

Recobrimento radicular pela técnica de Zucchelli e De Sanctis

Root covering by the technical Zucchelli and De Sanctis

Alana Caroline Quadros LACERDA¹
 Ana Cláudia Braga Amoras ALVES¹
 Paula Giacomelli ROCHA¹
 Sílvio Augusto Fernandes de MENEZES¹

RESUMO

A recessão gengival é encontrada com certa frequência na periodontia. Clinicamente, apresenta-se pela exposição radicular causada por um deslocamento apical da posição da gengiva em relação à junção cimento/esmalte. A recessão pode ser localizada, afetando apenas um dente ou grupo de dentes ou generalizada, ocorrendo em toda a boca. Sua etiologia está relacionada a vários fatores, incluindo placa bacteriana, posição dos dentes na arcada, escovação errônea, oclusão traumática, inserção alta de freios ou inserções musculares, área de gengiva estreita e pressão labial, entre outros. 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 para corrigir não só a recessão gengival, pelo aumento da largura e altura da gengiva inserida ou queratinizada, como também obter recobrimento radicular parcial ou completo. Portanto, o objetivo deste trabalho é apresentar um relato de caso de recobrimento radicular de múltiplas recessões em áreas estéticas pela técnica de Zucchelli e De Sanctis.

Termos de indexação: Estética dentária. Retração gengival. Sensibilidade da dentina.

ABSTRACT

Gingival recession is a common finding in periodontics. Clinically, it consists of root exposure caused by apical displacement of the gingival margin in the cement-enamel junction. Recession may be localized, affecting only a tooth or group of teeth, or widespread, affecting the entire mouth. Its etiology is related to several factors, such as bacterial plaque, position of the teeth in the arch, incorrect brushing, traumatic occlusion, high frenum insertion or muscle insertions, narrow gingival area and lip pressure, among others. The goal of periodontal treatment is to regenerate the periodontium. Therefore, it became evident during the last decade that several procedures have the potential to regenerate not only gingival recession by increasing the width and height of the inserted or keratinized gums, but also to achieve partial or full root coverage. In this context, the objective of this work is to present a case report of the coverage of multiple recessions in aesthetic areas by the Zucchelli and De Sanctis technique.

Indexing terms: Esthetics dental. Gingival recession. Dentin sensitivity of dentin.

INTRODUÇÃO

As recessões gengivais são, comumente, um achado na periodontia e 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/esmalte¹.

As recessões gengivais podem ser localizadas, afetando apenas um dente ou grupo de dentes ou generalizadas, ocorrendo em toda a boca². Estas não afetam apenas esteticamente o paciente, mas também causam sensibilidade dentinária, dificultam a escovação, tornando-se um fator retentor do biofilme bacteriano³.

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 recessões⁴.

Há também uma classificação que faz uma analogia às letras do alfabeto, atribuindo a cada tipo um valor prognóstico, em que a recessão em "U" apresentava um prognóstico ruim; a recessão em "V" um prognóstico favorável e, em "I", um prognóstico bom⁵.

Miller⁶ redefiniu a classificação das recessões gengivais, relacionando a recessão gengival com o nível ósseo alveolar. Esta classificação divide as recessões em

¹ Centro Universitário do Pará, Curso de Odontologia. Av. Nazaré, 630, Nazaré, 66035-170, Belém, PA, Brasil. Correspondência para / Correspondence to: ACQ LACERDA <nana_quadros@hotmail.com>.

quatro classes: na classe I, não há perda óssea interproximal e a recessão gengival não ultrapassa a linha mucogengival. Na classe II, há ausência de perda óssea interproximal, enquanto que a recessão gengival ultrapassa a linha mucogengival; na classe III, existe uma perda óssea horizontal com um deslocamento apical das papilas, ou extrusão dental. A recessão existente poderá, ou não, ultrapassar a linha mucogengival. Na classe IV, existe uma perda óssea, estando os septos ósseos em alturas variadas, apresentando um acompanhamento das papilas.

As classes I e II são as que apresentam melhor previsibilidade de recobrimento radicular. Na classe III, há um recobrimento radicular parcial e na classe IV, não há recobrimento radicular⁷.

Atualmente, a etiologia das recessões gengivais é considerada multifatorial e está relacionada à presença de fatores anatômicos que se predispõe à ação de fatores desencadeantes com a patogenia das recessões gengivais. Quanto aos fatores predisponentes, relacionados à 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 alta⁸⁻⁹.

Dentre os fatores desencadeantes, estão: a escovação traumatogênica; próteses mal adaptadas; grampos; barras ou selas de prótese parcial removível; violação do espaço biológico; incisões relaxantes mal posicionadas; movimentação ortodôntica e fumo. Todos esses fatores apenas ocorrerão na presença de um periodonto predisponente, que resultará em uma inflamação, desencadeando a doença periodontal¹⁰⁻¹¹.

