa forma de abordagem cirúrgica, favorece a mobilização laterocoronar do retalho sendo bem indicada para recessões rasas e tendo o cuidado de realizar, sempre que possível, a incisão vertical na distal do elemento dental para reduzir a chance de cicatrizes fibrosas próximas à linha média. Tanto na técnica em "L" quanto no retalho colocado coronal modificado, após a realização do retalho misto (total próximo à margem e dividido, apicalmente), devemos desepitelizar as papilas para acomodar a porção interna do retalho. A sutura do enxerto pode ser isolada ou combinada com retalho. A associação do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial para áreas de comprometimento estético aumenta a longevidade do tratamento¹⁶. Essa técnica é considerada previsível e segura, apresentando excelentes resultados estéticos e sucesso do tratamento¹⁷. Com esta técnica o suprimento sanguíneo do enxerto é maximizado, pela sua característica bilaminar, fornecida tanto pelo periosteio como pela superfície do retalho posicionado sobre o enxerto¹⁸.

Com relação a áreas doadoras, algumas regiões intrabucais para a coleta de autoenxertos de tecido conjuntivo têm sido descritas na literatura, sendo que a mais comum é a região do palato próxima aos dentes segundos pré-molares, mas a tuberosidade maxilar e a região retromolar também são usadas. É importante destacar que para que se obtenha um bom desempenho clínico da retirada do enxerto de tecido conjuntivo, são necessários um entendimento fundamental da anatomia dos locais doadores e um bom conhecimento da integração dos tecidos e do processo de revascularização. A escolha do local adequado e mais indicado para remoção do enxerto depende da quantidade de tecido requerido, da indicação e das preferências e habilidade do operador¹⁹.

Nesse caso clínico foi observado que a técnica de remoção epitélio conjuntivo resulta em um enxerto de dimensões mais adequadas com a área a ser recoberta, além de ser uma técnica de fácil execução, reduzindo riscos ao paciente e consequentemente diminui a morbidade pós-operatória¹⁸.

4. CONCLUSÃO

A abordagem cirúrgica com a técnica em "L" modificada, mostrou-se efetiva para a resolução do caso de recessões classe RT1 de Cairo, favorecendo a maior flexibilidade, nutrição e reposicionamento coronário do retalho. Essa técnica apresenta ótimos resultados em áreas onde há comprometimento estético causado pela recessão, sendo bem indicada para recessões rasas. Além de reduzir as chances de cicatrizes no pós-operatório, oferece um maior suprimento sanguíneo na região e um menor risco de necrose do enxerto.

REFERÊNCIAS

- [1] Agudio G, Chambrone L, Prato GP. Biologic remodeling of periodontal dimensions of areas treated with gingival augmentation procedure: a 25-years follow-up observation. *Journal of Periodontology*, 2017; 88(7):634-642.
- [2] Falabella MEV, Alvarenga FFN, Segalla KBT, Adão SRL, Silva DG, Silva-Boghossian CM. Treatment of gingival recession in 2 surgical stages: free gingival graft plus coronally positioned flap. *General dentistry*, 2018; 66(1):58-61.
- [3] Nasser, KRP, Souza DM. Relação entre características mucogengivais e ocorrência de recessão gengival. *Braz J Periodontol*, 2012;22(4):72-78.
- [4] Kahn S, Menezes, CC de, Imperial RC, Leite J da S, Dias AT. Influência do biótipo periodontal na Implantodontia e na Ortodontia. *Revista Brasileira de Odontologia*, 2013; 70(1):40.
- [5] Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. *Journal of clinical periodontology*, 2011; 738(7):661-666.
- [6] Shanmugam M, Shivakumar B, Meenapriya B, Anitha V, Ashwath B. Clinical evaluation of expanded mesh connective tissue graft in the treatment for multiple adjacent gingival recessions in the esthetic zone. *Contemporary clinical dentistry*, 2015; 6(3):321.
- [7] Schmitt C M, Tudor C, Kiener K, Wehrhan F, Schmitt, J, Eitner, S et al. (2013). Vestibuloplasty: porcine collagen matrix versus free gingival graft: a clinical and histologic study. *Journal of periodontology*, 2013; 84(7):914-923.
- [8] Thoma DS, Beni GI, Zwahlen M, Hämmerle CH, Jung RE. A systematic review assessing soft tissue augmentation techniques. *Clinical oral implants research*, 2009; 20:146-165.
- [9] Siddeshappa ST, Bhatnagar S, Diwan V, Parvez H. Regenerative potential of subepithelial connective tissue graft in the treatment of periodontal infrabony defects. *Journal of Indian Society of Periodontology*, 2018; 22(6):492.
- [10] Bertl K, Pifl M, Hirtler L, Rendl B, Nürnberger S, Stavropoulos A. et al. Relative composition of fibrous connective and fatty/glandular tissue in connective tissue grafts depends on the harvesting technique but not the donor site of the hard palate. *Journal of periodontology*, 2015; 86(12):1331-1339.
- [11] Bernimoulin JP, Lüscher B, Mühlemann HR. Coronally repositioned periodontal flap. Clinical evaluation after one year. *Journal of Clinical Periodontology*, 1975; 2(1):1-13.
- [12] Bjorn H. Free transplantation of gingiva propria. *Swed Dent J*. 1963; (22):684-687.
- [13] Grupe HE, Warren RF. Repair of gingival defects by a sliding flap operation. *The Journal of Periodontology*, 1956; 27(2):92-95.
- [14] Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *Journal of periodontology*, 1985; 56(12):715-720.
- [15] Joly JC, Carvalho PFM, Silva, R. C de. Reconstrução tecidual estética: procedimentos plásticos e regenerativos periodontais e peri-implantares. *Artes Médicas*, 2010.
- [16] Joly JC, Carvalho PFM, Silva RC. Perio-implantodontia estética. São Paulo: Quintessence, 2015; p120-225.
- [17] Rodrigues DC, Alves R, Segundo TK. Emprego do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial no recobrimento radicular. *RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online)*, 2010; 58(1):115-118.
- [18] Cotter ADV, Berkeley B. Procedimentos de aumento gengival e recobrimento radicular (Doctoral dissertation, [sn]). 2011.
- [19] Zuchelli G. Técnica de Retirada do Enxerto Conjuntivo. In: *Cirurgia Estética Mucogengival*. Quintessence, 2012; 425-458.