

Deslocamento coronário de retalho com tecido conjuntivo interposto para cobertura radicular

Coronally advanced flap with connective tissue for the Treatment of Gingival Recession

Hsu Shao Feng

Especialista, mestre e doutor em Periodontia - Professor do curso de atualização e especialização em Implantodontia na Universidade Paulista (Unip) e Hospital Militar da Área de São Paulo (Hmasp)

Luiz Carlos Magno Filho

Especialista em Estomatologia e em Implantodontia - Professor assistente dos cursos de atualização e especialização em Implantodontia da Unip

Suzana Peres Pimentel

Doutora em Periodontia - Professora titular da Disciplina de Periodontia da Unip

Márcio Zaffalon Casati

Livre docente em Periodontia pela Universidade Estadual de Campinas - Professor titular da Disciplina de Periodontia da Unip

Fabiano Ribeiro Cirano

Doutor em Periodontia - Professor titular da Disciplina de Periodontia da Unip

Autor para correspondência:

Hsu Shao Feng
Rua Apeninos, 930 - Cj. 172
Paraisópolis - São Paulo - SP
04104-020
Brasil
robertohsu@yahoo.com.br
robertohsu@hotmail.com

RESUMO

Hoje em dia é muito comum nos depararmos com pacientes que apresentam queixas estéticas e algicas relacionadas a sequelas de uma retração gengival (RG). Dentre as diversas modalidades de tratamento propostos para a correção da RG, a associação da técnica de enxertia de tecido conjuntivo do palato e do deslocamento coronário de retalho tem apresentado resultados satisfatórios. O objetivo deste relato de caso será demonstrar uma alternativa para o tratamento da recessão gengival associando a técnica de deslocamento coronário de retalho com o enxerto de tecido conjuntivo interposto. Dentro dos limites deste relato de caso clínico, podemos concluir que a cirurgia de recobrimento gengival associando enxerto de tecido conjuntivo e deslocamento coronário de retalho mostrou-se eficaz para o tratamento da recessão gengival.

Descritores: retração gengival; tecido conjuntivo; cirurgia bucal

ABSTRACT

Nowadays it is very common to come across patients who have complaints related to aesthetic and painful sequels of a gingival recession (GR). Among the various treatment modalities proposed for the correction of the RG, the combination of the technique coronally advanced flap with a subepithelial connective tissue graft as shown satisfactory results for the treatment of RG. Objective: to demonstrate, through a case, an alternative for the treatment of gingival recession technique involving coronally advanced flap with subepithelial connective tissue graft interposed. Conclusion: Within the limits of this case report, we conclude that root coverage associating gingival connective tissue graft and coronally advanced flap was effective for the treatment of gingival recession.

Descriptors: gingival recession; connective tissue; surgery, oral

RELEVÂNCIA CLÍNICA

Demonstrar que, ao se associar duas técnicas de cirurgia plástica periodontal para o tratamento da retração gengival pode se alcançar resultados estáveis e previsíveis em longo prazo.

INTRODUÇÃO

A retração gengival (RG) é uma condição clínica muito comum observada na prática clínica diária^{1,2}. É uma alteração mucogengival caracterizada pelo deslocamento apical da margem gengival em relação à junção cimento-esmalte, expondo a superfície radicular, podendo levar o paciente a apresentar alterações estéticas, desenvolver cáries radiculares³ e hipersensibilidade⁴.

A RG apresenta etiologia multifatorial, sendo que os principais fatores relacionados são o biofilme dental⁵ e o trauma de escovação (escovas inadequadas e técnica e frequência de escovação deficientes)⁶. Além disso, outros fatores anatômicos podem predispor a alterações no tecido gengival, como por exemplo, espessura gengival delgada⁷, deiscência óssea⁸, trauma de oclusão⁹, alteração no posicionamento dentário (dentes vestibularizados) e inserções musculares altas (freio labial e bridas)¹⁰.

Realizou-se um estudo no qual se classificou as RG em IV classes. Na classe I a retração não ultrapassa a linha mucogengival (LMG) e não há perda de tecido ósseo interproximal, na classe II a retração se localiza no nível ou ultrapassa a LMG e também não há perda de tecido ósseo interproximal, já na classe III a RG está presente em dente com perda de tecido mole e ósseo na região interproximal e por fim na classe IV a RG está presente em dentes com os tecidos interproximais situados no nível ou abaixo da linha da retração¹¹.

