



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

LUAN DA SILVA CANDIDO

**TRATAMENTO DE RECESSÃO MARGINAL TECIDUAL
ATRAVÉS DA TÉCNICA DE ENXERTO DE TECIDO
CONJUNTIVO SUBEPITELIAL ASSOCIADO A RETALHO
TOTAL DE DENTES ADJACENTES**

Londrina
2012

LUAN DA SILVA CANDIDO

**TRATAMENTO DE RECESSÃO MARGINAL TECIDUAL
ATRAVÉS DA TÉCNICA DE ENXERTO DE TECIDO
CONJUNTIVO SUBEPITELIAL ASSOCIADO A RETALHO
TOTAL DE DENTES ADJACENTES**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de graduação de
Odontologia da Universidade Estadual de
Londrina.

Orientador: Prof. João Gilberto Prata Cárnio

Londrina
2012

LUAN DA SILVA CANDIDO

**TRATAMENTO DE RECESSÃO MARGINAL TECIDUAL
ATRAVÉS DA TÉCNICA DE ENXERTO DE TECIDO
CONJUNTIVO SUBEPITELIAL ASSOCIADO A RETALHO
TOTAL DE DENTES ADJACENTES**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de graduação de
Odontologia da Universidade Estadual de
Londrina.

BANCA EXAMINADORA

Prof. João Gilberto Prata Cárnio
Universidade Estadual de Londrina

Profa. Maria Beatriz Bergonse
Pereira Pedriali
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, ____ de ____ de ____.

CANDIDO, Luan da Silva. **Tratamento de recessão marginal tecidual através da técnica de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial associado a retalho total de dentes adjacentes.** 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

RESUMO

Doença periodontal é o processo patológico que envolve os tecidos de sustentação dos dentes, sendo a sua causa principal a placa bacteriana. Dentre os tratamentos que se pode lançar mão, tem-se a terapia mecânica, que envolve raspagem e alisamento radicular, e a terapia cirúrgica, como o procedimento de cunha distal. Recessão marginal é a migração dos tecidos marginais em direção apical. O tratamento mais comumente utilizado é o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial. Este trabalho é um relato de caso clínico em que a paciente apresentava bolsa periodontal na região palatina dos dentes 26 e 27 associada a uma recessão marginal na vestibular dos dentes 24 e 25. Foram utilizadas duas técnicas diferentes na mesma cirurgia: Retalho total associado a cunha distal para tratamento de doença periodontal e eliminação da bolsa periodontal na distal do dente 27. O tecido removido da cunha, como apresentava condições de ser usado como enxerto, foi utilizado para recobrir a recessão dos dentes 24 e 25 através da técnica do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial.

Palavras-chave: Doença periodontal. Recessão marginal tecidual. Retalho total. Cunha distal. Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial.

CANDIDO, Luan da Silva. **Treatment of marginal tissue recession with the subepithelial connective tissue graft technique associated with total flap of adjacent teeth.** 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

ABSTRACT

Periodontal disease is a pathologic process that involves the supporting tissues of the teeth, and its main cause is plaque. Among the treatments that can be used, there is the mechanical therapy, which involves scaling and root planing, and surgical therapy, such as the distal wedge procedure. Marginal recession is the migration of marginal tissues to apical direction. The most commonly used treatment is the subepithelial connective tissue graft procedure. This paper is a case report in which the patient had periodontal pocket in the palatal region of teeth 26 and 27 associated with a recession on the buccal marginal teeth 24 and 25. There were used two different techniques in the same surgery: total flap associated with distal wedge for treating periodontal disease and elimination of periodontal pocket on the distal of tooth 27. the tissue removed from the distal wedge, presented as able to be used as a graft, was used to cover the recession of the teeth 24 and 25 using the technique of subepithelial connective tissue graft.

Key words: Periodontal disease. Marginal tissue recession. Total flap. Distal wedge. Subepithelial connective tissue graft.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 DESENVOLVIMENTO	15
2.1 CASO CLÍNICO	15
2.1.1 DISCUSSÃO	17
CONCLUSÃO	19
REFERÊNCIAS.....	20

1 INTRODUÇÃO

Doença periodontal pode ser definida como o processo patológico que envolve o periodonto, podendo causar perda óssea e de ligamento periodontal (AAP, 2001). Pode acometer indivíduos de qualquer idade, embora haja uma prevalência e maior severidade em indivíduos de idade avançada (LÖE et al., 1978). A causa primária da doença é a placa bacteriana, juntamente com outros fatores, como cálculo, má oclusão, restaurações mal adaptadas, complicações associadas à terapia ortodôntica, tabagismo e radioterapia (CARRANZA, 2007).

