

FACULDADE SETE LAGOAS

Rita De Cássia Correa Bueno

**ENXERTO GENGIVAL LIVRE PARA AUMENTO DE
GENGIVA INSERIDA
Um relato de caso**

Sete Lgoas
2022

Rita De Cássia Correa Bueno

**Enxerto Gengival Livre Para Aumento de Gengiva Inserida
Um relato de caso**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Pós- graduação da Faculdade de Sete Lagoas - FACSETE, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Periodontia.

Orientador: Leonardo Silveira Damasceno

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida;

Agradeço aos meus familiares pelo apoio incondicional;

Aos professores pela oportunidade de crescimento profissional;

E aos colegas do curso pela troca e amizade, especialmente a minha dupla Bianca.

RESUMO

A falta de gengiva queratinizada é um problema periodontal recorrente na prática clínica diária. Vários fatores podem estar associados, como hipersensibilidade dentinária, cárie radicular, lesões cervicais não cariosas (LCNCs) e estética comprometida. Nos casos em que uma abordagem cirúrgica é indicada, o procedimento de retalho combinado com um enxerto de tecido conjuntivo é considerado uma opção de tratamento segura e previsível para defeitos de recessões únicas e múltiplas. Neste sentido, o enxerto gengival livre é um procedimento utilizado para aumento da faixa de gengiva queratinizada, com resultados favoráveis para auxílio tanto na prevenção quanto melhora do quadro clínico das recessões gengivais, além de facilitar a higienização do paciente e também a sintomatologia de sensibilidade local. Assim, o presente estudo objetivou relatar um caso clínico de recessão gengival classe III de Miller tratado através da realização de enxerto gengival livre, tendo como área doadora o palato. Paciente L.R.F.F., sexo masculino, 37 anos, apresentava recessão gengival na região dos dentes 31 e 41. O mesmo foi acompanhado no período pós-operatório, para observação da cicatrização, não apresentando nenhum problema de inflamação gengival ou sangramento. A preservação do caso ocorreu no período de 7, 30, 60 dias pós-operatório, e foi evidenciado um aumento da faixa de gengiva queratinizada.

Palavras-chave: Condicionamento de Tecido Mole Oral; Retração Gengival; Tecido conjuntivo.

ABSTRACT

The lack of keratinized gingiva is a recurrent periodontal problem in daily clinical practice. Several factors may be associated, such as dentin hypersensitivity, root caries, non-carious cervical lesions (NCCLs) and compromised aesthetics. In cases where a surgical approach is indicated, the flap procedure combined with a connective tissue graft is considered a safe and predictable treatment option for single and multiple recession defects. In this sense, the free gingival graft is a procedure used to increase the range of keratinized gingiva, with satisfactory results to help both in the prevention and improvement of the clinical picture of gingival recessions, in addition to facilitating the fixation of the patient and also the symptomatology of local sensitivity. . Thus, the present study aimed to report a clinical case of Miller class III gingival recession treated by performing a free gingival graft, with the palate as the donor area. Patient L.R.F.F., male, 37 years old, presented gingival recession in the region of teeth 31 and 41. He was followed up in the postoperative period, for observation of healing, showing no problem of gingival inflammation or bleeding. The follow-up of the case occurred in the period of 7, 30, 60 days after the operation, and an increase in the keratinized gingival band was evidenced.

Keywords: Tissue Conditioning, Dental. Gingival Recession. Connective Tissue.

LISTRA DE FIGURAS

FIGURA 1	Aspecto inicial da região dos dentes 31 e 41.....	08
FIGURA 2	Aspecto radiográfico da região dos dentes 31 e 41.....	09
FIGURA 3	Preparo do leito receptor.....	10
FIGURA 4	Delimitação do enxerto.....	10
FIGURA 5	Teste do tamanho do enxerto.....	11
FIGURA 6	Aspecto inicial do enxerto após remoção.....	11
FIGURA 7	Enxerto após tratamento.....	11
FIGURA 8	Sutura realizada no leito doador.....	12
FIGURA 9	Enxerto suturado em posição no leito receptor.....	12
FIGURA 10	Remoção de sutura após 30 dias.....	13
FIGURA 11	Aspecto após remoção de sutura/pós-operatório 30 dias.....	13
FIGURA 12	Aspecto pós-operatório 60 dias.....	14
FIGURA 13	Aspecto pós-operatório 30 dias após reposicionamento coronal.....	14
FIGURA 14	Aspecto pós-operatório 60 dias após reposicionamento coronal.....	14

