

# ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO PARA CORREÇÃO DE SEQUELA APÓS BIÓPSIA EXCISIONAL: RELATO DE CASO

## CONJUNCTIVE TISSUE GRAFT FOR CORRECTION OF SEQUEL AFTER EXCISIONAL BIOPSY: CASE REPORT

DEOCLECIO SANTANA DE ALMEIDA<sup>1</sup>, CARLOS FREDERICO DE FARIAS BATISTA<sup>2</sup>, JOSÉ VICTOR LEAL ALVES<sup>1\*</sup>, MARIA GIOVANNA AMORIM DE ALBUQUERQUE<sup>1</sup>, SAULO RODRIGO TAVARES DE MORAES<sup>1</sup>

1. Acadêmico do curso de odontologia do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA); 2. Preceptor do centro de especialidades odontológicas (CEO) do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA).

\*Rua Amaro Joaquim de Santana, 54, Centro, Vertentes, Pernambuco, Brasil, CEP: 55770-000. [2016102012@app.asc.es.edu.br](mailto:2016102012@app.asc.es.edu.br)

Recebido em 20/12/2019. Aceito para publicação em 05/02/2020

### RESUMO

A biópsia é uma intervenção cirúrgica no qual se remove parte ou toda a lesão, examinando após tal procedimento as características histopatológicas do espécime. A recessão gengival é definida como o deslocamento da margem gengival apicalmente à junção amelocementária. dentre as técnicas cirúrgicas utilizadas para o recobrimento radicular, destaca-se o enxerto de tecido conjuntivo. Objetiva-se por meio deste, relatar o caso clínico de uma paciente atendida no centro de especialidades odontológicas em estomatologia, da faculdade de odontologia Asc-es-Unita, na qual a mesma apresentou um defeito em região de gengiva inserida após realização de biópsia excisional. A paciente relatava lesão em gengiva há quatro meses, sem sintomatologia, esta foi submetida a biópsia excisional e após o procedimento relatou sensibilidade na região, onde através do exame bucal foi visto a presença de uma exposição radicular. diante do quadro foi realizado o enxerto de tecido conjuntivo para correção do defeito gengival. Dessa forma observa-se que a utilização do enxerto subepitelial de tecido conjuntivo, com o objetivo de diminuir a exposição radicular apresenta-se como uma alternativa viável, com resultados previsíveis e estabilidade a curto e longo prazo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enxerto, tecido conjuntivo, cirurgia bucal, biópsia.

### ABSTRACT

The biopsy is a surgical intervention which is removing part or the entire injury, examining after such procedure as histopathological features of the specimen. Gingival recession is defined as the dislocation of the gingival margin apically to the cemento-enamel junction. Among the surgical techniques used for root coverage, the conjunctive tissue graft stands out. The objective of this study is to report the clinical case of a patient treated at the dental specialization center of stomatology of the Asc-es-Unita school of dentistry, in which she presented a defect in the gingival region inserted after excisional biopsy. The patient reported gum lesion for four months, without symptoms, she was submitted to excisional biopsy and after the procedure reported sensitivity in the region, where through oral examination the presence of root exposure was seen. In the face of this condition, conjunctive tissue graft was performed to correct the gingival defect. The use of subepithelial conjunctive

tissue graft to reduce root exposure is a viable alternative, with predictable results and short- and long-term stability.

**KEYWORDS:** Graft, conjunctive tissue, oral surgery, biopsy.

### 1. INTRODUÇÃO

A leucoplasia oral geralmente afeta pessoas acima dos 40 anos, com maior predomínio entre as quinta e sétima décadas. A prevalência aumenta gradativamente com a idade, especialmente para os homens aproximadamente 70%, com razão de 2:1. Todavia, tem sido observada uma diminuição na proporção de homens afetados ao longo dos últimos anos<sup>1</sup>.

A leucoplasia é uma lesão predominantemente branca, não removível a raspagem, maior parte dos casos associado ao tabagismo. Caracteriza-se por manchas e/ou placas de coloração branca, únicas ou múltiplas, assintomáticas. Mais comuns em mucosa jugal, gengiva e vermelhão do lábio. Lesões em língua e assoalho bucal e de distribuição múltipla costumam ter comportamento mais agressivo. São classificadas como não homogêneas quando misturam áreas vermelhas ou quando apresentam superfície irregular<sup>2</sup>.

As lesões orais podem apresentar diferentes origens, dentre elas: congênita, imunológica, bacteriana, viral, iatrogênica, traumática ou associadas aos hábitos de higiene. O diagnóstico de neoplasias benignas e malignas é cada vez mais presente nos consultórios, os quais são caracterizados por sua proliferação anormal e autônoma, sem a dependência e continuidade de novos estímulos<sup>3</sup>.

