

RECOBRIMENTO RADICULAR COM UTILIZAÇÃO DE ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO: REVISÃO DE LITERATURA

DI LORETO K. P. 1¹

ALVES N.C.N. 2¹

ROSA T.R. 3¹

CAPOROSI L.S. 2²

RESUMO

A etiologia da recessão gengival é multifatorial, em conjunto com o biofilme bacteriano dentário e decorrente de inflamação gengival, onde atuam: a oclusão traumatogênica, o trauma pertinente da escovação, da inserção alterada do freio labial, as características anatômicas locais relacionadas ao posicionamento dentário, a espessura da gengiva marginal e a altura da faixa de mucosa ceratinizada e tecido ósseo subjacente.⁵

Miller, em 1985, classificou as recessões para o correto diagnóstico e previsibilidade de resultado, independente do procedimento a ser realizado para reversão do quadro, em classes I e II possuindo bom prognóstico, classe III com expectativa de recobrimento parcial e classe IV mal prognóstico, sem expectativa e recobrimento.⁵

Palavras-chave: enxerto; tecido conjuntivo; recobrimento radicular.

ABSTRACT

The etiology of gingival recession is multifactorial, in association between a dental bacterial biofilm and resulting from gingival inflammation, where they act: traumatic occlusion, aggressive tooth brushing, high frenal attachment, position of the tooth, the thickness of the marginal gingiva and the height of the keratinized mucosa and underlying bone tissue.

Miller, in 1985, classified recessions for the correct diagnosis and predictability of outcome, independent of the procedure to be performed for reversion of the condition, in classes I and II with good prognosis, class III with expectation of partial recovery and class IV poor prognosis, without expectation and recovery.

Keywords: graft; connective tissue; root coverage

¹Estudantes do curso de Odontologia no UNIVAG – Centro Universitário de Várzea Grande.

²Professor(a) do curso de Odontologia do UNIVAG – Centro Universitário de Várzea Grande

1 INTRODUÇÃO

As recessões gengivais se caracterizam pela migração apical da margem gengival, com conseqüente exposição radicular, ou seja, um deslocamento apical da posição da gengiva em relação à junção cimento/esmalte. As recessões gengivais podem ser localizadas, afetando apenas um dente ou grupo de dentes ou generalizada, ocorrendo em toda a boca.⁵

Atualmente, a etiologia das recessões gengivais é considerada multifatorial e está relacionada à presença de fatores anatômicos que se predispõe á ação de fatores desencadeantes com a patogenia das recessões gengivais. Quanto aos fatores predisponentes, relacionados a anatomia dos tecidos, podem-se citar deiscências e fenestrações ósseas, cortical óssea delgada, ausência de tecido queratinizado, mau posicionamento dentário, bridas e freios de inserção alta.⁵

Os procedimentos de recobrimento radicular apresentam um aspecto importante na terapia periodontal, para correções de recessões periodontais com comprometimento estético, eliminação da sensibilidade radicular e redução do risco de desenvolvimento de lesões cariosas nas superfícies radiculares expostas.²

A terapia de áreas com recessão gengival pode ser feita de varias maneiras associando a manutenção periodontal a ajustes oclusais, reorientações na escovação dentária e procedimentos restauradores e cirúrgicos.⁷

A técnica de tecido conjuntivo subepitelial descrita atualmente é vista como uma ótima opção para correção estética de recessões gengivais múltiplas e possui como vantagens: a semelhança da coloração entre o enxerto e o tecido gengival adjacente, o favorecimento do suporte sanguíneo para o perióstio e para o enxerto no leito receptor, minimizando a probabilidade de necrose tecidual e o insucesso da técnica.⁷

O enxerto deve apresentar a vantagem de ter dupla vascularização, ou seja, do retalho e do leito suprapariosteal. A estabilidade cicatricial fornecida pela fibrina do coágulo e por suturas adequadas, é crucial para o resultado da cirurgia.³

2 METODOLOGIA DA PESQUISA

Foi realizado um intenso levantamento bibliográfico científico, para realização desta pesquisa. Para a coleta de dados serão utilizados artigos publicados no período de 2008 à 2018, assim como os tratados de periodontia clinica. Portanto, trata-se de pesquisa exploratória, qualitativa e quantitativa, e, com caráter descritivo.

O início da coleta dos dados foi realizado na primeira semana de maio e será supervisionada pelo professor orientador responsável.