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 RELATO DE CASO	08
4 DISCUSSÃO	15
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
REFERÊNCIAS	18

1 INTRODUÇÃO

A gengiva inserida é uma estrutura anatômica do periodonto com funções importantes, como a proteção contra inflamações e ao acúmulo de biofilme, maior resistência a lesões externas, por exemplo, a mecânica da escovação. (Malathi et al., 2014; Adesola et al.,2018). Além disso, contribui para a estabilização da margem gengival e na dissipação de forças fisiológicas exercida pelas fibras musculares da mucosa alveolar no tecido gengival (Malathi et al., 2014; Adesola et al.,2018).

A largura da gengiva inserida não é significativa para manter a saúde periodontal na presença de higiene bucal adequada (Mehta & Lim, 2010; Tarnow et al.,2021). No entanto, tecidos gengivais finos ao redor de dentes com restaurações ou submetidos à movimentação ortodôntica vestibular podem ser mais suscetíveis à recessão. (Mehta & Lim, 2010; Shi, 2020). Várias técnicas cirúrgicas têm sido utilizadas para aumentar a faixa de tecido queratinizado, sendo o enxerto gengival livre autógeno amplamente utilizado e com bons resultados. (Sullivan & Atkins, 1969; Bhatia et al.,2015; Menceva et al.,2018; Deo et al.,2019).

O enxerto gengival livre (EGL) é realizado afim de aumentar o tecido queratinizado da região com recessão gengival, retirando tecido doador do palato reposicionando no sítio doador próximo a área de recessão, com a finalidade de facilitar o controle da placa bacteriana, melhorar o conforto do paciente, prevenir futuras recessões (Schmitt et al.,2013; Kim & Neiva,2015).

O EGL, utilizado tanto como técnica de um ou dois passos para recobrimento radicular, sendo uma abordagem terapêutica multifuncional e é usado em diferentes condições clínicas. (Raspperini et al.,2000; Camargo et al.,2001; Deo et al.,2019).

No ponto de vista de cicatrização, a boa vascularização da mucosa oral é um condição importante pois aumenta a aplicabilidade do EGL para a correção de defeitos de recessão (Brackett &Gargiulo 1970; Chambrone & Tatakis 2015; Deo et al.,2019).

Durante a cicatrização do EGL pode ocorrer acontecer o Creeping Attachment, que é uma condição positiva de ganho de tecido queratinizado onde há um migração da gengiva em direção coronal (Chambrone & Tatakis 2015; Kim, & Neiva, 2015; Deo et al.,2019).

Assim, este trabalho tem o objetivo de mostrar os benefícios do EGL, para o ganho de tecido queratinizado.

RELATO DE CASO

O paciente L.R.F.F, sexo masculino, 37 anos de idade, leucoderma e de saúde geral boa, compareceu a clínica do Curso de Especialização em Periodontia da FACSETE, em fevereiro de 2022, com a queixa estética e de sensibilidade na região dos incisivos inferiores. Um exame clínico periodontal revelou um nível de inserção clínica que varia de 3 a 4 mm, uma profundidade de sondagem de 1 a 3 mm, sangramento à sondagem e recessão gengival classe III de Miller na região dos dentes 31 e 41, com largura de gengiva ceratinizada de aproximadamente 1,5mm e fenótipo gengival fino nos dentes 31, 32, 41 e 42 (Figura 1). Nesse caso, com o intuito de aumentar a faixa de gengiva queratinizada, indicou-se a realização de enxerto gengival livre, visando recriar uma condição periodontal mais adequada para favorecer o adequado controle de biofilme por parte do paciente, mantendo os dentes a longo prazo e melhorando sensibilidade local.

FIGURA 1 - Aspecto inicial da região dos dentes 31 e 41



Fonte da autora

Inicialmente o indivíduo foi orientado a iniciar terapia periodontal básica. Reforçando a usar escova dental macia com o objetivo de diminuir o traumatismo mecânico na margem gengival. Após essa fase, foi reavaliado e a cirurgia de EGL foi proposta na região dos incisivos inferiores.