Inúmeras técnicas foram propostas para o tratamento da RG. Dentre elas podemos citar: o enxerto gengival livre¹², o deslocamento lateral de retalho^{13,14}, a regeneração tecidual guiada¹⁵ e o deslocamento coronário de retalho associado^{16,17} ou não ao uso enxerto de tecido conjuntivo interposto¹⁸.

O deslocamento coronário de retalho em associação ao tecido conjuntivo interposto tem apresentado bons resultados para o tratamento da RG com aumento significativo de tecido queratinizado^{19,20} e com homogeneidade da coloração do tecido gengival da região²¹.

O objetivo deste estudo será demonstrar, através de um relato de caso, uma alternativa para o tratamento da recessão gengival.

RELATO DE CASO

A paciente, gênero feminino, leucoderma, não fumante, 46 anos compareceu a clínica odontológica relatando insatisfação com seu sorriso. Ao exame clínico, foi possível constatar uma retração Classe I de Miller na face vestibular, com extensão de 4, 2 e 3 mm, nos elementos 12, 13, 14, respectivamente (Figura 1). Não havia sinais de inflamação como vermelhidão, edema ou sangramento à sondagem. Foi sugerido, como plano de tratamento, enxerto conjuntivo subepitelial com retalho deslocado coronariamente.

Foram realizadas antisepsia intrabucal com gluconato de clorexidina a 0,12% e extrabucal com gluconato de clorexidina a 2% e, anestesia infiltrativa terminal com mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000.

Foi realizado um retalho parcial (dividido), englobando os dentes adjacentes aos da retração, bem como uma raspagem e aplainamento radicular no momento da cirurgia.

O retalho foi confeccionado a partir de uma única incisão relaxante na porção mesial do elemento deixando cerca de 3 mm de mucosa remanescente para preservar a margem gengival do elemento 15 que

apresentava uma prótese parcial fixa. A partir daí, uma incisão horizontal foi realizada englobando todas as papilas interdentes dos dentes com RG, removendo o epitélio das papilas depois de completada a incisão. Seguiu-se então, o descolamento dos tecidos.

A área doadora escolhida foi o palato para remoção do enxerto conjuntivo, respeitando 1 a 2 mm da margem gengival entre segundo pré-molar e primeiro molar.

O enxerto foi removido com lâmina de bisturi n°15 e posicionado, sobre a área da retração (Figura 2). Assim, as suturas foram realizadas com fios vycril na área enxertada e também no retalho reposicionado para que a camada de coágulo entre o enxerto e o leito fosse a menor possível foi realizada compressão sobre o mesmo (Figura 3).

O paciente foi orientado quanto à utilização colutório a base de gluconato de clorexidina 0,12% duas vezes ao dia por um período de sete dias²².

As suturas foram removidas sete dias após a cirurgia. O controle foi feito com sete semanas, três meses (Figura 4), seis meses (Figura 5) e 15 meses (Figura 6), tendo como resultado final um ganho em gengiva queratinizada e um excelente recobrimento radicular.

DISCUSSÃO

Diversos trabalhos apresentados na literatura, demonstraram os benefícios de se associar o deslocamento coronário de retalho ao enxerto de tecido conjuntivo para recobrimento radicular 22, 21, 23, 19, 20.

Um estudo revelou uma porcentagem de sucesso de cobertura radicular de 88,3% após um período de observação de 12 meses em casos de classe I ou II de Miller, sem o uso de microscopia cirúrgica²⁰. Da mesma forma que outros autores também observaram altas taxas de sucesso (96%) após seis meses de observação¹⁹.

O uso de microscópio cirúrgico para procedimentos de recobrimento radicular tem-se mostrado menos invasivo e com bons resultados em relação a recobrimento radicular, gerando um menor trauma cirúrgico e conseqüentemente menor dor no pós operatório^{20,24,25,26}.

No entanto, o alto custo envolvido e a necessidade de um intenso treinamento laboratorial e clínico para manuseio do equipamento aparecem como as principais limitações no uso desta técnica^{20,24}.

A utilização do enxerto conjuntivo aumentou não só a espessura tecidual, mas também contribuiu para o aumento da mucosa queratinizada²⁷, proporcionando uma melhora na cobertura radicular principalmente nos casos de biótipo periodontal fino^{28,29}.

Uma grande preocupação dos clínicos seria como o tecido conjuntivo se comportaria sendo acomodado em uma região diferente do palato e manter as mesmas características físicas, como por exemplo, coloração e textura da área receptora. No entanto, pode-se observar uma completa cicatrização na área receptora, com ganho de tecido vestibular e mantendo as mesmas características de coloração e textura da mucosa nativa da área receptora³⁰.