A biópsia deve ser realizada para avaliar microscopicamente a ocorrência de displasia epitelial ou de um carcinoma epidermoide em estágio inicial. Se a biópsia incisiva indicar presença de displasia epitelial, o ideal é remover toda a lesão. Casos com alterações mais brandas (hiperceratose, hiperplasia e acantose) podem ser preservados. Todos os pacientes devem ser submetidos a controle clínico periódico devido ao potencial de malignização. Os intervalos entre as consultas variam de 3 meses (casos com displasia) e 6 meses (sem displasia)<sup>4,5</sup>.

É fundamental que os pacientes sejam orientados a respeito da natureza potencialmente maligna da lesão e sobre a importância de suspenderem a exposição aos fatores de risco (fumo e álcool). Mudanças no tamanho, no aspecto superficial e na cor das lesões sugerem agravamento e/ou transformação maligna, indicando necessidade de reavaliação da conduta<sup>6</sup>.

A Academia Americana de Periodontia define a recessão gengival como deslocamento da margem gengival apicalmente à junção amelocementária. Dentre as suas implicações estão: hipersensibilidade radicular, impactação alimentar, conformação antiestética, dor, dificuldade na higienização e consequente controle de placa predispondo na evolução da doença periodontal<sup>7</sup>.

A recessão gengival, pode ser correlacionada com a faixa etária, características populacionais e a possíveis agentes etiológicos. Em populações que mantêm padrões elevados de higienização, a recessão encontra-se predominantemente nas faces vestibulares e nas populações com higienização precária, todas as superfícies dentárias podem estar afetadas. Pode-se considerar como fator primário da recessão gengival a inflamação gengival associada ao acúmulo de placa e/ou ao trauma de escovação<sup>8</sup>.

São conhecidos como agentes predisponentes secundários para recessão gengival pode-se citar: defeitos de deiscência óssea, movimentação ortodôntica, posição incorreta dos dentes, pequena porção de gengiva ceratinizada, inserção muscular atípica, já os iatrogênicos e biópsias são exemplos de fatores causais<sup>7</sup>.

As recessões gengivais podem ser classificadas da seguinte forma:

**Recessão Tipo 1 (RT1):** sem perda de inserção interproximal. Junção cimento-esmalte (JCE) interproximal não visível clinicamente na face mesial ou na distal.

**Recessão Tipo 2 (RT2):** perda de inserção interproximal, com distância da JCE ao fundo de sulco/bolsa considerado menor ou igual à perda de inserção vestibular (medida da JCE ao fundo de sulco/bolsa na vestibular).

**Recessão Tipo 3 (RT3):** perda de inserção interproximal, com profundidade da JCE ao fundo de sulco/bolsa superior a perda de inserção vestibular (medida da JCE ao fundo de sulco/bolsa na vestibular<sup>9</sup>).

O tratamento da recessão gengival por meio da cirurgia mucogengival tem sido extensamente pesquisada. O retalho deslocado coronariamente é uma possibilidade utilizada para corrigir retrações gengivais e pode ser realizado em uma única etapa, quando há uma faixa suficiente de mucosa queratinizada. Há alguns parâmetros para o êxito da técnica: presença de sulcos rasos nas superfícies proximais adjacentes, crista óssea interproximal próximo dos padrões de normalidade, nos dentes vizinhos a altura do tecido ósseo deve estar a, no máximo, 1mm da junção amelocementária. Vale ressaltar que a higiene oral realizada pelo paciente diariamente é um ponto crucial para o sucesso desse tratamento<sup>10,11</sup>.

O enxerto subepitelial de tecido conjuntivo inicialmente possuía como objetivo corrigir deformidades

do rebordo, posteriormente, o enxerto foi utilizado para conseguir recobrimento radicular em retrações isoladas ou múltiplas. Sua indicação está relacionada com recobrimento radicular, preenchimento de crista, espessamento gengival pré-protético, tratamento das discromias gengivais, reconstrução de papilas, cirurgia plástica periimplantar e criação de tecido queratinizado<sup>12</sup>.

Dentro desta concepção, o presente trabalho busca relatar um caso vivenciado no Centro de Especialidades Odontológicas do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA), no qual foi realizado um enxerto de tecido conjuntivo para tratamento de sequela após a realização de biópsia excisional na região do elemento dentário 26. Além disso, contribuir para a divulgação da técnica utilizada no tratamento de recessão gengival, assim como, outras opções viáveis.