Após um bochecho por 1 minuto com Solução de Clorexidina 0,12%, foi realizada a anestesia local infiltrativa com Alphacaína (Cloridrato de Lidocaína com epinefrina 2% 1:100.000 / Mepiadre Nova DFL, Brasil) nas regiões receptora e doadora (palato). Em seguida as superfícies radiculares foram raspadas com Curetas Gracey.

Após, realizou-se o preparo do leito receptor através de um retalho parcial deslocado apicalmente usando lâmina de bisturi 15C (Swann-Morton, Inglaterra). A técnica cirúrgica consiste de duas incisões horizontais, com cerca de 5 mm de comprimento no sentido mesio distal, feitas 1 mm coronariamente à junção mucogengival e duas incisões verticais levemente divergentes no sentido corono apical, que se estendem 4 a 5 mm na mucosa alveolar.

A área trapezoidal assim delimitada foi incisada em espessura parcial até expor 3 a 4 mm do periósteo apical ao sulco gengival. O tecido mole foi suturado no periósteo na mucosa alveolar do fórnice vestibular. (Figura 3).

FIGURA 2



- Aspecto radiográfico

Fonte da autora

FIGURA 3 - Preparo do leito receptor



Fonte da autora

Com auxílio da sonda periodontal milimetrada o leito receptor foi mensurado e as medidas transferidas para o palato, com um auxílio de um gabarito (Figuras 4 e 5), no qual um EGL foi planejado e removido, tendo aproximadamente 1,5mm de espessura e dimensões compatíveis com a área receptora (Figuras 5 e 6).

Figura 4 - Delimitação do enxerto



Foto da autora

Legenda: Uso de um gabarito confeccionado manualmente para delimitação do enxerto.

Figura 5 - Teste do tamanho do enxerto

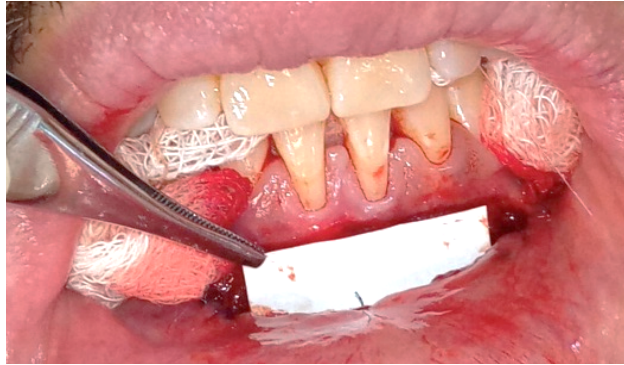


Foto da autora

Legenda: Testando o gabarito no leito receptor, previamente a remoção do tecido doador.

FIGURA 6 - Aspecto inicial do enxerto após remoção



Foto da autora

Legenda: Enxerto conjuntivo removido da região do palato

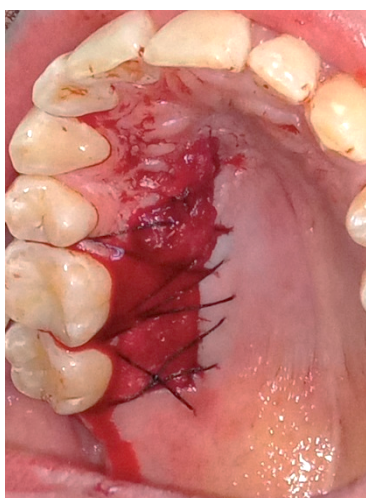
FIGURA 7 - Enxerto após tratamento



Fonte da autora

A sutura escolhida para a área doadora foi em “X” quadrado, visando conter ao máximo possível o coágulo da área cruenta, sendo realizada imediatamente após remoção do enxerto conjuntivo utilizando fio de seda 5-0 (Ethicon – Johnson & Johnson, Brasil) (Figura 8). Também foi utilizado hemospon localmente a fim de trazer mais conforto pós-operatório ao paciente, além disso, foi utilizada uma placa de silicone confeccionada previamente a cirurgia.

FIGURA 8 - Sutura realizada no leito doador



Fonte da autora

O enxerto foi então preparado e adaptado ao leito receptor e, subsequentemente, suturado com Fio microsuture (Micronylon) Nylon azul monofilamentar 5-0 não absorvível, para a sua estabilização no leito receptor visando à revascularização (Figura 9).

