



Bem-vindo Revista Periodontia Janeiro/Junho-2000

RECOBRIMENTO RADICULAR COM REGENERAÇÃO TECIDUAL GUIADA - RELATO DE CASOS CLÍNICOS

Sinopse

Geraldo Muzzi GUIMARÃES*

Abstract

SINOPSE

Relato de casos clínicos, em que se realizou recobrimento radicular de recessões gengivais, usando a técnica de regeneração tecidual guiada (RTG) com reposição coronal do retalho, em regiões de pré-molares, obtendo, após 12 meses, uma cobertura em torno de 60% das superfícies das raízes desnudas, resolvendo satisfatoriamente a queixa apresentada pelos pacientes.

UNITERMOS

Recobrimento radicular, regeneração tecidual guiada, recessão gengival.

INTRODUÇÃO

Nossa sociedade exige, a cada momento, que as pessoas apresentem uma estética mais apurada.

Como os dentes são o "cartão de visitas", confirmado pela crescente procura por clareamentos dentais e restaurações estéticas (resinas fotopolimerizáveis, porcelanas, compósitos e outros) dando resultados surpreendedores, vemos também uma procura crescente pela estética gengival, o que vem se tornando parte importante do tratamento odontológico.

A recessão gengival, que prejudica a estética bucal, provoca sensibilidade, dificulta em estabelecer uma higiene oral adequada e deixa os dentes susceptíveis a lesões cáries, está se tornando uma queixa constante no dia a dia do consultório. Porém, antes de tratarmos esta lesão, com várias opções de condutas, como enxerto gengival livre, deslize lateral do retalho, enxertos de tecido conjuntivo, procedimentos de papila dupla e deslize coronal do retalho de um enxerto gengival livre prévio, devemos eliminar os fatores etiológicos da recessão. Higiene traumatogênica, disfunção oclusal, gengivas finas e delicadas, superfície radicular proeminente, dentes vestibularizados, inserções musculares e de freios, deiscência ósseas e movimentação ortodôntica, são alguns fatores que provocam as recessões.

A RTG associada a deslize coronal do retalho, pode trazer um resultado muito promissor com a vantagem de obtermos uma regeneração periodontal, ausência de intervenção no palato, menor possibilidade de hemorragia e bons resultados estéticos (15). Como desvantagem, podemos citar o custo elevado, necessidade de uma segunda cirurgia (em caso de membrana não reabsorvível) e uso de antibióticos (8), (16). EGELBERG (2), cita trabalho de PINI PRATO et al. (1992), em que 75% da superfície de raízes desnudas eram cobertas com o procedimento de membrana de PTFE, associado a retalho reposicionado coronalmente.

Uma nova inserção é possível de ser conseguida em superfícies radiculares desnudas, após cirurgias de enxertos ósseos, inclusive com formação de cimento (13).

Redução de 59.6% em média de recessões, podem acontecer, inclusive com significativa mudança em espessura de tecido queratinizado, após o uso da RTG com membrana reabsorvível (12).

Membranas de colágeno, também podem trazer um bom resultado para o recobrimento de raízes desnudas (14).

Apresentação dos casos Clínicos

Caso 1

Paciente saudável, do sexo masculino, com 40 anos de idade, compareceu ao consultório, com queixa de recessão acentuada na região de pré-molar inferior direito. No exame clínico foi constatado, além de recessão de 5,0mm do primeiro pré-molar inferior direito, indo além da gengiva marginal do canino (tomada como referência), uma disfunção oclusal acentuada e higiene traumatogênica (FIG. 1).