3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Independente da modalidade do procedimento cirurgico empregado para obter recobrimento pelo tecido mole, uma profundidade rasa de sondagem residual, o ganho na inserção clinica e um aumento na altura gengival são características comuns do resultado do tratamento.⁶

A etiologia da recessão gengival é multifatorial, em conjunto com o biofilme bacteriano dentário e decorrente de inflamação gengival, onde atuam: a oclusão traumatogênica, o trauma pertinente da escovação da inserção alterada do freio labial, as características anatômicas locais relacionadas ao posicionamento dentário, a espessura da gengiva marginal e a altura da faixa de mucosa ceratinizada e tecido ósseo subjacente.⁷

A recessão periodontal está relacionada a vários fatores, tais como a presença de inflamação gengival, posicionamento e morfologia dentária, trauma de escovação e movimentação ortodôntica.²

O termo biótipo gengival corresponde a espessura gengival e ao tecido ósseo que envolve o dente, com variações entre os indivíduos, sendo mais finos em mulheres, quando comparado aos homens. Este pode ser dividido em: espesso e plano, fino e festonado, espesso e festonado, respondendo de diversas maneiras às agressões e traumas, inflamações e tratamentos restauradores.¹⁰

O fenótipo dos tecidos periodontais deve servir como parâmetro para que o profissional possa estabelecer uma abordagem cirúrgico-protética adequada para o alcance de um resultado estético e previsível. Na presença de uma gengiva fina, recomendam-se as técnicas que utilizam um aumento tecidual, como um enxerto de tecido conjuntivo gengival. Quando persiste tecido queratinizado apicalmente a recessão periodontal, as técnicas de reposicionamento coronal e lateral do retalho, associadas ou não ao enxerto de tecido conjuntivo gengival apresentam boa previsibilidade de sucesso.²

A técnica que utiliza um enxerto de tecido mole subepitelial, isto é, o tecido conjuntivo, envolve a colocação de um enxerto sobre a exposição radicular e a mobilização de um retalho mucoso que será movido coronária ou lateralmente para cobrir o enxerto.⁶

A recessão gengival foi classificada de acordo com a sua largura e profundidade: a categoria 1 se referia a uma recessão estreita e rasa; a categoria 2 seria uma recessão larga e rasa; a categoria 3 se enquadrava na recessão estreita e profunda, por fim, a categoria 4 que era uma recessão larga e profunda. Esta classificação, entretanto, não fornecia uma visão ampla e completa das recessões.⁵

Em 1985 Miller descreveu uma classificação útil dos defeitos de retração, levando em consideração o recobrimento radicular esperado que é possível obter:

- Classe I: retração do tecido marginal que não se estende até a junção mucogengival. Não há perda óssea nem de tecido mole interdentais.
- Classe II: retração do tecido marginal que se estende até ou além da junção mucogengival. Não há perda óssea nem de tecido mole interdentais.

- Classe III: retração do tecido mole que se estende até ou além da junção mucogengival. A perda óssea ou de tecido mole interdental é apical em relação à junção cimento-esmalte, porém coronária à extensão apical da retração do tecido marginal.

- Classe IV: retração do tecido marginal que se estende além da junção mucogengival. A perda óssea interdental estende-se até um nível apical em relação à extensão da retração do tecido marginal.

Enquanto o completo recobrimento radicular pode ser alcançado nos defeitos Classe I e Classe II, apenas um recobrimento parcial pode ser esperado nos defeitos Classe III. Os defeitos de retração Classe IV não são receptivos ao recobrimento radicular.⁶

Uma meta do tratamento periodontal é regenerar a perda do aparelho de inserção dos dentes. Portanto tornou-se evidente, durante a última década, que diversos procedimentos regenerativos têm potencial de corrigir não só a recessão gengival, através do aumento da largura e altura da gengiva inserida ou queratinizada, como também obter recobrimento radicular parcial ou completo.⁵

Existem diversas técnicas cirúrgicas para a cobertura de raízes desnudas, como enxertos gengivais, reposição lateral do retalho, reposição coronal do retalho, regeneração tecidual guiada e enxerto de tecido conjuntivo subepitelial. A técnica cirúrgica de recobrimento radicular a ser escolhida, geralmente, relaciona-se com as características clínicas do caso, preferência do operador, habilidade manual, classificação de recessões gengival, dentre outros.⁵

Neste Trabalho de conclusão, a técnica selecionada para aprofundamento foi à técnica de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial.