Dentre as terapias que se pode lançar mão para o tratamento da doença, tem-se a não cirúrgica, também chamada de “terapia mecânica”, que inclui raspagem e alisamento radicular (COBB, 1996) e a cirúrgica, onde estão incluídos os procedimentos de gengivectomia (PALCANIS, 1996). Dentre as variações existentes do procedimento de gengivectomia, tem-se as cunhas interproximais, podendo ser cunha distal e/ou mesial, que estão indicadas nos casos de bolsas existentes no espaço retromolar. Há também a técnica de gengivectomia de bisel interno, que está indicada quando se deseja remover grande quantidade de tecido fibrótico, quando se deseja remover hiperplasias gengivais. (DUARTE; PEREIRA; CASTRO, 2004. p.47). Quando se busca eliminar bolsas na região retromolar pode-se lançar mão da técnica de cunha distal, que além de reduzir a profundidade de sondagem, proporciona ao paciente melhores condições de higienização (DUARTE; PEREIRA; CASTRO, 2004. p. 47).

Recessão marginal tecidual é definida como a migração e/ou reabsorção dos tecidos marginais no sentido apical. Clinicamente é a medida da união amelocementária à margem tecidual (AAP, 2001). Frequentemente associado às recessões encontra-se ausência de gengiva inserida, tornando a área vulnerável à inflamação e à formação de lesões cervicais podendo ser causadas por trauma de escovação, que podem levar ao desenvolvimento de cáries radiculares, provocando sensibilidade radicular e insatisfação estética. (ZUCHELLI et al., 2011). Dentre as lesões as quais a raiz exposta está sujeita, tem-se a abrasão e a erosão. (WATSON, 1984).

As recessões marginais teciduais podem ser classificadas, segundo Miller (1985), em classe I, II, III e IV. As recessões de classe I são aquelas onde a recessão não atinge a linha mucogengival. Não há perda de tecido periodontal (osso

ou tecido mole) na área interdental e 100% de cobertura pode ser antecipada. A classe II ocorre quando a recessão se estende até a linha mucogengival ou a ultrapassa, mas ainda não há perda de tecido periodontal na região interdental. Nesses casos, 100% de cobertura pode ser antecipada. A classe III ocorre quando a recessão se estende até a junção mucogengival ou a ultrapassa. Ocorre perda de tecido mole e osso na região interdental ou há um mau posicionamento dentário que impede que 100% de cobertura seja atingido. Nesses casos uma cobertura parcial pode ser antecipada. A classe IV ocorre quando a recessão se estende até a linha mucogengival ou a ultrapassa. Nesses casos, a perda óssea e de tecido mole na região interdental e/ou o mau posicionamento dos dentes é tão severo que a cobertura radicular não pode ser antecipada.

O tratamento das exposições radiculares pode ser restaurador ou cirúrgico. O tratamento restaurador inclui a utilização de materiais adesivos, como cimento de ionômero de vidro e resina composta (NUNES; KELLER; HALLA, 2010). A desvantagem do material restaurador, quando colocado diretamente sobre a raiz, é que pode provocar uma resposta inflamatória devido à sua proximidade com os tecidos periodontais e também pode acumular maior quantidade de placa bacteriana na região (MARTINS et al., 2007).

Uma alternativa para o tratamento das exposições radiculares são os procedimentos periodontais plásticos de recobrimento radicular, cujos objetivos são reduzir a sensibilidade radicular, melhorar a estética, corrigir defeitos resultantes da remoção de cárie radicular e/ou abrasão cervical, corrigir defeitos mucogengivais decorrentes da escovação dental abusiva (traumatismo) e ainda em situações onde existe um contorno desfavorável da margem gengival limitando um correto controle de placa pelo paciente (WENNTRÖM, 1996).

A literatura mostra uma variedade de técnicas cirúrgicas para o tratamento das recessões, porém a previsibilidade é variável. Revisões sistemáticas recentes têm indicado que o uso de tecido conjuntivo subepitelial é capaz de aumentar a previsibilidade deste tratamento (PERIONEWS, 2012 p. 248). Dentre os locais mais indicados como áreas doadoras de tecido conjuntivo, têm-se: palato, tuberosidade e crista edêntula, sendo o palato duro a região mais comumente utilizada (OTTONI, MAGALHÃES, 2006).