Figura 1

Foi então, o paciente reeducado sobre a higiene oral correta sem traumatismos e realizado um exaustivo ajuste oclusal, estabilizando a oclusão. Apto para a cirurgia, ela foi realizada da seguinte forma e na seqüência que se segue:

1. Anestesia infiltrativa com anestésico com vasoconstritor, indo de mesial de canino a distal de 2º pré-molar inferior, provocando isquemia na região.
2. Com uma lâmina de bisturi número 15, realiza-se incisões trapezoidais, indo 0,5mm da base da recessão no sentido oclusal, até em linhas de incisões divergentes a distal do canino até mesial do pré-molar, no sentido da mucosa alveolar, a fim de permitir aporte sanguíneo adequado, impedindo então a necrose (17).
3. Desloca-se totalmente a gengiva, até aproximadamente 5,0mm e daí por diante, um retalho parcial em direção a mucosa, com o objetivo de tracioná-lo, sem tensões, em sentido coronal, para recobrir a recessão.

4. Raspa-se a raiz desnuda, a fim de descontaminá-la, com uma cureta de Gracey 7/8.

5. Com uma broca diamantada esférica, de tamanho compatível as papilas mesial e distal do pré-molar em questão, adaptada em uma caneta de alta rotação, removemos todo o epitélio destas papilas, deixando somente em tecido conjuntivo (12), (17).

6. Agora, com uma broca diamantada em forma de pêra, montada também em uma caneta de alta rotação, realizamos um desgaste vestibular de toda a raiz que se quer recobrir, removendo a convexidade existente, a fim de diminuir a distância entre os ligamentos periodontais (L.P.) das faces mesial e distal, facilitando a migração celular vinda desta região (17), (10).

7. Com uma espátula 7, deslocamos as papilas desepitelizadas mesial e distal do pré-molar, a fim de permitir uma melhor adaptação da membrana, que será colocada abaixo destas papilas, em contato com a crista óssea.

8. Recortamos então a membrana, que deve ser de fácil manuseio, em conformidade com a raiz. Com um fio de sutura 5-0 de seda, damos uma sutura indo de mesial a distal, no centro da membrana, com o objetivo de formar um arcabouço, dando uma convexidade desejável, a fim de permitir um espaço para migração celular, vindo do L.P. (12).

9. Adaptamos então a face coronal da membrana sob as papilas desepitelizadas e deslocadas, suturando-as com um fio de seda 5-0, permitindo assim, uma fixação mais segura.

10. O retalho é então levado em sentido coronal do pré-molar, sem tensioná-lo, cobrindo por completo a membrana. Um fio de sutura 5-0 de seda é usado, para se realizar as suturas a mesial e distal do pré-molar e nas incisões relaxantes ou verticais.

11. Optou-se por não colocar o cimento cirúrgico, a fim de permitir uma melhor higienização e ação de bochechos com Clorexedina a 0,12% 2 vezes ao dia, por 2 semanas.

12. Foi receitado Amoxicilina 500 mg, 1 cápsula de 8 em 8 horas, por 2 semanas.

Com 15 dias, as suturas foram removidas e realizado um polimento coronário, com revisão das técnicas de higiene, com o objetivo de se controlar melhor a ação da placa bacteriana.

Com 8 semanas, removemos a membrana (FIG. 2) em um 2º tempo cirúrgico e, como resultado, foi encontrado um tecido de granulação "borrachóide", o que podemos concluir, clinicamente, que poderia ser um tecido cicatricial nobre, sendo que a confirmação do tipo de tecido, somente histologicamente.

