

ASSOCIAÇÃO DA ORTODONTIA COM ENXERTO GENGIVAL LIVRE PARA RECOBRIMENTO RADICULAR DE RECESSÃO CLASSE I DE MILLER: RELATO DE CASO

Angelica Oliveira de Assis, Renata Cristina de Carvalho Barreto Oliveira Apolinário Figueira, Maria Gabriela Lima Barbosa Monteiro

1. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e especialista em Periodontia pela Universidade Cruzeiro do Sul (COESP).
2. Mestre em Radiologia e Imagenologia e especialização em estomatologia: Faculdade São Leopoldo Mandic.
3. Universidade de Pernambuco-UPE.

RESUMO

A ausência de tecido queratinizado revela-se como uma fragilidade de determinados elementos dentais. No intuito de garantir um reforço no suporte periodontal, o enxerto gengival epitélio-conjuntivo aparece como uma solução. A utilização de um auto-enxerto para recobrir áreas desnudas que sofrerão movimentação ortodôntica de risco vem trazendo bons resultados no recobrimento radicular, criando tecido gengival em altura e espessura. Além disso, a movimentação dentária pode ajudar no surgimento e manutenção desses tecidos. Portanto, o presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de enxerto gengival livre que foi utilizado para conferir estabilidade periodontal e permitir a movimentação ortodôntica e confrontar com achados na revisão de literatura. Então, a partir dos resultados, verifica-se que o enxerto gengival livre aliado a movimentação dentária, resultou no total recobrimento radicular, conseguindo assim, a estabilidade dos tecidos periodontais do elemento.

Palavras-chaves: gengiva, recessão gengival, doenças da gengiva, ortodontia, movimentação dentária, raiz dentária.

INTRODUÇÃO

O tratamento das recessões gengivais com cirurgias plásticas periodontais vem obtendo sucesso na odontologia¹. A gengiva inserida é considerada benéfica para manutenção da saúde dos tecidos periodontais². Portanto, os procedimentos de aumento gengival em altura e espessura são recomendados para devolver o arcabouço de sustentação nas situações

em que os elementos dentais foram expostos a agentes irritantes e prejudiciais aos tecidos de proteção e suporte dentários³.

Uma altura mínima de gengiva queratinizada é fundamental para manutenção da saúde em torno dos dentes, proporcionando a estabilidade dos tecidos, especialmente nos casos de prótese fixa ou removível e em pacientes com movimentação ortodôntica de risco. Essa gengiva inserida facilita higiene oral e dificulta a aderência de biofilme dental⁴.

De acordo com uma recente revisão sistemática encomendada pela American Academy of Periodontology, a quantidade mínima de gengiva queratinizada recomendada é de 2 milímetros⁵. A revisão sistemática e meta-análise de Dragan et al (2017) analisou 34 artigos e verificou que o enxerto gengival livre é uma excelente alternativa de terapia para recompor os tecidos moles e para aumentar a gengiva queratinizada³. A partir desses achados, ao se deparar com áreas dentadas que apresentam um periodonto fragilizado e que irão passar por uma movimentação ortodôntica, deve-se procurar alternativas para recompor o tecido queratinizado sendo o enxerto gengival livre uma solução.

Por isso, o presente artigo se propõe a relatar um caso de cirurgia de recobrimento radicular com enxerto gengival, livre com objetivo de preparar para a posterior movimentação ortodôntica.

RELATO DE CASO

Paciente melanoderma, 33 anos, sem doença sistêmica, foi encaminhada em clínica privada para avaliação do elemento 41. A paciente relatava sensibilidade e já estava em tratamento ortodôntico há um ano e seis meses. Observou-se a presença de cálculo supra-gengival e uma recessão classe I de Miller, quando a retração da gengiva inserida não se estende até a junção mucogengival e não há perda interdentária de osso ou tecido mole (figura 1). Além disso, havia uma profundidade de sondagem de 2mm e sangramento a sondagem.

A primeira parte do tratamento foi realizada com a remoção do aparelho ortodôntico da arcada inferior, o tratamento periodontal básico (raspagem e alisamento corono-

radicular) e orientação de higiene oral. Após 4 semanas, foi proposto o recobrimento da recessão com enxerto gengival livre. Para isso, solicitou-se os exames pré-operatórios de rotina (Hemograma, coagulograma e plaquetas).