## 2. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 60 anos, melanoderma, negou tabagismo e etilismo, sem hábitos deletérios, compareceu ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA), relatando “mancha branca próximo a um dente”, assintomática, com 4 meses de evolução. Durante o exame físico foi observado lesão em forma de placa, leucoplásica, superfície irregular, medindo 5mm por 10mm aproximadamente, a nível de gengiva inserida do elemento 26, de origem idiopática (Figura 1).

Diante do exposto a conduta inicial foi a realização da prescrição de propinato de clobetasol, porém não houve sucesso. Sendo assim, foi realizada a solicitação de exames pré-operatórios (hemograma, coagulograma e glicemia em jejum), baseado na anamnese, cuja mesma não relatava doenças sistêmicas.

Os exames realizados apresentavam-se dentro do padrão de normalidade, portanto, em seguida a paciente foi submetida a biópsia excisional da lesão. No transoperatório, em função do tamanho da lesão, foi removida parte significativa da gengiva inserida, deixando assim tecido ósseo exposto. Para recobrimento do mesmo, foi realizado o deslocamento coronal mucogengival, com incisões relaxantes bilaterais. No pós-operatório com 7 dias de evolução, foi observado um resultado insatisfatório, com pouca gengiva inserida, menos que 2mm e exposição de aproximadamente 3mm da raiz (Figura 2 e Figura 3). A partir desse momento foi decidido a realização de enxerto subepitelial de tecido conjuntivo, com objetivo de melhorar a espessura e altura de gengiva inserida, assim como, promover o recobrimento radicular.

Para realização do enxerto subepitelial de tecido conjuntivo, inicialmente foi realizado o preparo do leito receptor do enxerto (Figura 4, Figura 5 e Figura 6), obtenção do tecido conjuntivo do leito doador, onde os limites anatômicos foram respeitados, evitando contato com a artéria palatina (Figura 7, Figura 8 e Figura 9), suturas com fio mononylon 5-0 (Figura 10). Em seguida o paciente recebeu as orientações pós-operatórias e prescrição medicamentosa: amoxicilina de 500mg, de 8

em 8 horas por 7 dias; nimesulida, de 12 em 12 horas por 4 dias e dipirona sódica de 500mg, de 6 em 6 horas por 4 dias.



**Figura 1.** Lesão inicial.



**Figura 2.** Sete dias após a biópsia.



**Figura 3.** Exposição radicular após biópsia.

Paciente retornou com 7 dias para acompanhamento pós-operatório, ao exame físico a ferida apresentava-se com boa cicatrização, sem sinais flogísticos ou deiscência.

Foi então realizado a remoção parcial das suturas, optando-se por deixar apenas uma sutura que sustentava o enxerto, sendo esta última removida após 15 dias (Figura 11 e 12). A paciente permaneceu sendo acompanhada mensalmente por um período de 3 meses.

Decorrido esse tempo foi observado uma boa estabilidade do enxerto, boa espessura e altura, com coloração e aspecto semelhante a mucosa adjacente. E mantendo um satisfatório recobrimento radicular, atendendo assim as necessidades estéticas funcionais da

região. Durante a sondagem não observou-se presença de bolsa. Paciente recebeu alta.



**Figura 4.** Leito receptor



**Figura 5.** Leito receptor



**Figura 6.** Leito receptor.



**Figura 7.** Leito doador.



**Figura 8.** Leito doador.



**Figura 9.** Obtenção do enxerto subepitelial de tecido conjuntivo.



**Figura 10.** Pós-operatório imediato.



Figura 11. 15 dias pós enxertia.

Figura 12. 15 dias pós enxertia.



Figura 13. Resultado final.

### 3. DISCUSSÃO

De acordo com Zucchelli; Sanctis (2005)<sup>22</sup> durante muito tempo o enxerto gengival livre foi o procedimento cirúrgico mucogengival mais utilizado. Todavia, os dados que sustentam o seu uso quanto o recobrimento radicular, são limitados. De acordo com alguns autores o recobrimento radicular completo com esse tipo de enxertia é incomum e há possibilidade de um resultado estético final bastante insatisfatório<sup>14,15</sup>.

Nota-se a importância do conhecimento dos eventos biológicos para que se possa analisar as possibilidades de um possível tratamento cirúrgico e, uma vez indicado, saber eleger a técnica mais adequada, observando-se alguns fatores relevantes como: quantidade e qualidade da mucosa queratinizada, a dimensão da recessão, posição do dente na arcada e qualidade da superfície radicular<sup>12</sup>.