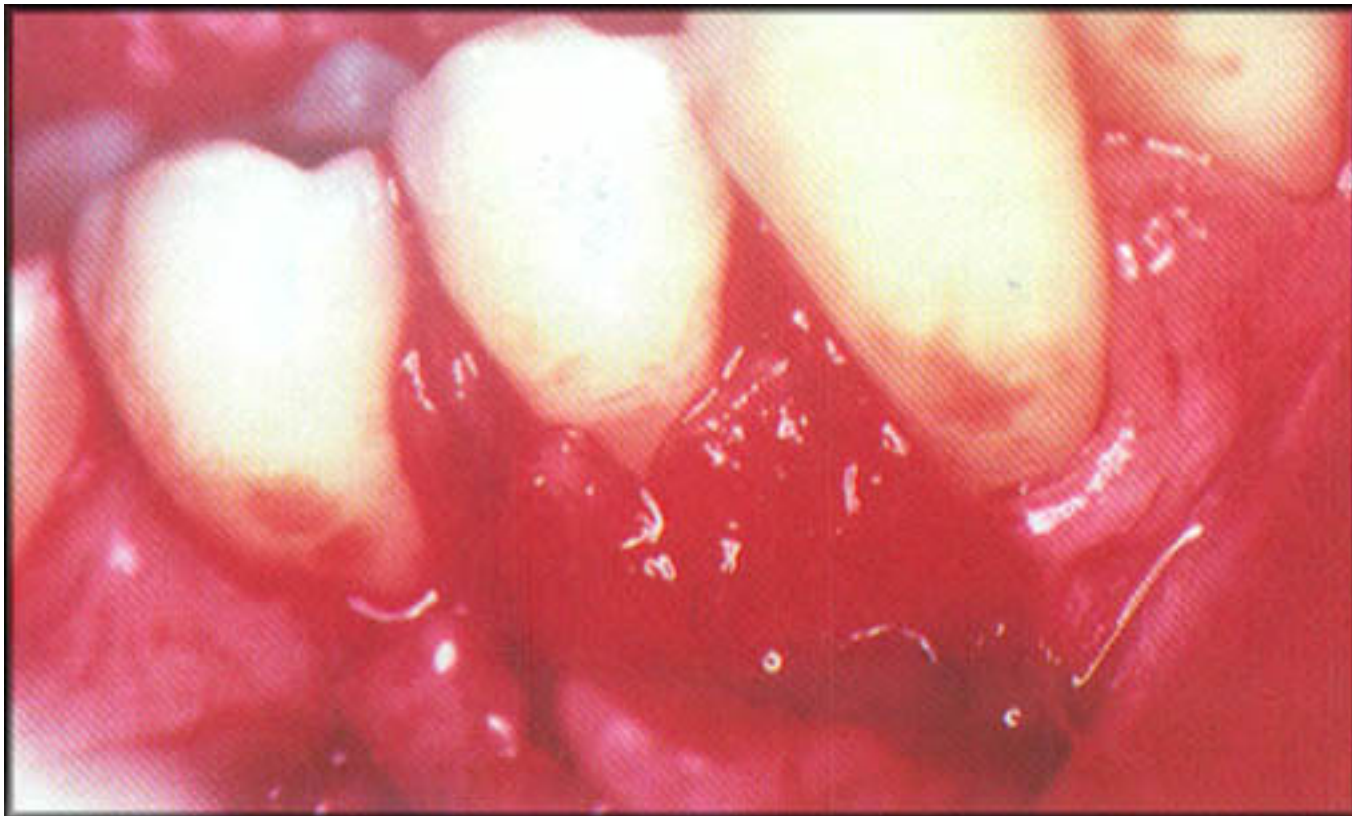


Figura 2

Com 12 meses, o paciente retornou ao consultório e foi verificado 4,0mm de recobrimento radicular cobrindo mais de 75% da raiz desnuda (2) (FIG. 3), com aspecto rosado e sem sangramento.

