

Recobrimento Radicular em Recessão Gengival Classe III de Miller

Root Coverage in Class III Miller Gingival Recession

DIOGO JOSÉ BARRETO DE MENEZES¹
ENNYO SOBRAL CRISPIM DA SILVA²
JULIANA RODRIGUES PAULO³
RONALDO LIRA JÚNIOR³
ALEXANDRE DA CUNHA DINIZ⁴
SEVERINO CELESTINO DA SILVA⁵
ROBERTO LIRA DE BRITO⁵

RESUMO

O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico de recobrimento gengival utilizando retalho deslocado lateral associado a enxerto de conjuntivo para recobrimento de recessão gengival classe III de Miller. Relatou-se o caso de um paciente, gênero masculino, 45 anos, com Periodontite Crônica Grave localizada, escovação e oclusão traumáticas na região do elemento 41, apresentando retração classe III de Miller, ultrapassando a linha muco gengival, próximo ao ápice radicular, giroversão, extrusão e perda óssea interproximal. Inicialmente, foram realizados procedimentos básicos periodontais. No procedimento cirúrgico, utilizou-se retalho deslocado lateral associado a enxerto de conjuntivo, aplainamento radicular com brocas diamantadas PerioSet®, raspagem e alisamento radicular com curetas gracey 5-6, e cloridrato de tetraciclina (125mg/ml) por 3 minutos. Utilizou-se suturas reabsorvíveis para fixação do enxerto ao periosteio e suturas externas com fio seda 4.0. Após a cirurgia, realizou-se o ajuste oclusal. Foi obtido aproximadamente 80% de recobrimento da recessão gengival com o emprego da referida técnica, aliado a uma diminuição significativa da profundidade e sangramento à sondagem e mobilidade, compatível com saúde clínica periodontal. Conclui-se que apesar da baixa previsibilidade dos resultados cirúrgicos para a terapêutica proposta, obteve-se um recobrimento radicular satisfatório.

DESCRIPTORIOS

Retração Gengival. Tecido Conjuntivo. Retalhos Cirúrgicos.

SUMMARY

This paper is a case report of root coverage using the gingival lateral slide flap associated with tissue graft for covering a Miller Class III gingival recession. This report is about a patient, male, 45 years, with localized severe chronic periodontitis, traumatic brushing and occlusal trauma in the region of tooth 41, with a Miller Class III retraction, bypassing the mucogingival line, close to the apex. Tooth with rotation, extrusion and interproximal bone loss. Initially, periodontal basic procedures were performed and occlusal adjustment. The surgical procedure used lateral slide flap associated with graft tissue, scaling and root planning with diamond drills (PerioSet®), gracey curets 5-6 and tetracycline chlorhydrate 125mg/ml. Absorbable sutures was used for graft fixation to the periosteum and external sutures with silk suture thread 4.0. An approximately 80% of gingival recession covering was obtained using of this technique, combined with a significant decrease in the depth and bleeding on probing, formation of a long junctional epithelium, compatible with periodontal health. In conclusion, despite the low predictability of surgical outcomes for the proposed therapy a satisfactory root coverage was obtained.

DESCRIPTORS

Gingival Recession. Connective Tissue. Surgical Flaps.

- 1 Professor de Periodontia da UFPB e Professor de periodontia UNIPÊ-PB, Coordenador do Curso de Especialização em Implantodontia, UNIPÊ-PB.
- 2 Mestre em Implantodontia - UNISA-SP e Doutorando em Periodontia - UnG-SP.
- 3 Aluno(a) do curso de Graduação em Odontologia pela Universidade Federal da Paraíba.
- 4 Professor do Curso de Especialização em Implantodontia, UNIPÊ-PB.
- 5 Professor Associado das Disciplinas de Periodontia I e II - UFPB,

A recessão gengival é caracterizada pelo deslocamento, em direção apical, da margem gengival além da junção cimento-esmalte (LEKNES *et al.*, 2005; KASSAB, COHEN, 2003). O tratamento cirúrgico dos defeitos de recessão é indicado para conseguir melhorias estéticas, diminuir a sensibilidade da raiz, restaurar ou impedir a cárie radicular e deter a progressão da recessão (DANESHMEYER, WIKESJO, 2001). O objetivo final desse processo de cobertura da raiz é o fechamento completo do defeito, com boa aparência, relacionados aos tecidos moles adjacentes, e profundidade de sondagem mínima (ROCCUZZO *et al.*, 2002).

Para tanto, várias são as técnicas utilizadas, tais como, retalhos pediculados, enxertos livres de tecido mole e combinações de retalhos pediculados e enxertos ou membranas de barreira (ROCCUZZO *et al.*, 2002).