A diversidade de técnicas de cirurgia plástica periodontal para recobrimento radicular é bem diversificada, procedimentos como deslocamento coronal do retalho e algumas outras modificações usadas para dentes anteriores são rotineiramente aplicadas. O

deslocamento coronal do retalho por si só, proporciona bons resultados clínicos com uma boa previsibilidade<sup>13</sup>.

Segundo Palioto (2005)<sup>16</sup> dentre as indicações do retalho deslocado coronalmente para o recobrimento radicular de recessões de classe I de Miller, recessões de 2,5 a 4mm, cita-se as modalidades como: cirurgia periodontal regenerativa para cobertura radicular com utilização de membrana, preenchimento ósseo ou com biomaterial, cirurgia de implante para cobertura do sítio no estágio I. Contudo, a mesma técnica torna-se contraindicada para regiões com presença de freios e bridas, vestibulo raso, biótipo gengival fino e pouca quantidade de mucosa queratinizada e altura inferior a 3mm.

Com o aumento da demanda estética, houve um avanço nas opções cirúrgicas para o tratamento de recessões gengivais. Resultados satisfatórios com a utilização do enxerto subepitelial de tecido conjuntivo, têm sido apresentados em vários estudos clínicos, onde estes mostram que além do recobrimento radicular a técnica é efetiva para promover ganho de inserção e com um bom volume de tecido queratinizado<sup>17</sup>.

De acordo com Fontanari (2009)<sup>18</sup>; Ricaldi, Troger, Chapper, Chiapinotto (2003)<sup>19</sup> e Rossberg, Eickholz, Raetzke, Kruger (2008)<sup>20</sup> o enxerto subepitelial de tecido conjuntivo é uma boa técnica de escolha, pois proporciona melhores resultados estéticos e mínimo desconforto pós-operatório. Com relação à estabilidade dos enxertos, alguns estudos longitudinais apresentam resultados comprobatórios, mostrando que não ocorre perda adicional quando há rigoroso controle dos fatores predisponentes da recessão gengival e sim, ocorre aumento da faixa de tecido queratinizado.

Entre as vantagens do enxerto subepitelial de tecido conjuntivo pode-se citar uma eficaz cobertura radicular, a cor do enxerto torna-se semelhante à da mucosa adjacente, boa espessura, padrão de reparação adequado, tanto na área receptora como na área doadora. A contraindicação desta técnica diz respeito apenas ao procedimento cirúrgico em si, caso o paciente apresente alguma limitação sistêmica, onde a mesma impeça que o indivíduo seja submetido a tal procedimento<sup>1,21</sup>.

O enxerto subepitelial de tecido conjuntivo associado com o deslocamento coronal de retalho é o padrão ouro no tratamento de recessões gengivais, promovendo uma diminuição da superfície radicular exposta, ganho de inserção clínica e ganho de faixa de gengiva ceratinizada<sup>4, 22</sup>.

Como foi relatado por Buti, Nieri e Pagliaro (2014)<sup>22</sup>; Huber (2010)<sup>6</sup> dentre os parâmetros de sucesso clínico nas cirurgias do enxerto subepitelial de tecido conjuntivo para o tratamento das exposições radiculares, pode-se citar a realização de sondagem na área tendo como base a junção amelocementária, diminuição vertical da recessão e espessura do tecido queratinizado. Também deve ser considerada a textura tecidual, presença de cicatriz e coloração da mucosa.

No caso clínico apresentado, devido a exposição radicular causada pelo procedimento de biópsia excisional, optou-se pela realização do enxerto

subepitelial de tecido conjuntivo, levando em consideração características do periodonto (biótipo gengival), a presença de uma pequena faixa de tecido queratinizado localizada apicalmente a recessão, área doadora adequada, boas condições para nutrição do enxerto, além da condição sistêmica favorável da paciente.

#### 4. CONCLUSÃO

A realização de biópsias pode promover alguns efeitos deletérios para saúde periodontal do paciente, sendo assim o profissional deve possuir um conhecimento diversificado das demais técnicas cirúrgicas buscando promover um tratamento adequado, visando eliminar ou minimizar os efeitos negativos causados por uma determinada intervenção.

Dessa forma observa-se que a utilização do enxerto subepitelial de tecido conjuntivo, com o objetivo de diminuir a exposição radicular apresentada no caso mostrou sucesso, garantindo um bom resultado clínico, com estabilidade a longo prazo.

