

ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO PARA TRATAMENTO DE RECESSÕES PERIODONTAIS: UM RELATO DE CASO

Connective tissue graft for the treatment of periodontal recess: a case report

Amanda Arruda Queiroz¹; Lorraine Ferreira Camilo²; Jonathan Primo Pereira Silva³;

1. Faculdade Morgana Potrich – FAMP, Acadêmica no Curso de Odontologia - Mineiros/ GO, Brasil. E-mail: amandaqueiroz.m@hotmail.com

2. Faculdade Morgana Potrich – FAMP, Acadêmica no Curso de Odontologia - Mineiros/ GO, Brasil.

3. Faculdade Morgana Potrich – FAMP, Professor no Curso de Odontologia - Mineiros/ GO, Brasil.

RESUMO - A recessão periodontal é um problema comum encontrado em vários pacientes, independentemente de seu nível de higiene oral, sendo ela uma lesão multifatorial que leva a grandes desconfortos como dores oriundas de hipersensibilidade e insatisfações estéticas. A informação a respeito desta alteração e sua causa é de suma importância para o paciente e o cirurgião dentista. Para que o tratamento seja eficaz, é necessária a retirada do fator etiológico, sendo o acúmulo de biofilme, maloclusões, entre outros. Existem diversas técnicas que são empregadas para o tratamento das recessões periodontais e que podem ser utilizadas para o recobrimento radicular. Entre as técnicas, o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial apresenta grande índice de sucesso terapêutico, fazendo com que o paciente consiga reestabelecimento do conforto, apresentando resultados estéticos satisfatórios, promovendo ganho clínico de inserção de tecido queratinizado e recobrimento radicular. Sendo assim, torna-se uma alternativa viável e altamente previsível para o tratamento das recessões periodontais, mostrando-se vantajoso, melhorando a nutrição do enxerto e eliminando a possibilidade de formação de cicatrizes e por fim, otimizando o aspecto estético final.

Palavras-chave: Periodontal, conjuntivo, enxerto, recessão.

ABSTRACT - Periodontal disease is a disorder in several patients, regardless of their level of oral hygiene, being a multifactorial lesion that leads to great discomfort such as pains due to hypersensitivity and aesthetic dissatisfaction. However, the information regarding this change and its cause is of paramount importance to the patient and the dentist surgeon. For the treatment to be effective, it is necessary to remove the etiological factor, being the accumulation of biofilm, malocclusions, among other factors. There are several techniques that are used on the treatment of periodontal recessions and can be used for root coverage. Among the techniques, the subepithelial connective tissue graft presents a great index of therapeutic success, causing the patient to achieve a reestablishment of comfort presenting satisfactory aesthetic results, promoting clinical gain of keratinized tissue insertion and root coverage. Thus, it becomes a viable and highly predictable alternative for the treatment of periodontal recess, proving to be advantageous, improving the nutrition of the graft and eliminating the possibility of scar formation and finally, optimizing the final aesthetic appearance.

Keywords:
Periodontal, connective, graft, recession.

INTRODUÇÃO

A recessão periodontal é a perda de inserção, que ocasiona o afastamento gengival e conseqüentemente a exposição das raízes dentárias, podendo acometer todos os quadrantes, dentes e faces correspondentes, causando danos a estética e desconforto ao paciente.^{1,2} A sintomatologia mais comum é a sensibilidade e a insatisfação estética. A recessão periodontal pode ser classificada de acordo com a classificação de Miller,³ Classificação de Bengue,⁴ Classificação de Sullivan & Atikins.⁵ Esta possui etiologia multifatorial, sendo predisponentes ou causais.⁶ Deste modo, cada alteração requer uma forma de tratamento adequada.