O periodonto é classificado em quatro tipos: periodonto tipo I, que apresenta dimensão de tecido queratinizado e espessura vestibulo-lingual do processo alveolar normal ou ideal; o periodonto tipo II é composto por dimensões de tecido queratinizado reduzidas, e espessura óssea vestibulo-lingual normal ou ideal; o tipo III possui tecido queratinizado com dimensão normal ou ideal, porém, a espessura vestibulo-lingual do processo alveolar é fina; e, finalmente, o periodonto tipo IV, que apresenta tanto o tecido queratinizado quanto a espessura do processo alveolar fino¹⁰⁻¹².

É de suma importância o paciente apresentar uma faixa adequada de gengiva queratinizada, pois esta protege o periodonto da agressão causada por forças de fricção durante a mastigação, de estímulos termoquímicos da dieta e dissipa o afastamento da margem gengival provocado pelos músculos inseridos na mucosa alveolar

adjacente¹³⁻¹⁵. Caso o paciente apresente uma faixa inadequada de gengiva queratinizada, isso acarretará uma gengiva e um vestibulo rasos, que favorecem o acúmulo de restos alimentares e dificultam a higienização oral¹⁶⁻¹⁸.

Com o advento da estética, surgiram várias técnicas para o recobrimento radicular, e a periodontia tem por objetivo, além do tratamento clássico periodontal, corrigir os problemas estéticos provenientes de recessões gengivais⁹.

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 para 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 completo¹⁹.

Existem diversas técnicas cirúrgicas para a cobertura de raízes desnudas, como os enxertos gengivais, reposição lateral do retalho, reposição coronal do retalho, regeneração tecidual guiada e enxerto de tecido conjuntivo subepitelial²⁰. Há também o retalho de papila dupla, o retalho semilunar e o enxerto alógeno (matriz dérmica acelular)²¹.

A técnica cirúrgica de recobrimento radicular a ser escolhida, geralmente, relaciona-se com as características clínicas do caso, preferência do operador, habilidade manual, classificação da recessão gengival, dentre outros¹.

O objetivo deste trabalho é apresentar um relato de caso de recobrimento radicular pela técnica de Zucchelli & De Sanctis²², indicada para áreas de múltiplas recessões estéticas. Nesta técnica, inicialmente, fazem-se incisões oblíquas e intra-sulculares, voltadas para os defeitos de recessão, com o objetivo de desenhar papilas cirúrgicas e anatômicas, para, posteriormente, deslocar coronariamente o retalho.

CASO CLÍNICO

Paciente FRL, sexo masculino, 25 anos de idade, compareceu a uma clínica particular queixando-se de sensibilidade radicular e do comprometimento estético. Durante o exame clínico, observou-se que o paciente apresentava múltiplas recessões gengivais classe I, envolvendo os elementos dentais 11, 12, 13, 21, 22 e 23 (Figura 1).

Paciente não apresentava nenhum comprometimento sistêmico, não era tabagista e nem etilista. Diante deste caso, optou-se por realizar o

recobrimento radicular pela técnica de Zucchelli & De Sanctis²², com anestesia por bloqueio infraorbital bilateral e após complementação com anestesia para infiltração local em cada elemento dental. Posteriormente, elegeu-se o dente 21 como referência para iniciar as incisões, pois este era o que apresentava a maior recessão gengival.

Esta técnica preconiza incisões oblíquas para melhor adaptação das papilas, portanto, a incisão inicial partiu da junção cimento/esmalte do referido dente e foi até o topo da recessão do dente adjacente e assim sucessivamente, formando duas papilas: a cirúrgica (formada após as incisões) e a anatômica (já existente), (Figura 2).

Posteriormente, foi feito o descolamento do tecido, sendo inicialmente, na papila, retalho de espessura total até a crista óssea e após retalho de espessura parcial até atingir a mucosa alveolar, proporcionando mobilidade adequada ao retalho (Figura 3).

Depois, desepitelizou-se as papilas anatômicas (Figura 4), e fez-se raspagem e alisamento radicular, com irrigação abundante com soro fisiológico para remoção da *smear layer*, não sendo utilizado nenhum biomodificador. Por fim, foi executada a sutura do tipo colchoeiro horizontal modificada para haver um melhor tracionamento do retalho coronal (Figura 5).

No período pós-operatório, o paciente recebeu as orientações sobre os cuidados necessários e foi feita prescrição de paracetamol 750mg de 6/6h durante três dias.