O objetivo deste relato de caso clínico é relatar a realização de duas técnicas em um mesmo passo cirúrgico, buscando o tratamento da doença

periodontal induzida por placa pela utilização da técnica de retalho total associado à cunha distal e utilização deste tecido conjuntivo como enxerto para recobrimento radicular.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Caso Clínico

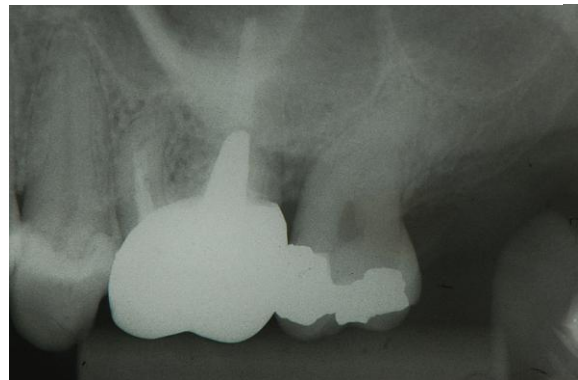
Paciente do gênero feminino procurou o serviço de Periodontia da Universidade Estadual de Londrina com a queixa de insatisfação estética devido à recessão marginal tecidual presente nos elementos 24 e 25 (Figura 1). Também se queixava de incômodo na região palatina dos dentes 26 e 27 e sensibilidade durante a escovação. Ao exame clínico, observou-se que a paciente apresentava bolsa periodontal na região interproximal dos elementos 26 e 27 e distal do 27 confirmadas no exame radiográfico (Figura 2).

Figura 1 - Dentes 24 e 25 com recessão marginal de 3mm. A parte da raiz exposta havia sido restaurada com resina composta.



Fonte: Prof. João Gilberto Prata Cárnio. UEL. 2009.

Figura 2 – Radiografia periapical inicial do caso, onde pode ser observado a perda óssea na região interproximal dos elementos 26 e 27 e distal do 27.



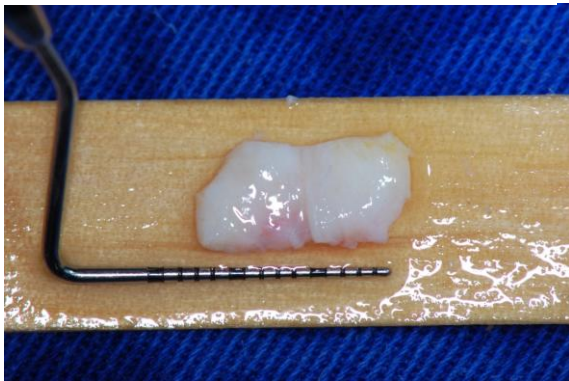
Fonte: Prof. João Gilberto Prata Cárnio. UEL. 2009.

Iniciou-se o tratamento através da terapia básica, que incluiu raspagem e alisamento radicular, controle de placa e instrução de higiene oral. Após 6 semanas do término do tratamento básico, foi realizada reavaliação onde observou-se que a profundidade de sondagem permaneceu a mesma, sendo então indicada a intervenção cirúrgica para eliminar o foco de infecção. O planejamento periodontal incluiu retalho total nos dentes 26 e 27 associado com cunha distal no elemento 27 para redução da profundidade de sondagem e recobrimento radicular dos elementos 24 e 25 pela técnica do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial utilizando o tecido conjuntivo da cunha como tecido doador.

A cirurgia iniciou-se com uma incisão sulcular da mesial do elemento 25 a distal do 27. Na distal do 27 foi realizado uma cunha e removido uma porção de

tecido conjuntivo (Figura 3). Foi realizado retalho total, debridamento, raspagem e alisamento dos dentes 26 e 27. O retalho foi suturado com fio seda 4.0. (Figura 4).

Figura 3 – Tecido conjuntivo removido da cunha distal.



Fonte: Prof. João Gilberto Prata Cárnio. UEL. 2009.

Figura 4 – Retalho total da mesial do 25 a distal do 27 com cunha na distal e suturado com fio de seda 4.0.



Fonte: Prof. João Gilberto Prata Cárnio. UEL. 2009.