Há diversas formas de recobrimentos radiculares, o tratamento com enxerto de tecido conjuntivo é uma alternativa mais eficaz comparado ao enxerto gengival livre, proporcionando maior estética aos pacientes.⁷ O procedimento apresenta resultado clínico favorável, melhor inserção, maior estética devido à coloração, facilidade de vascularização e a área doadora não fica exposta.⁸ Antes de dar início ao tratamento é essencial o diagnóstico definitivo da lesão, e por apresentar similaridades a outras patologias é imprescindível que o cirurgião dentista utilize vários meios para chegar a este fim. Como exemplo, deve ser realizada a anamnese, exame físico e exame radiográfico.⁹

Neste sentido, o trabalho visa realizar um relato de caso sobre uma das técnicas de tratamento de recessão periodontal, em um paciente de 37 anos de idade que apresenta este tipo de quadro clínico, sendo o método de escolha o enxerto de tecido conjuntivo.

RELEVÂNCIA CLÍNICA

O enxerto de tecido conjuntivo vem sendo muito utilizado na atualidade para reestabelecer a harmonia do sorriso e proporcionar aumento na autoestima e conforto ao paciente, porém o protocolo clínico deve ser rigorosamente seguido para que o sucesso ao término do tratamento seja alcançado.

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

O relato a seguir foi autorizado pelo paciente e professor orientador. Paciente A.J.F.J leucoderma, gênero masculino, 37 anos de idade apresentou hipersensibilidade e desconforto estético no elemento 24. A anamnese foi executada de forma minuciosa obtendo todos os dados necessários, como história médica, odontológica, antecedentes hereditários, hábitos e vícios.

Paciente relatou que foi submetido à um procedimento no qual não foi suficiente para o recobrimento total do elemento dental, necessitando de um novo tratamento. No exame clínico e durante a inspeção intrabucal observou-se a falta de tecido periodontal recobrindo a raiz do elemento citado anteriormente, classificado como Classe II de Miller. Foi executado alisamento

radicular e sondagem periodontal, onde não apresentou bolsas periodontais, periodonto estava aparentemente saudável, radiograficamente o paciente não apresentou alteração óssea na área do enxerto e estava apto a ser submetido a um novo procedimento cirúrgico.

Procedimento clínico

Para início do procedimento cirúrgico foi necessário a avaliação da recessão periodontal com sonda milimetrada, resultando em 8 mm de largura e 9 mm de altura, havendo a necessidade de acréscimo de 2 mm em cada medida para confecção do retalho e obtenção do enxerto.

A área receptora foi preparada com incisões verticais e horizontais, com lâmina de bisturi número 15c, realizando 2 incisões relaxantes, sendo uma na distal do canino e outra na mesial do primeiro molar. A incisão horizontal foi feita preservando as papilas, entre os dentes 23,24,25,26. Após as incisões, o retalho dividido foi rebatido até o nível da linha muco gengival para dar mobilidade ao tecido, não expondo periosteio. Este tipo de retalho auxilia na cicatrização e fixação do tecido. Com a utilização de gengivótomo de Kirkland foram removidos alguns fragmentos de tecido nas papilas com intuito estético.

Para o preparo da área doadora (palato), foi escolhida a técnica do envelope para a remoção do tecido conjuntivo, confeccionando um mapa no tamanho necessário para obtenção do enxerto, perfurando os pontos sangrantes como guia das incisões, com sonda milimetrada. Inicialmente, foram realizadas 4 incisões superficiais na camada epitelial, aprofundando 3 incisões a nível ósseo, utilizando lâminas de bisturi 15c. O tecido epitelizado foi descolado com descolador de Molt simples para alcançar o tecido conjuntivo, separando e removendo o mesmo, obtendo o tecido para enxerto e remanejamento. A hemostasia foi feita com compressa de gaze durante 5 minutos para conter o sangramento.

O Enxerto foi posicionado na área receptora de forma desejável recobrindo a recessão periodontal e suturando o mesmo nas papilas para sua fixação. O retalho rebatido foi reposicionado sobre o enxerto e as suturas foram realizadas com fio reabsorvível número 4.0. A síntese do palato foi realizada com fio de nylon número 4.0.