Outro fator importante seria a estabilidade dos tecidos após o tratamento com tecido conjuntivo associado ao reposicionamento coronário do retalho. Um estudo mostrou que após quatro anos de acompanhamento, 94% dos casos apresentavam ainda certo grau de recobrimento e que 68% dos pacientes ainda apresentavam recobrimento completo da superfície radicular³¹. No entanto, fatores individuais, como biótipo periodontal fino, higiene bucal



FIGURA 1
Recessão gengival nos elementos 12, 13 e 14



FIGURA 2
Acomodação do enxerto sob o retalho



FIGURA 3
Coaptação das bordas da ferida cirúrgica



FIGURA 4
Três meses de pós-operatório



FIGURA 5
Pós-operatório de seis meses



FIGURA 6
15 meses de pós-operatório

deficiente e falta de controle clínico foram relacionados à recidiva da recessão gengival^{28,29}.

Quanto à cirurgia de remoção de enxerto conjuntivo, o profissional deve estar atento a possíveis complicações que podem ocorrer tanto no trans como no pós-operatório, principalmente na área doadora²¹.

As complicações mais comuns, relatadas na literatura, que podem ocorrer nas cirurgias de remoção de tecido conjuntivo do palato são a dor pós-operatória, necrose e atraso de cicatrização na área doadora e alterações de sensibilidade. No entanto, o acidente mais contundente é sem dúvida a lesão ao feixe vâsculo-nervoso palatino maior, podendo levar a um processo hemorrágico na região e propiciando a formação de hematomas e, consequentemente, aumentando o risco de infecção no local^{18,1,27}.

É muito importante que o profissional esteja familiarizado com a anatomia topográfica do palato e realize um meticuloso estudo da relação dos tecidos moles com os tecidos duros da região. Vale lembrar que no palato existem áreas consideradas de risco, variando conforme a espessura da fibromucosa. Essas variações são individuais e podem variar conforme a idade do paciente¹⁹.

Embora o enxerto de tecido conjuntivo seja considerado "gold standard" para utilização nas cirurgias de recobrimento radicular²³,

uma alternativa ao uso do conjuntivo seria sua substituição por uma matriz dérmica acelular (MDA)³².

Estudos têm mostrado que quando se compara o sucesso entre ambas as técnicas para o recobrimento radicular, não existem diferenças no resultado final do caso. No entanto, o custo do material e a não aceitação por alguns pacientes são fatores determinantes para a realização desta técnica^{23,32}.

Os resultados clínicos observados após o recobrimento gengival, principalmente em casos de classe I e II de Miller, tem-se mostrado promissores e com aparente estabilidade da margem gengival a longo prazo^{22,28,19,20}.

Observou-se que os melhores resultados em termos de porcentagem de cobertura radicular e de estabilidade da margem gengival ocorram em indivíduos que apresentaram melhor controle do biofilme dental e que realizaram acompanhamentos periódicos^{25,22,26}, bem como observado no caso clínico descrito acima.

CONCLUSÃO

Dentro dos limites deste relato de caso clínico, podemos concluir que a cirurgia de recobrimento gengival associando enxerto de tecido conjuntivo e deslocamento coronário de retalho mostrou-se eficaz para o tratamento da recessão gengival.