O tecido conjuntivo subepitelial removido da cunha distal, como apresentava condições apropriadas para ser utilizado como enxerto, foi utilizado como tecido doador para recobrir a recessão marginal tecidual da região vestibular dos elementos 24 e 25. Foi feito um retalho de mesial do 24 a distal do 25, o enxerto foi adaptado e suturado com fio Vicryl 5.0 e logo em seguida o retalho foi reposicionado coronariamente e suturado com fio seda 4.0. (Figura 5).

Após cinco meses, o caso foi reavaliado, podendo observar a completa cobertura da exposição radicular dos elementos 24 e 25 (Figura 6). Três anos após a realização do procedimento, ainda foi possível observar que a cobertura apresentava-se praticamente intacta, havendo apenas uma leve recessão no elemento 24 (Figura 7). Na região palatina, onde foi realizado retalho total, pôde ser observado que não havia mais sinais clínicos de inflamação, apresentado a gengiva um aspecto saudável (Figura 8).

Figura 5 – Recobrimento radicular pela técnica de enxerto conjuntivo subepitelial e suturado com fio Vicryl 5.0 e retalho com fio seda 4.0.



Fonte: Prof. João Gilberto Prata Cárnio. UEL. 2009.

Figura 6 – Aspecto clínico 5 meses após a cirurgia mostrando a completa cobertura radicular dos dentes 24 e 25.



Fonte: Prof. João Gilberto Prata Cárnio. UEL. 2009.

Figura 7 – Aspecto clínico 3 anos após a cirurgia periodontal. Pode ser observada uma leve recessão no elemento 24.



Fonte: Prof. João Gilberto Prata Cárnio. UEL. 2012.

Figura 8 – Vista palatina 3 anos após a cirurgia periodontal.



Fonte: Prof. João Gilberto Prata Cárnio. UEL. 2012.

2.1.1 Discussão

Dentre as técnicas que podem ser utilizadas no tratamento de recessões gengivais, a técnica de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial apresenta bons resultados (LANGER; LANGER, 1985; McLEOD, REYES, BRANCH-MAYS, 2009; TOFFENETTI, VANINI, TAMMARO, 1998). A sua previsibilidade estética é superior às outras técnicas, tornando-a padrão ouro no recobrimento radicular (DIBART; KARIMA, 2009, p. 31). Dentre as principais vantagens deste procedimento, têm-se uma melhor cobertura radicular, resultados estéticos satisfatórios, pois a cor do tecido do enxerto é semelhante ao tecido adjacente e melhor reparação na área doadora e receptora, além da melhor nutrição sanguínea do enxerto (DUARTE; PEREIRA; CASTRO, 2004, p. 174).

Quando se tem, associada à recessão marginal tecidual, a presença de uma lesão cervical, pode-se optar por dois tipos de tratamento: recobrimento da recessão utilizando as técnicas de cirurgia periodontal plástica somente ou, associada à estas técnicas, a restauração da lesão cervical com algum material adesivo (SANTAMARIA et al., 2009). A escolha da técnica a ser utilizada deve-se levar em consideração a estética, pois embora a restauração com material adesivo possa restabelecer a função, pode deixar o dente com um aspecto alongado. Neste caso clínico, a área da recessão, anteriormente já havia sido restaurada com resina

composta, deixando os dentes com um aspecto alongado e gerando problemas estéticos para a paciente. Optou-se pela remoção da resina composta e realizado o recobrimento através do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial.

Embora seja mais comum à utilização de tecido do palato duro como área doadora de enxerto, o tecido retirado da cunha distal pôde ser aproveitado para o recobrimento da recessão, pois apresentava características favoráveis. O tecido removido apresentava características como dimensão apropriada, tanto em espessura quanto em comprimento, e ausência de tecido adiposo, possibilitando sua utilização (OTTONI, MAGALHÃES, SCHMIDT, 2006, p. 214). A principal vantagem da utilização do tecido conjuntivo da cunha distal é que foi possível utilizar duas técnicas para o tratamento de duas doenças diferentes, a eliminação da bolsa periodontal e o recobrimento radicular, economizando tempo e proporcionando maior conforto ao paciente, que não precisou se submeter a dois procedimentos cirúrgicos em tempos diferentes.