No pós-operatório, o paciente recebeu uma via do receituário contendo as informações e cuidados necessários. Foi receitado Nimesulida 100 mg de 12 em 12 horas por 3 dias, dipirona 500 mg a cada 6 horas enquanto houver dor e digluconato de clorexidina 0,12% para limpeza da cirurgia. Paciente foi orientado a não praticar esforço e atividade física, não fazer bochechos vigorosos, higienizar a área operada com gaze e clorexidina, evitar escovação e uso de fio dental no local por uma semana. Após esse período, foi orientado realizar leves bochechos com a solução até 14 dias e escovação leve com

escova de cerdas macias. O paciente estava ciente dos riscos e benefícios do procedimento cirúrgico.

Riscos e benefícios

Dor e sangramento no pós-operatório e possíveis incômodos durante o procedimento, infecção e perda do enxerto por não ter irrigação sanguínea adequada e aumento da exposição radicular, mesmo que seja raro. Através da intervenção cirúrgica o paciente pode obter benefícios

Sequência clínica



Figura 1 – Aspecto inicial da recessão periodontal no elemento 24. **Fonte:** o autor.



funcionais, como ganho na saúde periodontal dos dentes envolvidos e também estéticos.

Figura 2; – Radiografia panorâmica. **Fonte:** o autor.

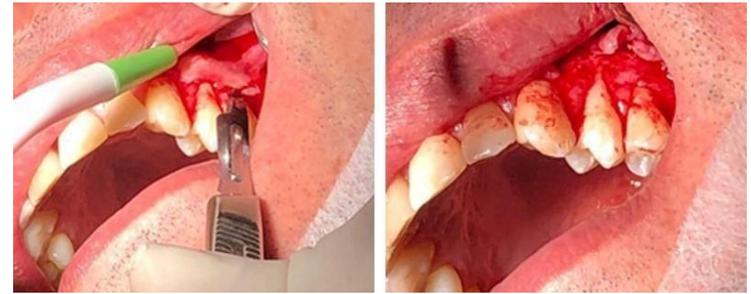


Figura 5; 6; – Preparo da área receptora, retalho dividido. **Fonte:** o autor.



Figura 3; 4; – Medindo a recessão periodontal **Fonte:** o autor.

Figura 7; 8; 9; 10; - Preparo da área doadora: Uso do mapa confeccionado; pontos sangrantes e incisões. **Fonte:** o autor.

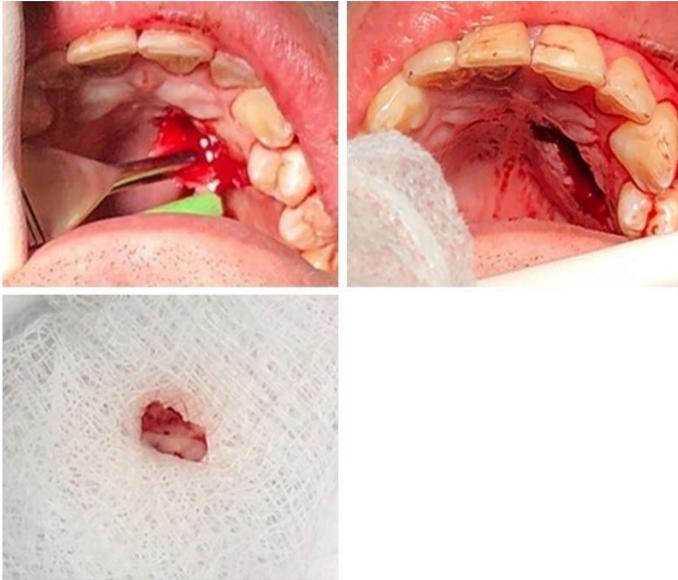


Figura 17; 18; - Caso finalizado após 30 dias (vista lateral e oclusal). **Fonte:** o autor.