Após dez dias, o paciente retornou para a remoção da sutura, apresentando uma boa cicatrização. Depois de 60 dias, pode-se perceber o total recobrimento radicular das recessões com excelente resultado, melhorando a qualidade do tecido periodontal (Figura 6).



Figura 1. Aspecto inicial.



Figura 2. Incisões oblíquas.



Figura 3. Análise da mobilidade do retalho.



Figura 4. Deseptelização das papilas anatômicas.



Figura 5. Sutura do tipo colchoeiro horizontal modificada.



Figura 6. Aspecto final após 60 dias.

DISCUSSÃO

A recessão gengival foi conceituada de diversas maneiras, até chegar ao conceito atual. Gartrell & Mathewws²³, definiram recessão gengival como a posição apical da margem gengival em relação à junção amelocementária. Entretanto, para Guinard & Caffesse²⁴, é considerada o desnudamento parcial da superfície radicular, devido à migração apical da margem gengival. Já Benqué et al.⁵, afirmaram ser a perda considerável de gengiva localizada, desnudando a superfície radicular a partir da junção cimento/esmalte.

Em 1992, a Academia Americana de Periodontia, com o glossário de termos periodontais²⁵, definiu recessão gengival como o deslocamento da gengiva marginal apicalmente à junção amelocementária. Este conceito é o que permanece atualmente.

Para que o recobrimento radicular seja bem sucedido, é importante preservar a anatomia das papilas interdentes. De acordo com Caçador et al.²⁶, a perda de tecido interproximal na região anterior da maxila em decorrência da evolução da doença periodontal ou da terapia empregada, provoca sério problema estético e funcional. Durante o procedimento cirúrgico, o profissional deve atentar-se para a permanência da anatomia das papilas, realizando, sempre que possível, incisões oblíquas. Porém, na técnica de Bruno²⁷ e de Langer & Langer²⁸, as incisões são horizontais na altura ou levemente coronal à junção cimento/esmalte adjacente às superfícies radiculares a serem recobertas, desfavorecendo a manutenção da papila.

Na técnica de Bruno²⁷, o retalho não é posicionado sobre as papilas anatômicas, sendo suturado no local onde foi feita a incisão horizontal. No entanto, em 1999, o mesmo autor modificou a técnica, propondo o recobrimento das papilas previamente desepitelizadas, assim como indica a técnica de Zucchelli & De Sanctis²², de modo a aperfeiçoar a previsibilidade do recobrimento radicular.

Por outro lado, o fator estético na técnica de Bruno²⁷, mesmo modificada, ainda é desfavorável, pois o retalho não assume a forma triangular das papilas. Sendo então proposto por Zucchelli & De Sanctis²² a realização de incisões oblíquas formando “novas” papilas no retalho, denominadas de papilas cirúrgicas, de modo a proporcionar um sorriso mais estético.

Na técnica de Langer & Langer²⁸, são feitas incisões horizontais e relaxantes, desfavorecendo o pós-operatório, havendo risco de comprometimento do suprimento

sanguíneo, uma cicatrização mais lenta e um maior incômodo para o paciente, devido à maior quantidade de suturas, e à estética, que pode ficar prejudicada. Já na técnica de Pini Prato et al.²⁹, são realizadas incisões relaxantes curvas, sendo melhor pois a cicatrização fica mais favorecida. No entanto, Zucchelli & De Sanctis²² não utilizam incisões relaxantes, o que constitui uma vantagem bastante favorável no pós-operatório.

Zucchelli & De Sanctis²² realizam primeiro o retalho de espessura total na altura da crista óssea, e posteriormente, o deslocamento é feito em direção apical por uma dissecação em espessura parcial, para que assim, haja um ganho de mucosa queratinizada. Isso geralmente não ocorre nas outras técnicas em que os autores utilizam somente um tipo de espessura de retalho, como, por exemplo, na técnica de Bruno²⁷, onde somente é realizado o retalho de espessura parcial.

Ao utilizar-se a técnica de Zucchelli & De Sanctis²², ganha-se uma excelente quantidade de mucosa queratinizada e, de acordo com Pini Prato et al.²⁹ e Carvalho³⁰, quando associa-se esta técnica com o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, o resultado é bastante satisfatório, pois o aumento de tecido queratinizado favorece a estética e proporciona conforto ao paciente durante a higiene bucal, visto que a mucosa alveolar não estará com mobilidade.

CONCLUSÃO

A técnica de Zucchelli e De Sanctis é bastante efetiva nos casos de recobrimento radicular de recessões múltiplas que afetam dentes em áreas estéticas da cavidade oral.

Muitas outras técnicas são empregadas para o recobrimento radicular em áreas estéticas. Porém, esta técnica, vem sendo muito utilizada, apresentando ótimos resultados.