Figura 9 - Enxerto suturado em posição no leito receptor.



Fonte da autora

A remoção das suturas foi realizada após 30 dias de pós-operatório e não foi relatado pelo paciente qualquer intercorrência nesse período (Figura 10).

FIGURA 10 - Remoção de sutura após 30 dias



Fonte da autora

FIGURA 11 - Aspecto após remoção de sutura/Pós-operatório 30 dias



Fonte da autora

No acompanhamento de 60 dias verifica-se uma adequada cicatrização do enxerto, com aumento da faixa de gengiva inserida queratinizada (Figura 12).

FIGURA 12 - Aspecto pós-operatório 60 dias



Fonte da autora

Legenda: Aspecto pós-operatório 60 dias do enxerto gengival livre

Posteriormente a cirurgia de enxerto gengival livre, foi realizada uma cirurgia para reposicionamento coronal do tecido para tentativa de ganho em altura e possível recobrimento de parte da área exposta (Figura 13) após 30 dias e realizado acompanhamento após 60 dias.

FIGURA 13 - Aspecto pós-operatório 30 dias pós reposicionamento coronal



Fonte da autora

FIGURA 14 - Aspecto pós-operatório 60 dias pós reposicionamento coronal



DISCUSSÃO

A utilização do enxerto gengival livre é um procedimento de grande previsibilidade, de técnica simples e que pode ser utilizado em situações que contra indicam o emprego de outras técnicas cirúrgicas, como ausência ou espessura insuficiente de tecido queratinizado. (Schmitt et al.,2013; Kim & Neiva,2015; Tarnow et al.,2018; Dragan et al.,2018). Pensando na indicação da técnica, no relato de caso em questão, foi decidido pela utilização de enxerto gengival livre, e os resultados obtidos foram satisfatórios em termos de aumento da espessura de tecido queratinizado e também de certa altura apico-coronal.

Entretanto, como inconvenientes previstos para essa modalidade terapêutica tinha-se a cor do tecido, que poderia ser diferente do tecido gengival do leito receptor, o que limita a sua utilização em regiões estéticas, como a anterossuperior; e a maior morbidade pós-operatória, uma vez que envolve dois sítios cirúrgicos, um sítio doador e um receptor (Camargo et al 2001; Deo et al., 2019). No relato atual, objetivou remover o enxerto de espessura fina, cerca de 1,5 mm para tentar minimizar as discrepâncias de cor e de espessura após a cicatrização do tecido. E apesar do incompleto recobrimento radicular da região dos dentes 31 e 41, não houve mais queixas de sintomatologia e o paciente relatou satisfação em relação ao resultado estético.

Acredita-se que o tecido conjuntivo presente no enxerto desenvolva importante papel no direcionamento da expressão epitelial, sendo capaz de induzir a queratinização das células epiteliais que migram do tecido adjacente não queratinizado (Schmitt et al. 2013; Chambrone & Tatakis 2015; Menceva et al. 2018). Este fato ocorre porque as características do tecido conjuntivo se mantêm idênticas à da região doadora, ou seja, como o enxerto é removido de uma região onde o tecido conjuntivo suporta um epitélio queratinizado (palato, região retromolar ou rebordo edêntulo), sua função permanece a mesma na região receptora e, assim, culmina na queratinização das células que repopulam sua superfície (Schmitt et al. 2013; Chambrone & Tatakis 2015; Menceva et al. 2018).

No presente trabalho o sítio eleito foi na região palatina, onde é de grande importância um rigor na realização da técnica para que o enxerto seja bem sucedido, desde o preparo da região receptora, remoção do enxerto na área doadora e sutura

do mesmo. O sucesso da técnica neste caso ocorreu devido ao suprimento sanguíneo adequado do tecido enxertado, onde ocorreu o íntimo contato entre a região receptora-doadora.

Após a cirurgia de enxerto, confeccionou-se uma placa de silicone removível provisória para proteção da área doadora e maior conforto pós-operatório do paciente, visando maior adesão e cooperação do mesmo para assegurar melhores resultados.