Paciente apresentou-se satisfeito com o pós-operatório, reduzindo a sensibilidade, recobrimo 50% da recessão periodontal, visto que o enxerto de tecido conjuntivo se mostrou de modo eficaz para recobrimento considerável de recessões periodontais de Classe II de Miller, reduzindo a área exposta e consequentemente os sintomas, como dor e desconforto estético.

Figura 11; 12; 13; - Descolamento do epitélio, tecido conjuntivo, obtenção do enxerto. **Fonte:** o autor.



Figura 14; - Início da síntese do enxerto. **Fonte:** o autor.



Figura 15; 16; - Caso finalizado após sete dias (vista lateral e oclusal). **Fonte:**

DISCUSSÃO

A recessão periodontal é a migração do tecido gengival em relação à margem apical do elemento dental, causando o desnudamento radicular. Esta lesão pode ser observada em locais específicos ou de forma generalizada na cavidade bucal, podendo causar desconforto estético e hipersensibilidade.^{10,11,12}

O sintoma mais comum da recessão periodontal é a hipersensibilidade e insatisfação estética, causando desconforto ao falar e sorrir. A sensibilidade ocorre devido a exposição radicular, colocando este a estímulos diretos com o meio bucal. Em diversas vezes, a doença pode ser correlacionada com lesões cervicais não cáries, expondo a dentina e quando combinadas (recessão periodontal e lesão cervical não cáries) o quadro de desconforto e sensibilidade pode ser maior.^{13,14,12}

Pacientes com quadro clínico de grande sensibilidade dentária provocada pela exposição radicular, podem negligenciar a higienização, sendo induzido a um risco de lesão de cárie, podendo também intensificar o grau da lesão.^{15,16}

A recessão periodontal possui etiologia multifatorial, possuindo fatores predisponentes como: deiscência óssea; fenestração óssea; cortical óssea fina; altura da mucosa ceratinizada e espessura da margem gengival livre; mal posicionamento dentário; vestibulo raso; freios e bridas anormais. Os fatores causais são: trauma mecânico; trauma oclusal; inflamação; espaço biológico atingido; componentes da

prótese removível que comprime estruturas anatômicas; má adaptação de prótese fixa; tratamento ortodôntico ineficaz; lesões cervicais não cariosas (LCNC); hábitos deletérios.⁶

O fator mais comum para a recessão periodontal é a inflamação gengival associada ao acúmulo de placa e trauma de escovação. Contudo, existem fatores predisponentes secundários que podem causar a migração do periodonto, como o posicionamento incorreto dos dentes, fatores iatrogênicos e inserção muscular atípica.¹¹

Em relação a epidemiologia, os homens apresentam maior índice de recessões periodontais quando comparado às mulheres, com idade de 31 a 50 anos em geral.¹⁷ De maneira oposta, há estudos que relatam predomínio em mulheres, com faixa etária de 18 a 29 anos e em homens de 30 a 39 anos.¹²

A recessão periodontal está realmente relacionada à idade do indivíduo, ao hábito de fumar, à presença de doenças sistêmicas e à frequência do tratamento periodontal.¹⁵ Em concordância, os autores relatam que a prevalência, extensão e severidade aumentam com a idade, provavelmente devido ao maior período de exposição aos agentes causadores.²²

Tratando-se de elementos dentais, os mais acometidos são os molares superiores e com menor percentual, os incisivos e caninos inferiores.¹² Todavia, existem relatos que o maior índice é em primeiros pré-molares superiores¹⁸ e em segundos pré-molares.²⁰

Para o tratamento das recessões periodontais a técnica de enxerto de tecido conjuntivo é a mais viável atualmente.^{11,21}