Porém, a previsibilidade do recobrimento radicular é influenciada por vários fatores. Dentre eles, se a margem gengival está apical à junção mucogengival, se há perda do septo ou da gengiva interdental, a extensão do mau posicionamento do dente e o suprimento sanguíneo, que é o fator de maior influência nos resultados (SATO, 2002).

A técnica do retalho deslocado lateralmente é uma das plásticas gengivais destinadas a reduzir a quantidade de exposição radicular, desde que haja, lateralmente, tecido doador adequado. Segundo DUARTE (2002), ela é a que resulta em melhores resultados estéticos para retrações localizadas, visto que, o tecido gengival doador é exatamente igual ao da

área receptora, o que dá tonalidade de cor precisa, além da uniformidade anatômica.

Associado a essa técnica, pode-se usar um enxerto de tecido mole subepitelial, isto é, tecido conjuntivo. O enxerto será colocado diretamente sobre a raiz exposta e um retalho de mucosa será deslocado para protegê-lo (LANGER, LANGER, 1985; NELSON, 1987; HARRIS, 1992; BRUNO, 1994). De acordo com JAHNKE *et al.* (1993) a quantidade e a taxa de recobrimento radicular completo foram melhores com o uso de enxertos de tecido conjuntivo.

Ante o exposto, o objetivo deste estudo foi relatar um caso clínico de recobrimento gengival utilizando retalho deslocado lateralmente associado a enxerto de tecido conjuntivo para recobrimento de recessão gengival classe III de Miller.

RELATO DE CASO

Paciente, gênero masculino, 45 anos de idade, portador de Periodontite Crônica Grave localizada, escovação traumática e oclusão traumática na região do elemento 41, apresentando retração classe III de Miller, ultrapassando a linha muco gengival, próximo ao ápice radicular, giroversão, extrusão e perda óssea interproximal (Figura 1).

Inicialmente, foram realizados procedimentos básicos periodontais. No procedimento cirúrgico, utilizou-se retalho deslocado lateralmente associado a enxerto de tecido conjuntivo (Figura 2), aplainamento radicular com brocas diamantadas Periojet[®], raspagem



Figura 1: Aspecto Inicial do paciente. Retração classe III de Miller, no elemento 41, ultrapassando a linha muco gengival, próximo ao ápice radicular.

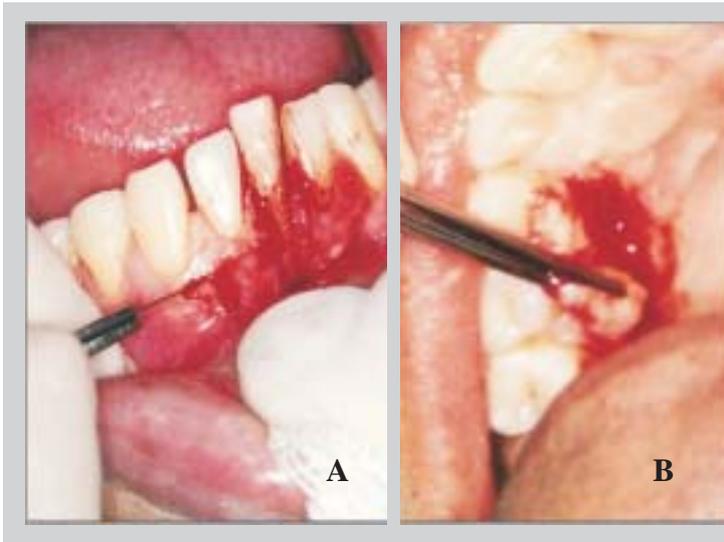


Figura 2: A - Incisão e preparo do leito receptor com retalho lateral de espessura parcial. B – Remoção de tecido conjuntivo para enxerto.

e alisamento radicular com curetas gracey 5-6 (Figura 3), e cloridrato de tetraciclina (125mg/ml) por 3 minutos. Para fixação do enxerto ao periósteo utilizaram-se suturas reabsorvíveis e para estabilização do retalho, suturas externas com fio seda 4.0 (Figuras 4 e 5).

Após a cirurgia foi realizado o ajuste da oclusão, sendo removidos os contatos prematuros e a interferência oclusal.

Foi obtido aproximadamente 80% de recobrimento da recessão gengival com o emprego da referida técnica, aliado a uma diminuição significativa da profundidade e sangramento à sondagem e mobilidade, compatível com saúde clínica periodontal (Figuras 6 e 7).

DISCUSSÃO

A Academia Americana de Periodontia salienta que as técnicas de reconstrução plástica periodontal incluem: o recobrimento radicular, o aprofundamento da área vestibular e a exposição da coroa clínica dentária. Segundo a entidade, as aplicações dessas técnicas são constantes na prática clínica periodontal e o sucesso e a previsibilidade destas manobras encontra-se bem estabelecidos na literatura pertinente (AAP, 2005).