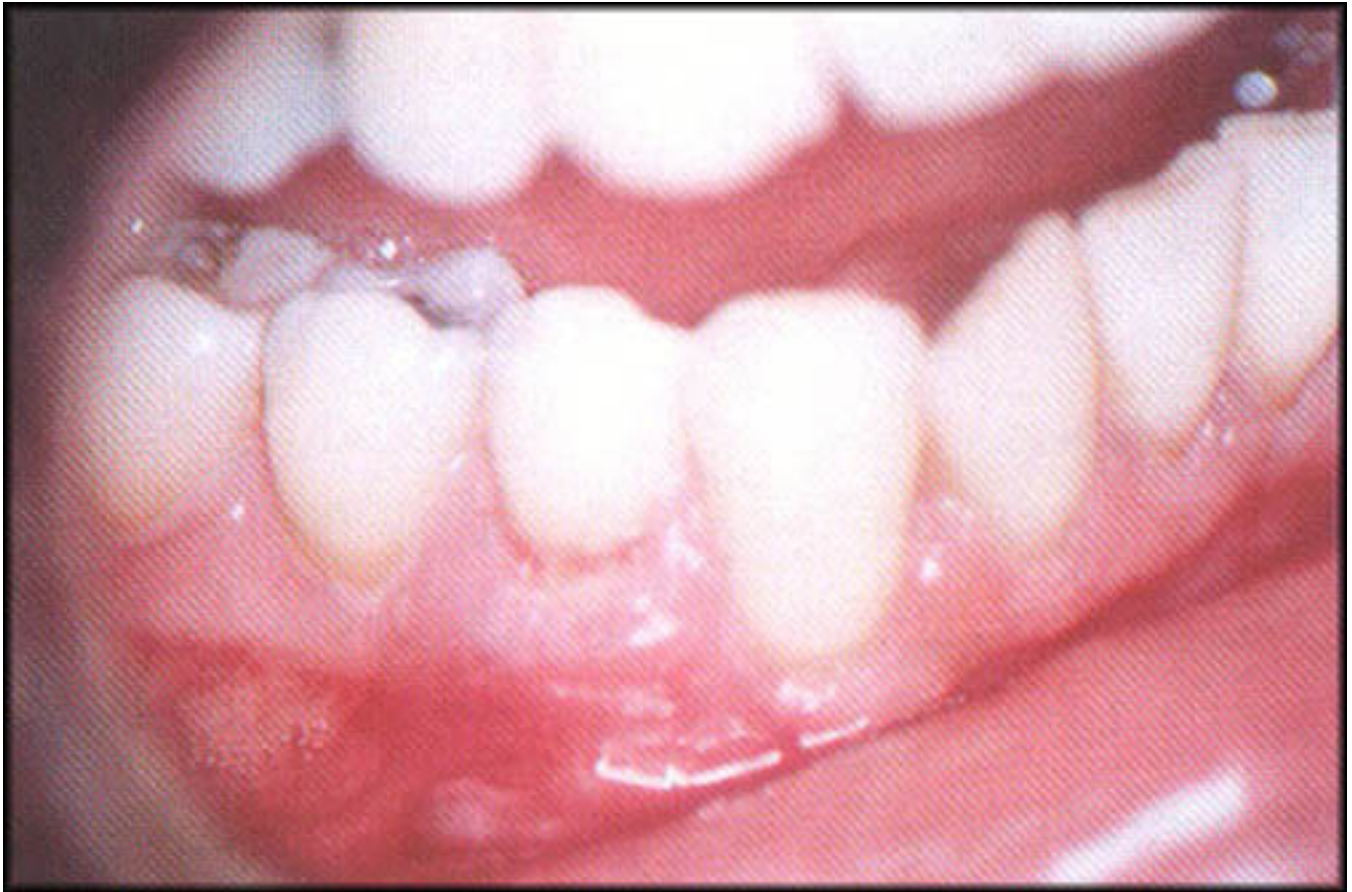


Figura 3

Caso 2

Paciente 32 anos de idade, do sexo feminino, saudável com queixa de recessão dos pré-molares inferiores esquerdos, sem sintomas de sensibilidade ou presença de cárie, mas, segundo ela, a incomodava no aspecto estético (FIG 4).



Figura 4

No exame clínico foram constatados duas recessões de 5,0mm no 1º e 2º pré-molares inferiores esquerdos. Examinando a oclusão, verificou-se um contato pré-maturo em lado de trabalho nos pré-molares.

Após o ajuste oclusal eliminamos, nesta mesma sessão, as deficiências da higiene oral que a paciente possuía. Apta para a cirurgia, ela foi realizada conforme os moldes do caso clínico 1, diferindo somente na incisão, que foi realizada de distal de canino a mesial do 10 molar.