Após realizada a antisepsia, a anestesia local foi realizada com mepivacaína a 2% com adrenalina no sítio doador, que foi a região do palato próximo a região de pré-molar e molar superior direito (figura 2).



Fig. 1: Recessão Gingival classe I de Miller.



Fig. 2: Sítio doador.

Após a remoção do enxerto da área doadora, houve a preparação do leito receptor, em que foi realizada a incisão horizontal, relaxantes divergentes e o enxerto gengival foi colocado no área receptora. Foram realizadas suturas horizontais com o fio de Vicryl 5.0 e a vertical com seda 4.0 (figura 3). Todo o conjunto foi avaliado quanto a imobilidade do enxerto, irrigação sanguínea disponível e, para finalizar, colocou-se cimento cirúrgico.

A paciente voltou após 15 dias para remoção do cimento e sutura, observa-se início da cicatrização dos tecidos (figura 4). Foi realizado o acompanhamento com 1 mês, em que verificou-se a presença de biofilme e cálculo gengival (figura 5). Foi realizada nova orientação de higiene e remoção dos fatores etiológicos.



Fig. 3: Enxerto gengival no leito receptor.



Fig. 4: Cicatrização em 15 dias.



Fig. 5: Cicatrização em 30 dias.

Com 3 meses ainda verifica-se área avermelhada na porção coronal do enxerto, sangramento a sondagem e profundidade de sondagem de 2mm. Por isso, foi realizada nova instrução de

higiene e liberação para movimentação ortodôntica (figura 6). Após 1 ano verifica-se a maturação dos tecidos gengivais, aliada a movimentação dentária e o total recobrimento da recessão classe I (figura 7).



Fig. 6: Cicatrização com 3 meses.



Fig. 7: Maturação tecidual com 1 ano.

DISCUSSÃO

A cirurgia periodontal para recobrimento radicular já vem sendo usada há bastante tempo no intuito de prevenir cáries radiculares, lesões cervicais não cariosas e hipersensibilidade⁶. Os procedimentos de recobrimento radicular em recessões gengivais classe I de Miller tem uma previsibilidade e prognóstico favoráveis, levando a uma diminuição significativa da recessão e ganho de inserção, sem alterar a profundidade de sondagem⁷.

Uma desvantagem do

tratamento com enxerto gengival livre é a necessidade de um segundo sítio cirúrgico, que geralmente ocorre no palato, gerando dor e desconforto ao paciente⁵. Por outro lado há alternativas de tratamento com substitutos teciduais com intuito de aumentar a faixa de tecido queratinizado, sem recorrer ao palato como fonte de tecido doador, evitando assim a morbidade associada ao local doador.

Além disso, outro fator deve ser levado em consideração, quando se tem vários sítios que necessitam ser tratados, é a disponibilidade limitada de tecido inerente aos enxertos autógenos, pois restringe o recobrimento aos dentes com pior prognóstico ou requer várias etapas cirúrgicas⁸.

Porém, a morbidade do paciente pode ser gerenciada criando uma proteção da região doadora, isolando a ferida durante a cicatrização⁹. Um fator relevante observado no estudo de Tavelli et al (2018) é que a altura e espessura do enxerto não afetam na morbidade; mas a largura do enxerto maior que 14 mm foi relacionada com a dor.

A revisão sistemática de Chambrone e Tataski (2015) mostrou melhores resultados alcançados com enxerto conjuntivo⁷. Outros autores, em uma meta-análise, Buti J, Baccini M, Nieri M, La Marca M, Pini-Prato GP (2013), verificaram que o retalho deslocado coronalmente associado ao enxerto conjuntivo é o padrão ouro no recobrimento radicular das recessões classe I e II de Miller⁹.

Por outro lado, a revisão sistemática e meta-análise de Dragan IF, Holtzman LP, Karimbux N, Morin RA, Bassir S comparou o ganho de tecido queratinizado quando fazendo uso do enxerto gengival livre ou com a

membranas xenogênas como a Mucoderm® (botiss biomaterials GmbH, Zossen, Germany) e Mucograft® (Geistlich Pharma AG, Wolhusen, Switzerland), matriz dérmica acelular a exemplo da Alloderm® (Lifecell Corporation, Branchburg, New Jersey) e células vivas (fibroblastos). Verificaram que o enxerto gengival livre quando comparada a esses métodos alternativos resulta 1,39 mm a mais de tecido queratinizado³. Por isso, que mesmo tendo a desvantagem do desconforto pós-operatório, o enxerto epitélio conjuntivo ainda continua sendo o método mais previsível e com melhor resposta, sendo assim, justificada a escolha desse método no nosso caso clínico.