REFERÊNCIAS

- Albandar JM, Kingman A. Gingival recession, gingival bleeding, and dental calculus in adults 30 years of age and older in the United States, 1988-1994. *J Periodontol* 1999;70:30-43.
- Susin C, Haas AN, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. Gingival recession: Epidemiology and risk indicators in a representative urban Brazilian population. *J Periodontol* 2004;75:1377-1386.
- Lawrence HP, Hunt RJ, Beck JD. Three-year root caries incidence and risk modeling in older adults in North Carolina. *J Public Health Dent* 1995;55:69-78.
- Al-Wahadni A, Linden GJ. Dentine hypersensitivity in Jordanian dental attenders. A case control study. *J Clin Periodontol* 2002;29:688-693.
- Ericsson I, Lindhe J. Recession in sites with inadequate width of the keratinized gingiva. An experimental study in the dog. *J Clin Periodontol* 1984; 11(2):95-103.
- Checchi L, Dapri G, Gatto MRA, Pellicioni A. Gingival recession and toothbrushing in an Italian School of Dentistry: a pilot study. *J Clin Periodontol* 1999; 26(5):276-80.
- Kennedy JE, Bird WC, Palcanis KG, Dorfman HS. A longitudinal evaluation of varying widths of attached gingiva. *J Clin Periodontol* 1985; 12(8):667-75.
- Löst C. Depth of alveolar bone dehiscences in relation to gingival recessions. *J Clin Periodontol* 1984; 11(9):583-589.
- Trott JR, Love B. An analysis of localized gingival recession in 766 winnipeg high school students. *Dent Pract Dent Rec* 1966; 16(6):209-13
- Gorman WJ. Prevalence and etiology of gingival recession. *J Periodontol* 1967; 38(4):50/316-22.
- Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985;5(2):8-13.
- Miller PD Jr, Binkley LH Jr. Root coverage and ridge augmentation in Class IV recession using a coronally positioned free gingival graft. *J Periodontol* 1986;57: 360-363.
- Patur B. The rotation flap for covering denuded root surfaces - A closed wound technique. *J Periodontol* 1977;48:41-44.
- Grupe HE, Warren RF Jr. Repair of gingival defects by a sliding flap operation. *J Periodontol* 1956;27:92-95.
- Trombelli L, Schincaglia GP, Scapoli C, Calura G. Healing response of human buccal gingival recessions treated with expanded polytetrafluoroethylene membranes. A retrospective report. *J Periodontol* 1995;66: 14-22.
- Bernimoulin JP, Luscher B, Muhlemann HR. Coronally repositioned periodontal flap. Clinical evaluation after one year. *J Clin Periodontol* 1975;2:1-13.
- Tenenbaum H, Klewansky P, Roth JJ. Clinical evaluation of gingival recession treated by coronally repositioned flap technique. *J Periodontol* 1980;51: 686-690.
- Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol* 1985; 56:715-720.
- Mazzocco F, Comuzzi L, Stefani R, Milan Y, Favero G, Stellini E. Coronally advanced flap combined with a subepithelial connective tissue graft using full- or partial-thickness flap reflection. *J Periodontol*. 2011;82(11):1524-9.
- Bittencourt S, Del Peloso Ribeiro E, Sallum EA, Nociti FH Jr, Casati MZ. Surgical microscope may enhance root coverage with subepithelial connective tissue graft: a randomized-controlled clinical trial. *J Periodontol*. 2012;83(6):721-30.
- Oates TW, Robinson M, Gunsolley JC. Surgical therapies for the treatment of gingival recession. A systematic review. *Ann Periodontol* 2003;8:303-320.
- Paolantonio M. Treatment of gingival recessions by combined periodontal regenerative technique, guided tissue regeneration and subpedicle connective tissue graft. A comparative clinical study. *J Periodontol* 2002; 73(1):5362.
- Chambrone L, Sukekava F, Araujo MG, Pustigliani FE, Chambrone LA, Lima LA. Root-coverage procedures for the treatment of localized recession-type defects: A Cochrane systematic review. *J Periodontol* 2010;81:452-478.
- Burkhardt R, Lang NP. Coverage of localized gingival recessions: Comparison of micro- and macrosurgical techniques. *J Clin Periodontol* 2005;32:287-293.
- de Campos GV, Bittencourt S, Sallum AW, Nociti FH Jr, Sallum EA, Casati MZ. Achieving primary closure and enhancing aesthetics with periodontal microsurgery. *Pract Proced Aesthet Dent* 2006;18:449-454.
- Burkhardt R, Hu'rzeler MB. Utilization of the surgical microscope for advanced plastic periodontal surgery. *Pract Periodontics Aesthet Dent* 2000;12:171-180.
- Harris RJ. Connective tissue grafts combined with either double pedicle grafts or coronally positioned pedicle grafts: Results of 266 consecutively treated defects in 200 patients. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2002;22:463-471.
- Baldi C, Pini-Prato G, Pagliaro U, et al. Coronally advanced flap procedure for root coverage. Is flap thickness a relevant predictor to achieve root coverage? A 19-case series. *J Periodontol* 1999;70:1077-1084.
- Hwang D, Wang HL. Flap thickness as a predictor of root coverage: A systematic review. *J Periodontol* 2006;77:1625-1634.
- Lindhe J, Karring T, Lang NP. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2005.
- Zucchelli G, De 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 Dec; 76(12):2286-92.
- Moslemi N, Jazi MM, Haghghati F, Morovati SP, Jamali R. Acellular dermal matrix allograft versus subepithelial connective tissue graft in treatment of gingival recessions: a 5-year randomized clinical study. *J Clin Periodontol* 2011; 38: 1122-1129.