Com 12 meses, a paciente retornou ao consultório para realizar a revisão do caso e constatamos um recobrimento radicular de 3,5mm, com uma boa melhora estética, apesar de ter ocorrido uma diminuição da profundidade de vestíbulo para este caso (FIG. 5).



Figura 5

DISCUSSÃO

Uma solução para problemas de recessão gengival vem sendo solicitada por parte dos pacientes como uma queixa principal em uma consulta para plano de tratamento.

Existem diversas técnicas para a solução deste problema, sendo que a que mais se aproxima a um resultado como a RTG para recobrimento radicular, associado a reposição coronal do retalho, é a de enxerto de tecido conjuntivo, com algumas variações de técnicas (3), (6) e reposição coronal do retalho após prévio enxerto gengival livre colocado apicalmente a recessão (11).

Porém, a RTG para recobrir raízes é a que nos fornece melhores resultados em termos de regeneração, com a possibilidade de formação de novo ligamento periodontal (L.P.), novo osso e uma pequena formação de gengiva inserida (G.I.) (16) . Associado também a este

resultado, podemos citar a pouca ou nenhuma diferença de cor em relação ao tecido receptor adjacente e evita-se realizarmos duas cirurgias, pois não há necessidade de remover tecido doador do palato.

O insucesso pode aparecer se não tivermos um rígido controle de placa feita pelo paciente e controlada profissionalmente com certa periodicidade. Associado a este fator, a adaptação e rigidez da membrana, distúrbios hormonais e alterações no sistema imunológico, podem influenciar na quantidade de osso que irá se formar (5).

A colonização bacteriana nas membranas, principalmente as gran positivas, junto com células inflamatórias, (18), (1) é um realidade que pode induzir ao insucesso deste procedimento, o que deve ser combatido além de uma higiene rigorosa, o uso de banho com soluções de clorexedina e de antibióticoterapia.

O fumo é outro fator de relevância para o sucesso da terapia. Perda de inserção clínica (7) e cobertura radicular deficiente (19) têm sido demonstrados em pacientes tabagistas.

Devemos observar ao escolher o procedimento a realizar para cobertura radicular, a espessura do tecido adjacente (o que é necessário para a RTG), a fim de permitir um melhor aporte sanguíneo, evitando surpresas desagradáveis.

CONCLUSÕES

A RTG para recobrimentos radiculares é mais indicada para recessões localizadas (12) (apesar de termos citado no caso clínico 2, um recobrimento de 2 elementos) e deve ser bem indicada.

Raízes muito convexas, recessões inferiores a 5,0mm e crista óssea mesial e distal ao elemento, que não estejam íntegras, contra-indicam este procedimento (9).

O enxerto de tecido conjuntivo possui resultados muito semelhantes da RTG para recobrimento radicular, diferindo somente na formação de quantidade de LP e osso (4). Tempo disponível do paciente e fatores financeiros devem ser levados em conta para a escolha do procedimento a ser realizado. O que é inegável é que se qualquer procedimento para recobrirmos raízes desnudas for realizado com critério, o bom resultado é visível e estaremos conquistando o paciente, pois estamos envolvendo a estética, além de obtermos a homeostasia do periodonto.

ABSTRACT

Clinical case report in which was done the radicular overlap of gingival recessions, using the guided tissue regeneration technic with coronal repositions of flap, in premolars areas, achieving, after 12 months, a cover of about 60% of the surfaces of nude root, solving, in a satisfactory way, the patients complaints.