Antes da execução da terapia cirúrgica mucogengival é importante relacionar à possibilidade de recobrimento através da adoção de possíveis estratégias terapêuticas (Rasperini et al. 2000; Menceva et al. 2018; Deo et al. 2019). O atual estudo visou utilizar a técnica de enxerto gengival livre com posterior reposicionado coronal, pois de acordo com Deo, 2019, o quadro clínico era de uma região com dentes (31 e 41) classe III classificação de Miller, em que apenas um recobrimento parcial poderia ser esperado. E apesar do incompleto recobrimento radicular obtido, não houve mais queixas de sintomatologia e o paciente relatou satisfação em relação ao resultado estético.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A modalidade terapêutica exposta, enxerto gengival livre com posterior retalho reposicionado coronalmente mostrou-se bastante satisfatória ao promover ganho da faixa de gengiva queratinizada, discreto recobrimento radicular com a melhora da hipersensibilidade dentinária.

REFERÊNCIAS

Adesola UK., Okhiabigie AP., Adeola A., Omowunmi AP., Ayodeji TO. Evaluation of the attached gingival width and sulcus depth in an adult nigerian population—A pilot study. **J Int Acad Periodontol**, v. 20, p. 78-85, 2018.

Bhatia G., Kumar, A., Khatri M., Bansal M., Saxena S. Assessment of the width of attached gingiva using different methods in various age groups: A clinical study. **Journal of Indian Society of Periodontology**, v. 19, n. 2, p. 199, 2015.

Brackett RC, Gargiulo AW. Free gingival grafts in humans. **J Periodontol**. 41:581–6,1970.

Camargo PM, Melnick PR, Kenney EB. The use of free gingival grafts for aesthetic purposes. **Periodontol 2000**. 27:72–96,2001.

Chambrone L, Tatakis DN. Periodontal soft tissue root coverage procedures: A systematic review from the AAP regeneration workshop. **J Periodontol**. 86:S8–51,2015.

Deo SD., Shetty SK., Kulloli A., et al. Efficacy of free gingival graft in the treatment of Miller Class I and Class II localized gingival recessions: A systematic review. **Journal of Indian Society of Periodontology**, v. 23, n. 2, p. 93, 2019.

Dragan IF, Hotlzman LP, Karimbux NY, Morin RA, Bassir SH. Resultados clínicos da comparação de alternativas de tecidos moles ao enxerto gengival livre: uma revisão sistemática e metanálise. **Journal of Evidence Based Dental Practice**, v. 17, n. 4, pág. 370-380. e3, 2017.

KIM DM.; NEIVA R. Periodontal soft tissue non–root coverage procedures: A systematic review from the AAP regeneration workshop. **Journal of periodontology**, v. 86, p. S56-S72, 2015.

Malathi K, Singh A, Rajula M, Prem B and Sabale D. Attached gingiva: A review. **International Journal of Scientific Research and Reviews** 2014; 3:188-198.

Mehta P.; Lim LP. The width of the attached gingiva—Much ado about nothing?. **Journal of dentistry**, v. 38, n. 7, p. 517-525, 2010.

Menceva Z., Dimitrovski O., Popovska M., Spasovski S., Spirov V., Petrushevska, G. Free gingival graft versus mucograft: Histological evaluation. **Open access Macedonian journal of medical sciences**, v. 6, n. 4, p. 675, 2018.

Schmitt CM, Tudor C, Kiener K, et al. Vestibuloplasty: porcine collagen matrix versus free gingival graft: a clinical and histologic study. **J Periodontol**. 84(7):914-23,2013.

Shi YE; Segelnick SL.; El chaar ES. A modified technique of tacking acellular dermal matrix to increase keratinized mucosa around dental implants as an alternative to a free gingival graft: a case report. **Clinical Advances in Periodontics**, v. 10, n. 4, p. 175-180, 2020.

Raspperini G, Silvestri M, Schenk RK, Nevins ML. Clinical and histologic evaluation of human gingival recession treated with a subepithelial connective tissue graft and enamel matrix derivative (Emdogain): a case report. **Int J Periodontics Restorative Dent.** 20(3):269–275,2000.

Tarnow D., Hochman M., Chu S., Fletcher P. A New Definition of Attached Gingiva Around Teeth and Implants in Healthy and Diseased Sites. **International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 41, n. 1, 2021.