

Emprego do Enxerto Gengival Epi-télio-Conjuntivo no Recobrimento Radicular

INTRODUÇÃO

O complexo mucogengival compreende os tecidos moles do periodonto marginal e desempenha a função de barreira protetora do periodonto de suporte. O ponto frágil dessa proteção está situado ao nível do epitélio juncional e o ponto forte dessa estrutura de defesa é representado pela presença da gengiva queratinizada e inserida (12).

Estudos realizados durante muitos anos divergiram sobre qual a quantidade de gengiva inserida é ideal.

No final dos anos 80 e início da década de 90, diversos autores concluíram que:

- a presença de tecido queratinizado não é indispensável para a saúde periodontal na ausência de placa; ou seja pode-se ter um periodonto saudável mesmo com altura mínima ou ausência de gengiva inserida quando tem um excelente controle de placa.

- a pequena altura ou a ausência de tecido queratinizado é um fator de risco para o desenvolvimento de recessões teciduais marginais; esse fator atua juntamente com outros como o vestibulo raso, a tração de um freio ou o controle inadequado de placa (3, 9,11).

Recessão gengival :

As expressões recessão gengival, desnudamento radicular e deiscência indicaram por muito tempo a mesma entidade clínica.

Em 1992, a A.A.P. definiu a recessão gengival como o deslocamento da gengiva marginal apicalmente à junção amelocementária (7).

A etiologia da recessão é multifatorial, onde os fatores predisponentes estão em íntima relação com os fatores desencadeantes: (5,12).

Fatores predisponentes:

- deiscência óssea
- cortical óssea fina
- tração dos freios e bridas
- pequena altura e espessura do tecido queratinizado
- fenestração óssea
- malposição dentária
- vestibulo raso

Fatores desencadeantes:

- escovação traumatogênica
- inflamação
- violação do espaço biológico
- traumatismo oclusal
- grupo, barra ou sela compressivas em prótese removível

- Takeshi Kato Segundo

Especialista e Mestre em Periodontia pela U.F.M.G.; Professor e coordenador do curso de especialização em Periodontia da FUNSAP em Sete Lagoas/MG; Professor do curso de especialização em Periodontia da U.F.M.G.; Coordenador da disciplina de Periodontia da UNINCOR, Campus Belo Horizonte/MG.

- Ricardo Alves

Cirurgião-Dentista; Aluno do curso de especialização em Periodontia da FUNSAP em Sete Lagoas/MG.

CONTATO C/ AUTOR:

E-mail: takeshi@uai.com.br

DATA DE RECEBIMENTO:

Setembro/2005

DATA DE APROVAÇÃO:

Dezembro/2005

Tabela 1 - Classificação das recessões gengivais segundo Miller. (8)

Classe	Característica	Recobrimento radicular
I	Recessão não atinge a linha mucogengival, sem perda óssea proximal	Total
II	Atinge ou ultrapassa a linha mucogengival, sem perda óssea proximal	Total
III	A recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival . Há perda de osso interproximal e o tecido gengival proximal é apical à junção amelocementária , permanecendo coronária à base da recessão , ou então há uma malposição	Parcial
IV	a recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival . Os tecidos proximais estão situados no nível da base da recessão e essa implica em mais de uma face do dente	Nenhum



Fig. 1 - Início do tratamento.

- movimento ortodôntico fora dos limites ósseos
- lesões cervicais não-cariosas
- prótese fixa não-adaptada
- incisão relaxante mal-situada
- hábitos nocivos

As indicações de tratamento das recessões são classicamente as seguintes:

- aspecto anti-estético
- evolução do defeito
- hipersensibilidade dentinária e dor gengival
- lesão cariosa radicular superficial

Enxerto gengival epitélio-conjuntivo:

O enxerto gengival epitélio-conjuntivo também denominado enxerto gengival livre, consiste na remoção de um fragmento do tecido do palato e o transplante para a região com deficiência de tecido queratinizado ou com desnudamento radicular.

As indicações do enxerto gengival epitélio-conjuntivo são:

- aumento de tecido queratinizado
- recobrimento radicular
- correção de cristas edêntulas
- correção periimplantar
- curativo biológico
- auxílio à cirurgia maxilofacial
- associação aos retalhos deslocados lateralmente

A indicação atual clássica do uso do enxerto gengival epitélio-conjuntivo para o recobrimento radicular é em sítios mandibulares que apresentam desnudações radiculares com ausência de gengiva inserida, e particularmente, no segmento de canino-pré-molar.