A recessão gengival é uma condição comum na população com uma prevalência de 78%, estando sua maioria localizada nas faces vestibulares dos elementos



Figura 3: Descontaminação da superfície da raiz através da raspagem e alisamento radicular com curetas gracey 5-6.



Figura 4: Fixação do enxerto de tecido conjuntivo ao periósteo através de sutura reabsorvível.



Figura 5: Retalho estabilizado e suturado em posição com fio seda 4.0.



Figura 6: Resultado final após 6 meses.

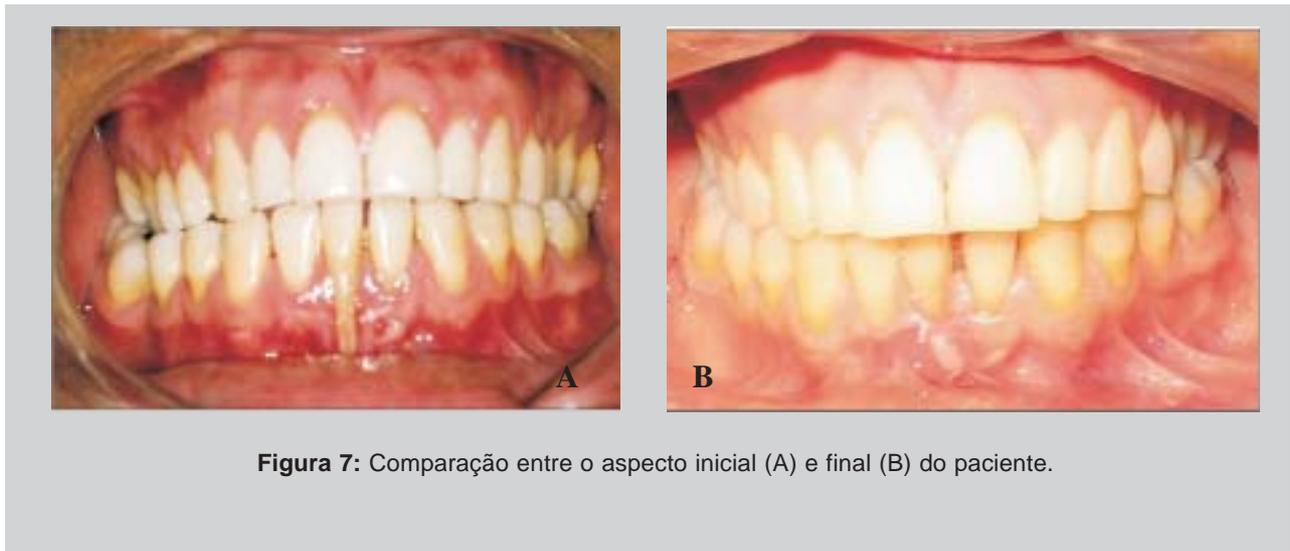


Figura 7: Comparação entre o aspecto inicial (A) e final (B) do paciente.

dentários, salientando-se que a prevalência das recessões aumenta com a idade (TOKER, OZDEMIR, 2009).

Quanto aos fatores etiológicos, YARED, ZENOBIO e PACHECO (2006), após revisão da literatura, citam: acúmulo de biofilme dentário, trauma mecânico pela higienização bucal, oclusão traumatogênica, inserção alterada do freio labial, altura da faixa de mucosa ceratinizada e espessura da margem gengival livre, componente alveolar e posicionamento dentário.

No entanto, HARREL e NUNN (2004) concluíram não haver relação entre as discrepâncias oclusais e a ocorrência de recessões gengivais. RAJAPAKSE *et al.* (2007), após uma revisão sistemática da literatura, sugeriram que havia dados insuficientes para apoiar ou refutar a associação entre a escovação e recessão gengival não-inflamatória. E, PARK (2009) e YARED; ZENOBIO e PACHECO (2006) relataram que a saúde periodontal pode ser mantida, evitando-se a progressão da recessão em casos com ausência ou mínima faixa de gengiva inserida, desde que haja o controle de placa.

Frente a isso, sabe-se que a recessão gengival possui etiologia multifatorial e KASSAB e COHEN (2003) relatam que vários fatores podem desempenhar um papel, embora não necessariamente, de maneira simultânea. Identificar e quantificar a influência de cada um pode não ser possível, pois a recessão em determinado local pode ser o resultado de vários fatores diferentes.

No que tange as técnicas utilizadas para sua correção, ROCCUZZO *et al.* (2002) afirma que, nenhum

procedimento cirúrgico tem sido considerado superior para a cobertura da raiz.