CONCLUSÃO

Quando no tratamento da doença periodontal, não é possível obter o controle da doença somente com a terapia básica inicial, deve-se lançar mão do tratamento cirúrgico, como, por exemplo, o procedimento de retalho total, sendo que, nas áreas retromolares podem estar associadas ou não a cunha distal. Para o tratamento da recessão marginal tecidual, a técnica de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial foi escolhida por ser a que apresenta melhor resultado clínico no que diz respeito ao recobrimento radicular, melhores resultados estéticos e ganho de volume de tecido. O fato do tecido doador ser removido da cunha distal, possibilitou o ganho de tempo e evitou que a paciente se submetesse a duas cirurgias, realizando os dois procedimentos na mesma sessão.

REFERÊNCIAS

- THE AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. **Glossary of Periodontal Terms**. 4th ed. Chicago, 2001.
- LÖE, H. **The Natural History of Periodontal Disease in Man: Study Design and Baseline Data**. Journal of Periodontal Research. v. 13. 550-562. 1978.
- NEWMAN, M.G. **Carranza Periodontia Clínica**. 10 ed. São Paulo: Elsevier Editora Ltda., 2007.
- COBB, C.M. **Non-Surgical Pocket Therapy: Mechanical**. Journal of Periodontology. Annals of Periodontology. v. 1, n. 1, p. 443-490, Nov 1996.
- PALCANIS, K.G. **Surgical Pocket Therapy**. Journal of Periodontology. Annals of Periodontology. v. 1, n. 1, p. 589-617, Nov 1996.
- DUARTE, C.A., PEREIRA, C.A., CASTRO, M.V.M. Gengivectomia e Gengivoplastia. In: DUARTE, C.A. **Cirurgia Estética Periodontal Pré-Protética e Estética**. 2 ed. São Paulo: Livraria Editora Santos Ltda., 2004. p. 47.
- ZUCHELLI, G. et al. **Non-Carious Cervical Lesions Associated With Gingival Recessions: A Decision-Making Process**. Journal of Periodontology. v. 82, n. 12, p. 1713-1724. Dec 2011.
- WATSON, P.J.C. **Gingival Recession**. Journal of Dentistry. University of Leeds School of Dentistry. v. 12, n. 1, p. 29-35, Mar 1984.
- MILLER, P.D. **A Classification of Marginal Tissue Recession**. The International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry. n. 2, 1985.
- NUNES, M.A., KELLER, A.P., HALLA, R. **Lesões Cervicais Não-Cariosas associadas ao recobrimento radicular: Quando restaurar?** Revista Periodontia. v. 20, n. 4, Dez 2010.
- MARTINS, T.M. et al. **Periodontal Tissue Response to Coverage of Root Cavities Restored With Resin Materials: A Histomorphometric Study in Dogs**. Journal of Periodontology. v. 78, n. 6, June 2007.
- WENNSTRÖM, J.L. **Mucogingival Therapy**. Journal of Periodontology. Annals of Periodontology. v. 1, n. 1, Nov 1996.
- REINO, D.M. et al. **Tratamento de retração gengival através da técnica de retalho estendido associado ao uso do Mucograft**. Perionews. v. 6, n. 3, Mai/Jun 2012.
- OTTONI, J., MAGALHÃES, L.F. **Cirurgia plástica: Periodontal e Periimplantar**. São Paulo: Editora Artes Médicas, 2006.
- LANGER, B., LANGER, L. **Subepithelial Connective Tissue Graft Technique for Root Coverage**. Journal of Periodontology. v. 56, n. 12, p. 715-720, Dec 1985.]

McLEOD, D.E., REYES, E., BRANCH-MAYS, G. **Treatment of Multiple Areas of Gingival Recession Using a Simple Harvesting Technique for Autogenous Connective Tissue Graft.** Journal of Periodontology. v. 80, n. 10, p. 1680-1687, Oct. 2009.

TOFFENETTI, F., VANINI, L., TAMMARO, S. **Gingival Recessions and Noncarious Cervical Lesions: A Soft and Hard Tissue Challenge.** Journal of Esthetic Dentistry. vol. 10, n. 4, p. 208-220, 1998.

DIBART, S., KARIMA, M. Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial. In: Dibart, S., KARIMA, K. **A Prática da Cirurgia Plástica Periodontal.** São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda., 2009, p. 31.

SANTAMARIA, M.P. et al. **Connective Tissue Graft Plus Resin-Modified Glass Ionomer Restoration for the Treatment of Gingival Recession Associated with Non-Carious Cervical Lesion: A Randomized-Controlled Clinical Trial.** Journal of Clinical Periodontology. v. 36, p. 791-798, 2009.