As contra-indicações específicas do recobrimento radicular por enxerto gengival são :

- a má qualidade do tecido doador
- as recessões de classe 3 e 4 de Miller
- um diâmetro mesiodistal da raiz exposta superior às dimensões horizontais dos tecidos interproximais
- quando há exigência estética.

A sobrevivência do enxerto depende de três pontos de circulação colateral proveniente do tecido conjuntivo e do espaço periodontal, ou seja circulação plasmática, colateral e do ligamento periodontal.

As diferenças fundamentais na técnica de recobrimento em relação à técnica original (para aumento de tecido queratinizado) ocorre na modificação do leito receptor, na espessura do enxerto e em sua adaptação ao sítio.

Em relação à superfície radicular, o recobrimento é obtido pela formação de ponte (Bridging), mas um certo grau de recobrimento pode ser obtido por inserção "migrante"

(Creeping attachemet) que é um fenômeno inconstante, portanto imprevisível (10, 12,14).

RELATO DO CASO CLÍNICO

T.A.A.F. , sexo feminino , 12 anos de idade , raça branca , apresentou-se na clínica do curso de especialização em periodontia da FUNSAP em 15/12/2004.

O exame clínico intra-bucal revelou uma recessão gengival nos elementos 31 e 41, com muito depósito de tártaro, diastema entre o 31 e 41 , mobilidade grau 1 nos elementos citados, profundidade de sondagem de 2 mm, perda de inserção clínica de 7 mm. Demais segmentos com presença de gengivite associada à placa. Presença de mordida aberta anterior.

O exame radiográfico não mostrou perda óssea interdentária.

Foi realizada terapia periodontal relacionada à causa, com raspagem supra e subgengival, orientação à técnica de escovação e controle de placa.

Na 2ª Fase do tratamento periodontal foi indicado o enxerto gengival epitélio-conjuntivo, para aumento de gengiva queratinizada e tentativa de recobrimento radicular.

Foi realizada a técnica de enxerto epitélio conjuntivo clássica sem o condicionamento ácido da raiz.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira indicação para o enxerto gengival epitélio-conjuntivo é o aumento de tecido queratinizado em altura e espessura, mas um certo grau de recobrimento é esperado dependendo do tipo de recessão apresentada (1).

O transplante gengival é uma das técnicas de cirurgia plástica periodontal para o recobrimento radicular, contudo quando comparadas às outras técnicas apresenta muitos inconvenientes e uma previsibilidade terapêutica menor.

Resultados de estudos mostram que há entre 11 e 100% de recobrimento completo nas recessões gengivais dependendo das dimensões das mesmas e de suas características anatômicas (13). Apenas um estudo de Miller em 1985, mostrou um recobrimento completo em 88 a 100 % dos casos de recessões tratadas (9).

Diversos autores divergem sobre a eficácia do condicionamento ácido da raiz. Miller, defendeu o uso de agentes para a desmineralização da superfície radicular como componente importante do tratamento no procedimento de enxerto livre, para promover a remoção do smear layer, facilitando a formação de uma nova inserção fibrosa.

Outros testes clínicos controlados que compararam o efeito dos procedimentos de enxerto gengival epitélio-conjuntivo com e sem condicionamento da raiz não conseguiram demonstrar o efeito clínico benéfico com o uso da biomodificação radicular



Fig. 2 - Após terapia inicial.

com ácido (4).

CONCLUSÃO

- A patogenia da recessão gengival relaciona a presença de fatores anatômicos predisponentes e a ação de um ou mais fatores desencadeantes.

- Vantagens do enxerto gengival epitélio-conjuntivo: aumento tecidual em altura e espessura, previsibilidade do enxerto, pós-operatório do sítio receptor não doloroso, simplicidade de execução.

- Desvantagens do enxerto gengival epitélio-conjuntivo: aspecto antiestético, cicatrização por segunda intenção do sítio doador, pós-operatório doloroso do sítio doador, risco de complicações.