Neste caso empregou-se o retalho deslocado lateralmente, porém ROCCUZZO *et al.* (2002) concluíram que existem dados limitados sobre ele, sendo sua previsibilidade relativamente baixa. No entanto, obtiveram-se os resultados satisfatórios com o emprego da técnica, restabelecendo a saúde clínica periodontal.

Quanto à utilização de enxerto de tecido conjuntivo, como usado no caso aqui relatado, a melhoria na redução de recessão gengival foi significativamente superior à regeneração tecidual guiada (RTG) (ROCCUZZO *et al.*, 2002). Segundo ROSETTI *et al.* (2000), o recobrimento radicular através da RTG não traz a formação de mucosa ceratinizada, fato que ocorre com o enxerto de tecido conjuntivo. Para LEKNES *et al.* (2005), a colocação de uma membrana biodegradável embaixo do retalho não parece melhorar nem a curto nem a longo prazo os resultados.

COMENTÁRIO

Apesar de ser considerado um procedimento de baixa previsibilidade, conclui-se que a referida técnica apresentou, nesse caso, um resultado satisfatório, devolvendo ao paciente uma boa condição clínica e estética, melhorando sobremaneira o prognóstico do elemento dentário.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Academy report: oral reconstructive and corrective considerations in periodontal therapy. *J Periodontol*, 76(s.n.):1588-1600, 2005.
2. BRUNO, JF. Connective tissue graft technique assuring wide root coverage. *Int J Periodontics Restorative Dent*, 14(s.n.):127-137, 1994.
3. DANESH-MEYER MJ, WIKESJO UME. Gingival recession defects and guided tissue regeneration: a review. *J Periodont Res*, 36(s.n.):341-354, 2001.
4. DUARTE CA. Cirurgia Periodontal Pré-protética e Estética. São Paulo: Santos, 2002.
5. Harrel, SK, Nunn ME. The effect of occlusal discrepancies on gingival width. *J Periodontol*, 75(s.n.):98-105, 2004.
6. HARRIS, RJ. The connective tissue with partial thickness double pedicle graft: the results of 100 consecutively-treated defects. *J Periodontol*, 65(s.n.):448-461, 1994.
7. Jahnke PV, SANDIFER JB, GHER ME, GRAY JL, RICHARDSON AC. Thick free gingival and connective tissue autografts for root coverage. *J Periodontol*, 64(s.n.):315-322, 1993.
8. KASSAB MM, COHEN RE. The etiology and prevalence of gingival recession. *J Am Dent Assoc*, 134(s.n.):220-225, 2003.
9. LANGER B, LANGER L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol*, 56(s.n.):715-720, 1985.
10. LEKNES KN, AMARANTE ES, PRICE DE, BOE OE, SKAVLAND RJ, LIE T. Coronally positioned flap procedures with or without a biodegradable membrane in the treatment of human gingival recession. A 6-year follow-up study. *J Clin Periodontol*, 32(s.n.):518-529, 2005.
11. NELSON SW. The subpedicle connective tissue graft: A bilaminar reconstructive procedure for coverage of denuded root surfaces. *J Periodontol*, 58(s.n.):95-102, 1987.
12. PARK JB. Treatment of Gingival Recession with Subepithelial Connective Tissue Harvested from the Maxillary Tuberosity by Distal Wedge Procedure. *J Can Dent Assoc*, 75(s.n.):643-646, 2009.
13. RAJAPAKSE PS, MCCracken GI, GWYNNETT E, STEEN ND, GUENTSCH A, HEASMAN PA. Does tooth brushing influence the development and progression of non-inflammatory gingival recession? A systematic review. *J Clin Periodontol*, 34(s.n.):1046-1061, 2007.
14. ROCCUZZO M, BUNINO M, NEEDLEMAN I, SANZ M. Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions: a systematic review. *J Clin Periodontol*, 29(Suppl. 3):178-194, 2002.
15. Rosetti EP, Marcantonio RA, Rossa Jr C, Chaves ES, GOISSIS G, MARCANTONIO JR E. Treatment of gingival recession: comparative study between subepithelial connective tissue graft and guided tissue regeneration. *J Periodontol*, 71(s.n.):1441-1447, 2000.
16. SATO N. Cirurgia Periodontal: atlas clínico. São Paulo: Quintessence, 2002.
17. TOKER H, OZDEMIR H. Gingival recession: epidemiology and risk indicators in a university dental hospital in Turkey. *Int J Dent Hygiene*, 7(s.n.):115-120, 2009.
18. YARED KFG, ZENOBIO EG, PACHECO W. A etiologia multifatorial da recessão periodontal. *Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial*, 11(s.n.):45-51, 2006.

Correspondência

Diogo José Barreto de Menezes
 Av. Júlia Freire, 1200, Sl. 605 - Expedicionários
 58.040-040 João Pessoa – Paraíba – Brasil

E-mail

contato@clinicaimpla.com.br