O procedimento cirúrgico é iniciado pelo preparo do leito receptor. A área receptora é preparada para eliminar primeiro o epitélio sulcular por meio de uma incisão com bisel interno. Depois um envelope é preparado apical e lateralmente à retração por meio de incisões divididas. A profundidade da preparação deve ser de 3 a 5 mm em todas as direções. São realizadas suturas para manter a posição do enxerto.⁶ (Fig. 1)

As papilas interdentais não foram incluídas no retalho.⁴

O enxerto de tecido conjuntivo subepitelial é retirado do palato ou do coxim retromolar pelo uso de uma abordagem em forma de “porta de alçapão”.⁶ (Fig. 2).

Na região compreendida entre o segundo pré-molar e o segundo molar superior, com espessura de aproximadamente 1,5mm. O enxerto é posicionado sobre o leito receptor (Fig. 3) e suturado com fio de nylon 5.0 (Fig.4)⁴.

Atualmente, dentre as opções de tratamento para o recobrimento radicular o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial ou submerso é o mais frequentemente utilizado. Isto se deve a maior quantidade de recobrimento em relação à observada com as técnicas cirúrgicas básicas e em função da previsibilidade de seus resultados. Sua indicação também envolve o preenchimento de crista alveolar, aumento de espessura gengival, tratamento de discromias gengivais, criação de papilas e cirurgia plástica periimplantar. Esta técnica quando combinada a um retalho de espessura parcial, permite duplo suprimento sanguíneo para o tecido enxertado e melhor combinação de cor.⁸



Fig. 1 - Preparo do leito receptor.
(Fonte: Arquivo pessoal)



Fig. 2 - Área doadora. Palato lado esquerdo (oposto ao enxerto).
(Fonte: Arquivo pessoal)



Fig 3 - Posicionamento do enxerto.
(Fonte: Arquivo pessoal)



Fig.4 - Sutura com fio de nylon 5.0.
(Fonte: Arquivo pessoal)

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento de recessões gengivais requer um planejamento cauteloso, relacionado diretamente com a identificação e reconhecimento da etiologia da recessão, além das características anatômicas da região. Na literatura são descritas varias técnicas cirúrgicas para o recobrimento radicular, a técnica descrita foi escolhida, pois aparece como principal indicação na abordagem do tratamento proposto.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- CASTRO, F. S., ZENOBIO, E. G., ARAÚJO, L. M. L., ABREU, F. A. M, **Viabilidade do derivado da matriz do esmalte no tratamento de recessões classes I e II de Miller**, Revista Perionews – jan/fev 2015.
- 2- CUNHA, F. A., **Decisão Quanto à Escolha da Técnica de Recobrimento Radicular: Relato de Caso Clínico**, UNOPAR, 2014.
- 3- FALABELLA, M. E. V., **Recobrimento radicular com enxerto de Tecido Conjuntivo**, fev 2015.
- 4- FEITOSA, D. S., **Indicações atuais dos enxertos gengivais livres**, RGO, Porto Alegre, abr/jun 2008.
- 5- LACERDA, A. C. Q., et al. **Recobrimento radicular pela técnica de Zucchelli e De Sanctis**, RGO, vol. 59, nº 2, Porto Alegre, abr/jun 2011.
- 6- LINDHE, J., L. e K., **Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral**. 5 . ed. RJ, 2010.
- 7- MELO, P. C. C., Soares, L. G., Falabela, M. E. V., **Recobrimento Radicular com Enxerto de Tecido Conjuntivo**, Revista perio News 2015.
- 8- OLIVEIRA, G. H. C, Soares, M. S., Borges, G. J., Fernandes, J. M. A., **Retalho Posicionado Lateralmente e Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial no Tratamento das Recessões Teciduais Marginais**, Rev Odontol Bras Central 2011.
- 9- RODRIGUES, D. C.; ALVES, R. ; SEGUNDO, T. K. **Emprego do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial no recobrimento radicular**. RGO, Rev. gaúch. odontol. (Online), Porto Alegre , v. 58, n. 1, mar. 2010.
- 10- SANTOS, G. P, QUEIROZ, A. P. G., **Vantagens do retalho posicionado coronalmente associado ao enxerto de tecido conjuntivo subepitelial e a proteína derivada da matriz de esmalte no recobrimento radicular**, Santos & Queiroz, 2017.