Pesquisas mostraram que os tratamentos realizados com o tecido conjuntivo recobriram 100% das recessões periodontais rasas, 92% para as recessões moderadas e 88% para as recessões profundas.¹¹ Outros estudos confirmam que diferentes técnicas de enxerto de tecido conjuntivo possuem grande satisfação clínica para o tratamento de recessões periodontais. Cerca de 70% a 80 % destas lesões possuem tratamento eficaz e satisfatório independentemente da técnica cirúrgica escolhida.¹⁶

A técnica envelopada é uma das técnicas mais utilizadas atualmente para recobrimentos radiculares, ela serviu como referência para várias outras técnicas, tendo como vantagem preservação das papilas, ganhando maior suprimento sanguíneo não possuindo a presença de incisões relaxantes, contudo as relaxantes favorecem a movimentação do retalho para o recobrimento integral do enxerto.¹¹

O enxerto de tecido conjuntivo possui grande índice de sucesso terapêutico devido ao duplo suprimento sanguíneo, onde o enxerto fica entre o retalho e a superfície radicular, contribuindo para melhor cicatrização, fixação e adaptação do mesmo, além de aumentar o tecido queratinizado. Este tratamento possui melhor estética final em relação ao enxerto gengival livre, que por sua vez possui coloração pálida após a cicatrização.¹¹

O enxerto gengival livre possui vantagens como aumento tecidual em altura e espessura, contudo a área doadora possui riscos e complicações devido a sua cicatrização por segunda intenção. A técnica de enxerto conjuntivo possui vantagens como rápida cicatrização da área receptora e doadora, além de proporcionar recobrimento satisfatório.²¹

APLICAÇÃO CLÍNICA

A utilização da técnica de enxerto conjuntivo é uma ótima opção para corrigir exposição radicular em pacientes que não desejam técnicas de tratamento paliativo, e sim um tratamento que possa oferecer um resultado definitivo.

A aplicação da técnica pode ser indicada para problemas estéticos, hipersensibilidade, lesões cervicais não muito extensas, necessidade de melhorar as condições de higienização, preservação e aumento de gengiva ceratinizada, casos de abrasões cervicais, interrupção da progressão das recessões e prevenção pré-movimentos ortodônticos.

O procedimento cirúrgico colabora com excelentes resultados estéticos e com a autoestima do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Posto que a recessão periodontal acomete diversos indivíduos no decorrer dos anos, é válido lembrar que o cirurgião dentista deve intervir de forma eficaz e proporcionar bem-estar ao paciente, uma vez que esta alteração causa desconforto, sensibilidade e prejudica a estética. Cada paciente possui suas particularidades, o enxerto de tecido conjuntivo é uma ótima escolha para tratamento de recessões periodontais. Uma vez que está lesão pode ter causas multifatoriais, o cirurgião dentista deve remover o fator causal e posteriormente executar o procedimento. O profissional responsável deve ter conhecimento das técnicas disponíveis, optar pelo método que favoreça a situação do indivíduo, executando o tratamento de escolha de forma adequada, trazendo satisfação e conforto ao paciente.

REFERÊNCIAS

- 1 - Cardoso RJA, Moura AAM, Antoniazzi JH. Avaliação in vitro da qualidade do vedamento marginal cervico-apical de alguns agentes cimentantes utilizados na fixação do retentor intra-radicular (Cytco). *RPG Rev Pos-Grad.* 1997;4(1):7-13.
- 2 - Yared KFG, Zenobio EG, Pacheco W. A etiologia multifatorial da recessão periodontal. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial.* v. 11, n. 6, p. 45-51, nov./dez. 2006.
- 3 - Borghetti A, Monnet Corti V. *Cirurgia Plástica Periodontal.* 2. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.