KEY WORDS

Radicular overlap, guided tecidual regeneration, gingival recession.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - DE SANCTIS, M. et al. Bacterial Colonization of Biabsorbable Barrier Material and Periodontal Regeneration. J. Periodontol. v. 67: p.1193-1200, Nov., 1996.
- 2 - EGELBERG, J. Recent Clinical Research on Periodontal Therapy - Vitória, Congresso da Sobrepe, 1997, p.9-10.
- 3 - HARRIS, R. J. Recession Defects Reparation Standards Using Membranes and PTFE Connective Tissue Free Graft. J. Clin. Periodontol. v.25: p. 238-245, 1998.
- 4 - HARRIS, R. J. A Comparison of 2 Root Coverage Techniques: Guided Tissue Regeneration With a Biabsorbable Matrix Style Membrane Versus a Connective Tissue Grafts Combined With a Coronally Positioned Pedicle Graft Without Vertical Incisions. Results of Series of Consecutive Cases. J. Periodontol. v.69: p. 1426-1434, 1998.
- 5 - HEBLING, E. e cols. Preenchimento Ósseo de Defeitos Angulares com Uso da Técnica da Regeneração Tecidual Guiada. Periodontia, v.5(2): p. 243-252, Jul./Dez., 1995.
- 6 - JEPSEN, K. et al. Treatment of Gingival Recession With Titanium Reinforced Barrier Membranes Versus Connective Tissue Grafts. J. Periodontol. v.69: p.383-391, Mar., 1998.
- 7 - JEUKEN, I. M. M. e cols. - Avaliação do Índice Gengival e do Nível de

Inserção Clínica em Fumantes e não Fumantes Portadores de Doença Periodontal, *Periodontia*. v.8(1): p.1-5, Jan./Abr., 1999.

8 - JÚNIOR, E. M. Programa Geral e Anais do XVII Congresso da Sobrape, 1997, p. 48-49.

9 - KNOCHITAS, S. Atlas Colorido de Periodontia - 1a. Ed. São Paulo, Santos, 1988: p. 218-221.

10 - PEDRINI, D. e cols. Posicionamento Coronário de Retalho Osteoperióto no Recobrimento de Raízes Expostas. *RGO*. v.45(1): p.37-41, Jan./Fev., 1997.

11 - PINI PRATO, G. et al. Guided Tissue Regeneration Versus Mucogingival Sugery in the Treatment of Human Buccal Recessions. A 4 Years Follow-up Study. *J. Periodontol*, v.67: p.1216-1223, Nov., 1996.

12 - RACCHLIN, G. et al. The Use of a Reabsorbable Membrane in Mucogingival Sugery. Case Series. *J. Periodontol*. v.67:p.621-626, June, 1996.

13 - ROSEMBERG, M. M. et al. Tratamento Periodontal e Protético para Casos Avançados - 1a. Ed. Rio de Janeiro, Quintessence, v.1992, p. 117-120.

14 - SHIEH, A-T et. al. Development and Clínical Evaluation of Root Coverage Procedure Using a Collagen Barrier Membrane. *J. Periodontol*. v.68:p.770-778, Aug., 1997.

15 - TINTI, C. et al. The Treatment of Gingival Recession Width "Guided Tissue Regeneration" Procedure by Means of Gore-Tex Membranes. *Quintessence Int.*, v. 6(1): p. 465-468, 1990.

16 - TINTI, C. et al. Curso Teórico Demonstrativo Ministrado Durante o Ilo. Encontro Nacional de Especialidade Odontológicas e seus Avanços em Estética. Vitória, Julho, 1998.

17 - WATERMAN, C. . Guided Tissue Regeneration a Bioabsorbable Membrane in the Treatment of Human Bucal Recession. A Re-entry Study. *J. Periodontol*. v. 68: p. 982-989, Oct., 1997.

18 - YOSHINARI, N. et al. Inflammatory Cell Population and Bacterial Contamination of Membranes Used For Guided Tissue Reneration Procedures. *J. Periodontol*. v. 69: p. 460-469. Apr., 1998.

19 - ZUCCHELLI, G. et al. Mucogingival Versus Guided Tissue Regeneration Procedures in the Treatment of Deep Recession Type Defects. J. Periodontol. v. 69: p. 138-145, Feb., 1998.

*** CD, Especialista em Periodontia pela USP/Bauru - Prof. EAP - ABO Regional
Divinópolis, MG**