- Desvantagens específicas no recobrimento: técnica difícil e longa, aumento vascular do enxerto muito delicado, corte palatino invasivo e doloroso, aspecto de "remendo" antiestético, a presença de um enxerto gengival prévio pode diminuir as chances de sucesso de recobrimento por deslocamento lateral.

- Os fatores etiológicos devem ser eliminados antes do procedimento cirúrgico a fim de prevenir o agravamento e recidiva após o tratamento.

- O preparo radicular prévio através da R.A.R. é importante, ao passo que o uso de condicionamento ácido não mostrou vantagens.

- O enxerto gengival é a intervenção cirúrgica que permite o aumento do tecido queratinizado com maior segurança e secundariamente um certo recobrimento.

- O rigor na realização da técnica é de suma importância para o sucesso do enxerto, seja no preparo do leito receptor, na remoção do enxerto e na sutura do mesmo.

RESUMO

As recessões gengivais são entidades clínicas que provocam no paciente dor, aspecto antiestético e até o receio de perder o dente envolvido. Este estudo procurou mostrar os fatores etiológicos da recessão, o plano de tratamento a ser seguido com as fases da terapia etiológica, a reavaliação e as opções de terapia cirúrgica. O presente estudo mostrou que o enxerto gengival epitélio-conjuntivo que foi a opção de tratamento nesse caso clínico, além de aumentar o tecido queratinizado (que era a primeira indicação) conseguiu o recobrimento radicular.

Palavras-Chave: recessão gengival, enxerto gengival, recobrimento radicular.



Fig. 3 - 60 dias após a cirurgia

SUMMARY

The recessions gingivalis are clinical entities that provoke in the patient pain, unsightly aspect and until the fear of losing the involved tooth. That study tried to show the etiological factors of the recession, the treatment plan to be following with the phases of the etiological therapy, the reevaluation and the options of surgical therapy. The present study showed that the graft epithelium-conjunctive gingival that was the treatment option in that clinical case, besides increasing tissue keratinized (that was the first indication) it got the root coverage.

Keywords: gingival recession, gingival graft, root coverage.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BORGHETTIA.; GARDELLA J.P. Thick gingival autograft for coverage of gingival recession : a clinical evaluation. *Int J Periodont Rest Dent*, v. 10 , p. 217-29, 1990.
2. EDEL A. Clinical evaluation of free connective tissue grafts used to increase the width of keratinized gingival. *J Clin Periodontol*, v.1, p.185-96, 1974.
3. KENNEDY J. et al., Gingival augmentation / mucogingival surgery , *American Academy of Periodontology* , 1989
4. LANEY , J.B. ; SAUNDERS , V.G. ; GARNICK , J.J. A comparison of two techniques for attaining root coverage . *J Periodontol*, v. 63 , p.19-23, 1992.
5. MAYNARD J.G. Mucogingival considerations for the adolescent patient. In : Nevins M, Mellonig J.T. , *Periodontal therapy* : clinical approaches and evidence of success . Chicago : Ed. Quintessence, p. 291-303, 1988.
6. MILLER P.D. Regenerative and reconstructive periodontal plastic surgery. Mucogingival surgery. *Dent Clin North Am* , v. 32, p.287-306,1988.
7. MILLER P.D. A classification of marginal tissue recession . *Int J Periodont Rest Dent* , v. 5, n. 2 , p. 9-13, 1985.
8. MILLER , P.D. .Root coverage using a free soft tissue autograft following citric acid application . *Inter J Periodont Rest Dent*, v. 5, p. 15-37, 1985-b.
9. RAPPAPORT N.H., NETSC HER D.T., Plastic surgery techniques applicable to periodontal flap surgery. *Periodontol 2000* , v. 11, p. 95-102, 1996.
10. The American Academy of Periodontology , *Ann Periodontol* , v. 1, p. 702-6, 1996.
11. MONNET-CORTIV., BORGHETTIA., *Cirurgia Plástica Periodontal*, Artmed, Porto Alegre, 2002.
12. WENNSTRÖM J.L. , Mucogingival therapy .*Ann Periodontol* , n.1 , p.671-701, 1996.
13. WENNSTRÖM J.L. , ZUCHELLI G., Increase gingival dimensions: a significant factor for successful outcome of root coverage procedures. A 2-year prospective clinical study. *J Clin Periodontol*, v.23, p. 770-7, 1996.