Colaboradores

ACQ LACERDA, PG ROCHA e SAF MENEZES foram responsáveis pela realização do caso clínico e redação do artigo. ACBA ALVES foi responsável pela elaboração da revisão de literatura, discussão e redação do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Leal ZTC, Solis ACO. Técnicas cirúrgicas mucogengivais de retalho deslocado coronariamente: revisão da literatura [Apresentando no XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação; 2007; São José dos Campos, SP].
2. Lindhe J, Karring T, Lang NP. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
3. Carranza FA, Takei HH, Newman MG, Klokkevold PR. Periodontia clínica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.
4. Sullivan HC, Atkins JH. Free autogenous gingival grafts. I. Principles of successful grafting. *Periodontics*. 1968;6(3):121-9.
5. Benqué E, Brunel G, Gineste M, Colin L, Duffort J F, Fonvielle E. Les re`cessions gingivales. *J Parodontol*. 1983;2:207-41.
6. Miller PD. A classification of marginal tissue recession. *Int J Perio Res Dent*. 1985;5(2):9-13.
7. Bouchard P, Malet J, Borghetti A. Decision-making in esthetics: root coverage revisited. *Periodontology* 2000. 2001;27:97-120.
8. Ishi EP, Sakakura CE, Margonar R, Cirelli JA. Procedimentos mucogengivais para cobertura radicular: revisão de literatura. *Rev Paul Odont*. 2004;26(4):20-2.
9. Borghetti A, Monnet-Corti V. Cirurgia plástica periodontal. *Porto Alegre: Artmed*; 2002.
10. Maynard Jr JG, Wilson RD. Diagnosis and management of mucogingival problems in children. *Dent Clin North Am*. 1980;24(4):683-703.
11. Friedman N. Mucogingival surgery. *Tex Dent J*. 1957;75:358-62.
12. Nabers CL. Repositioning the attached gingival. *J Periodontol*. 1954;25:38-9.
13. Ochsenein C. Newer concept of mucogingival surgery. *J Periodontol*. 1960;31:175-85.
14. Friedman N, Levine HL. Mucogingival surgery: current status. *J Periodontol*. 1964;35:5-21.
15. Gottsegen R. Frenulum position and vestibular depth in relation to gingival health. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1954;7:1069-78.
16. Corn H. Periosteal separation: its clinical significance. *J Periodontol*. 1962;33:140-52.
17. Rosenberg NM. Vestibular alterations in periodontics. *J Periodontol*. 1960;31:231-7.
18. Stern JB. Oral mucous membrane. In: Bhaskar SN. *Orbans oral histology and embryology*. St. Louis: CV Mosby; 1976. p.103.
19. Kassab MM, Cohen RE. Tratamento de retração gengival. *J Am Dent Assoc*. 2003;6:142-8.
20. Guimarães GM. Recobrimento radicular: apresentação de técnica. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2007;61(1):74-6.
21. Wennström JL. Mucogingival therapy. In: *Proceedings of the world work shop on periodontics*. *Ann Periodontol*. 1996;1:671-701.
22. Zucchelli G, De Sanctis M. Treatment of multiple recession-type defects in patients with esthetic demands. *J Periodontol*. 2000;71(9):1506-14.
23. Gartrell JR, Mathewws DP. Gingival recession. *Dent Clin North Am*. 1976;20(1):35-59.
24. Guinard EA, Caffesse RG. Treatment of localized gingival recessions. I. Lateral sliding flap. *J Periodontol*. 1978;49(7):351-6.
25. *Glossary of Terms in Periodontology*. Chicago: The American Academy of Periodontology; 1992.
26. Caçador ME, Lima AM, Bonecker MJ, Wassall T, Araújo VC, Joly JC. Reconstrução cirúrgica da papila interdental. *RGO - Rev Gaúcha Odontol*. 2003;51(4):348-50.
27. Bruno JF. Connective tissue graft technique assuring wide root coverage. *Int J Periodont Res Dent*. 1994;14(2):127-37.
28. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol*. 1985;56(12):715-20.
29. Pini Prato G, Baldi C, Pagliaro V, Niere M, Saletta D, Rotundo R, et al. Coronally advanced flap procedure for root coverage. Treatment of root surface: root planning versus polishing. *J Periodontol*. 1999; 70(9):1064-76.
30. Carvalho PF, Silva RC, Cury PR, Joly JC. Modified coronally advanced flap associated with a subepithelial connective tissue graft for the treatment of adjacent multiple gingival recessions. *J Periodontol*. 2006; 77(11): 1901-06.

Recebido em: 27/11/2008

Versão final reapresentada em: 1/7/2009

Aprovado em: 24/8/2009