Um fator influenciador nos tecidos de proteção e sustentação periodontal é a movimentação ortodôntica. No caso clínico exemplificado acima, a movimentação dentária atuou como uma aliada ao ganho e estabilidade dos tecidos. Por outro lado, sabe-se que a ortodontia em elementos com recessão e biótipo periodontal fino pode agravar a situação. Entretanto, quando se tem uma quantidade mínima de tecido queratinizado somado a movimentação para lingual, consegue-se um fator positivo no incremento do suporte periodontal¹⁰.

No caso relatado nesse artigo o enxerto gengival livre conseguiu o recobrimento total, uma estética favorável considerando o quadro inicial e ganho de suporte. Somado a movimentação ortodôntica esse tratamento pode ser considerado como uma excelente alternativa.

CONCLUSÃO

Portanto, uma técnica de recobrimento radicular para recessões classe I de

Miller com excelente previsibilidade para ser usada é o enxerto gengival livre, pois consegue um resultado

favorável preservando o ganho de inserção dos tecidos periodontais.

ABSTRACT

The absence of keratinized tissue reveals itself as a fragility of some dental elements. In order to guarantee a reinforcement to the periodontal support, the epithelial-connective gingival graft appears as a solution. The use of an autograft to cover bare areas that will be submitted for a hard orthodontic movement, has brought good results in the root coverage, creating gingival tissue in height and thickness. Besides that, tooth movement can help in the appearance and maintenance of these tissues. Therefore, the present study aims to report a case of free gingival graft that was used to assure periodontal stability, enable orthodontic movement and to compare with findings in the literature review. Then, from the results, it was verified that the free gingival graft allied to tooth movement, resulted in the total root coverage, thus achieving, the stability of the periodontal tissues of the element.

Keywords: gingiva; gingival recession; gum diseases; orthodontics; tooth movement; dental root.

REFERÊNCIAS

-
1. Cairo F, Nieri M, Pagliaro U. Efficacy of periodontal plastic surgery procedures in the treatment of localized facial gingival recessions. A systematic review. J Clin Periodontol. 2014;41(15): (Suppl):S44-62.
 2. Bains VK, Gupta V, Singh GP, Bains R. Mucogingival surgery: where we stand today. J Calif Dent Assoc. 2011;39(8):573-83.
 3. Dragan IF, Holtzman LP, Karimbux N, Morin RA, Bassir S. Clinical Outcomes of Comparing Soft Tissue Alternatives to Free Gingival Graft: a Systematic Review and Meta-Analysis. The Journal of Evidence-Based Dental Practice. 2017.
 4. Scheyer ET, Sanz M, Dibart S, Greenwell H, John V, Kim DM et al. Periodontal soft tissue non-root coverage procedures: a consensus report from the AAP Regeneration Workshop. J Periodontol 2015;86(2 Suppl):S73-6.
 5. Kim DM, Neiva R. Periodontal Soft Tissue Non-Root Coverage Procedures: A Systematic Review From the AAP Regeneration Workshop. J Periodontol 2015;86(2):S56-S72.
 6. Buti J, Baccini M, Nieri M, La Marca M, Pini-Prato GP. Bayesian network meta-analysis of root coverage procedures:

- Ranking efficacy and identification of best treatment. *J Clin Periodontol.* 2013;40:372-386.
7. Chambrone L , Tatakis D N. Periodontal Soft Tissue Root Coverage Procedures: A Systematic Review From the AAP Regeneration Workshop. *J Periodontol.* 2015;86 (2): (Suppl.):S8-S51.
 8. Michael K M, Todd E. Xenogeneic Collagen Matrix for Soft Tissue Augmentation. *J Periodontol.* 2014;85(10):1333-1341.
 9. Tavelli L, Ravida A , Saleh M H, Maska B, Amo F S L, Rasperini G et al. Pain perception following epithelialized gingival graft harvesting: a randomized clinical Trial. *Clinical Oral Investigations.* 2018.
 10. Bonacci FJ. Hard and soft tissue augmentation in a postorthodontic patient: a case report. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2011;31:19-27.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA:

Angelica Oliveira de Assis

Rua Larga do Feitosa, 282, apt. 202. Encruzilhada, Recife, CEP 52030-140. Telefone: 81-98314-7714

E-mail: angelica.assis.3@gmail.com