- 4 - Manil A, James A. Classifications for Gingival Recession: A Mini Review. Galore International Journal of Health Sciences and Research. India. V3. n: 1. Jan.-March 2018.
- 5 - Lindhe J, Karring T, Araújo M. Clinical periodontology and implant dentistry : The Anatomy of Periodontal Tissues. 5ªed. USA: Blackwell Munksgard (2008).
- 6 - Wennstrom JL. Mucogingival therapy. Ann Periodontol. Gotemburgo, n.1, v.1, p.671- 701, November 1996.
- 7 - Wolf HF, Rateitschak EM, Rateitschak KH. Periodontia 3edição revista e ampliada. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- 8 - Allen AL. Use of the supraperiosteal envelope in soft tissue grafting for root coverageI. Rationale and technique. Int J Periodontics Restorative Dent. v.14 n.3 p.17-27. jun. 1994;
- 9 - Waldron CA, Shafer WG. The central giant cell reparative granuloma of the jaws: An analysis of 38 cases. Am J Clin Pathol, v.45, n.4, p.437-447, 1996.
- 10 – Zaccara IM, Varela HÁ, Morais MHST, Menezes KM, Costa ANF, Gurgels BSCV. Previsibilidade do recobrimento radicular de recessão gengival classe III de Miller – Uma revisão de literatura. Braz J Periodontol. Natal - RN, v.23, n.03, p.58-64, setembro 2013.
- 11 – Venturim RTZ, Joly JC, Venturim LR. Técnicas cirúrgicas de enxerto de tecido conjuntivo para o tratamento da recessão gengival. Rev Gaúcha Odontol., Porto Alegre, v.59, p. 147-152, jan./jun., 2011
- 12 – Andrade LS, Silva BGN, Palhari FTL, Souza DM. Avaliação das recessões gengivais em adultos periodontalmente saudáveis. Braz J Periodontol, R. Periodontia. São José dos Campos – SP, v.23 n.01 p.45-50 March 2013.
- 13 - Guimarães G, Romano TG, Nardo AP, Aleixo RQ. Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial para tratamento da recessão gengival classe II – Relato de caso. Saber científico odontológico Porto Velho. v.2 n.1 p. 84 - 94, jan./jun., 2012.
- 14 – Borghetti A, Monnet- Corti V. Cirurgia Plástica Periodontal. 2. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.
- 15 – Furlan LM, Sallum AW, Sallum EA, Nociti JR FH, Casati MZ, Ambrosano GMB. Incidência de recessão gengival e 16 - hipersensibilidade dentinária na clínica de graduação da FOPUNICAMP. R. Periodontia. Piracicaba – SP, v.17, n.1, p.53-61. março 2007.
- 16 – Landim FS, Andrade KHM, Freitas GB, Xavier JC, Santos SC, Alves RV. Enxerto subepitelial de tecido conjuntivo para recobrimento radicular. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac. Camaragibe – PE, v.9, n.4, p. 31 - 38, out./dez.2009.
- 17 – Vahkalahti M. Occurrence of gingival recession in adults. J Periodontol. 1989; 60:599-603.
- 18- Nasser KRP, Souza DM. Relação entre características mucogengivais e ocorrência de recessão gengival. R. Periodontia. v.22 n.4 p. 72-78, 2012.
- 19 – Marini MG, Greghui SLA, Passanezi E, Santana ACP. Gingival recession: prevalence, extension and severity in adults. J Appl Oral Sci. Vera Cruz – SP 2004; v.12, n.3, p. 250255.
- 20 – Rios FS, Costa RSA, Moura MS, Jardim JJ, Maltz M, Hass AN. Recessão gengival em uma população de adultos Brasileiros: Prevalência, extensão e fatores associados. Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre, v. 54, n.1-3, p. 35-45, jan./dez., 2013
- 21 – Kato Segundo T, Alves R. Emprego do Enxerto Gengival Epitélio- Conjuntivo no Recobrimento Radicular. RGO, P. Alegre, v. 54, n. 1, p. 81-83, jan./mar 2005.
- 22 – Khocht A, Simon G, Person P, Denepitiya JL. Gingival recession in relation to history of hard toothbrush use. J Periodontol; 1993; 64:900-905.