Vale ressaltar que o resultado positivo está intimamente relacionado com ao conhecimento e habilidade por parte do cirurgião dentista, com relação ao uso de técnicas adequadas a serem utilizadas em determinado caso, levando em conta a realização de um bom planejamento prévio, busca da indicação precisa, assim como, a etiologia do problema.

#### REFERÊNCIAS

- [1] Ramos RT, Paiva CR, Figueiras AMO, Silva Junior GO, Cantissano MH, Ferreira DC et al. Leucoplasia Oral: conceitos e repercussões clínicas. *Revista Brasileira de Odontologia* 2017. 74 (1):51-55.
- [2] Cruz, MCFN, Garcia JGF, Braga VAS, Lopes FF, Pereira ALA et al. Lesões brancas da cavidade oral-uma abordagem estomatológica. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre* 2009. 50(1):5-8.
- [3] Martins RB, Giovani EM, Villalb H. Lesões cancerizáveis na cavidade bucal. *Rev Inst Ciênc Saúde* 2008. 26(4): 467-76
- [4] Buti J, Baccini M, Nieri M, Marca M, Prato GPP. Bayesian network metaanalysis of root coverage procedures: Ranking efficacy and identification of best treatment. *J Clin Periodontol* 2013. 40(4):372-86.
- [5] Silva TFDA, Souza RBD, Rocha RD, Araújo FADC, Morais HHAD. Levantamento das biópsias realizadas no Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do curso de Odontologia da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial* 2011. 11(2):91-100.
- [6] Huber MA. White oral lesions, actinic cheilitis, and leukoplakia: confusions in terminology and definition: facts and controversies. *Clin Dermatol* 2010. 28(3):262-68.
- [7] 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):115-18.
- [8] Kassab MM, Cohen RE. The etiology and prevalence of gingival recession. *J Am Dent Assoc* 2003. 134 (2):220-25.
- [9] Steffens JP, Marcantonio RAC. Classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares: guia prático e pontos-chave. *Rev Odontol UNESP* 2018. 47 (4):189-97.
- [10] Duarte CA, Castro MVM, Pereira AL. Retração gengival: possibilidades cirúrgicas. In: Duarte CA, Castro MVM: *Cirurgia estética periodontal*. Livraria Santos Editora: São Paulo. 2004.
- [11] Bosshardt DD, Lang NP. The junctional epithelium: from health to disease. *J Dent Res* 2005. 84(1):9-20.
- [12] Nemcovsky C, Moses O, Artzi Z. Interproximal papillae reconstruction in maxillary implants. *Journal of periodontology* 2000. 17(2):308-14.
- [13] Zucchelli G, Sanctis M. Long-term outcome following treatment of multiple Miller class I and II recession defects in esthetic areas of the mouth. *J Periodontol* 2005. 76(12):2286-292.
- [14] Rocuzzo M, Bunino M, Needleman I, Sanz M. Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions: A systematic review. *J Clin Periodontol* 2002. 29(3):178-94.
- [15] Kerner S, Sarfati A, Katsahian S, Jaumet A, Micheal C, Mora F et al. Qualitative cosmetic evaluation after root-coverage procedures. *J Periodontol* 2009. 80(1):41-47.
- [16] Palioto DB. Recessões gengivais. In: Paiva J, Almeida RV: *Periodontia- a atuação clínica baseada em evidência científica*. 1ed. São Paulo: Artes Médicas. 2005.
- [17] Sanctis M, Zucchelli G. Coronally advanced flap: a modified surgical approach for isolated recession-type defects: three-year results. *J. Clin. Periodontol* 2007. 34(3):262-68.
- [18] Fontanari, L. Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial: uma alternativa em cirurgia plástica periodontal. *Rev PerioNews* 2009. 3(2):131-35.
- [19] Ricaldi, ACP, Troger B, Chapper A, Chiapinotto, GA. Enxerto conjuntivo subepitelial para correção de defeito de rebordo alveolar: relato de caso. *Stomatos* 2003. 9(17):21-28.
- [20] Rossberg M, Eickholz P, Raetzke P, Kruger PR. Long-term results of root coverage with connective tissue in the envelope technique: a report of 20 cases. *Int. J. Periodontics Restorative Dent* 2008. 28(1):19-27.
- [21] Venturim RTZ, Joly JC, Venturim LR. Técnicas cirúrgicas de enxerto de tecido conjuntivo para o tratamento da recessão gengival. *RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online)* 2011. 59 (1):147-52.
- [22] Cairo F, Nieri M, Pagliaro U. Efficacy of periodontal plastic surgery procedures in the treatment of localized gingival recessions. A systematic review. *J Clin Periodontol* 2014. 41(15):44-62.