

FACULDADE SETE LAGOAS

LARIANA PAULA GUIRALDELLI

**RECOBRIMENTO RADICULAR COM ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO
LIVRE E IMPLANTAÇÃO SIMULTÂNEA**

LARIANA PAULA GUIRALDELLI

**RECOBRIMENTO RADICULAR COM ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO
LIVRE E IMPLANTAÇÃO SIMULTÂNEA**

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

Orientador: Nelson Uzun Jr

RECOBRIMENTO RADICULAR COM ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO LIVRE E IMPLANTAÇÃO SIMULTÂNEA

¹Lariana Paula Guiraldelli

²Nelson Uzun Jr

RESUMO

Atualmente as exigências dos pacientes deixaram de estar relacionadas apenas a estética e função, mas também passou ser focada em tempo de tratamento, desejando cada vez soluções mais rápidas. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico abordando recobrimento radicular e implantação simultânea em uma paciente do gênero feminino, 62 anos, apresentando condições sistêmicas ideais para o procedimento, não tabagista e não etilista. A paciente apresentava retrações múltiplas sendo essas: classe I e classe II de Miller presentes nos elementos dentários 15 ao 26, além da ausência do elemento dentário 16. Através da técnica de retalho avançado coronalmente as retrações foram tratadas em único tempo cirúrgico com o objetivo de reduzir o trauma cirúrgico e minimizar o risco de cicatrizes. A paciente também recebeu implantação simultânea com uso de guia impresso 3d em resina biocompatível com objetivo de direcionar o correto posicionamento do implante e ainda permitir remover enxerto gengival do palato duro em mesma etapa clínica.

Palavras chave: recobrimento radicular; recessão gengival; reposicionamento coronal;

¹Cirurgiã Dentista, aluno do curso de Especialização em periodontia – FACSETE

²Cirurgião Dentista, Doutor em CTBMF – PUC-RS

Abstract

Currently, patients' demands are no longer just related to aesthetics and function, but also to focus on treatment time, desiring faster and faster solutions. This work aims to report a clinical case addressing root coverage and simultaneous implantation in a female patient, 62 years old, presenting ideal systemic conditions for the procedure, non-smoker and non-alcoholic. The patient had multiple retractions, these being: class I and class II of Miller present in the dental elements 15 to 26, in addition to the absence of the dental element 16. Through the coronal advanced flap technique, the retractions were treated in a single surgical procedure with the aim reduce surgical trauma and minimize the risk of scarring. The patient also received simultaneous implantation with the use of a 3D printed guide in biocompatible resin in order to direct the correct positioning of the implant and also allow the removal of the gingival graft from the hard palate at the same clinical stage.

Keywords: root coverage; gingival recession; coronal repositioning;

INTRODUÇÃO

Diversas situações podem levar a perda dentária, levando a um consumo anual de mais de 1 milhão de implantes no Brasil.¹ O tratamento com implantes osseointegrados possuem alta taxa de sucesso, atingindo até 98%, sendo seguro e indicados até mesmo para casos limitados onde existe risco estético ou necessidade de aumentos de tecidos duros e moles, com ou sem inserção de prótese simultâneas. Situações de risco estético tais como a presença de retrações gengivais podem levar a manutenção de margens gengivais mais altas e assimetria de coroas clínicas.²

As retrações gengivais são um problema comum e de etiologia multifatorial, podendo acometer até 50% da população brasileira, tendo como queixa na maioria das pessoas desconforto estético, hipersensibilidade dentinária, acúmulo de placa aumentando o risco a cárie. O tratamento é cirúrgico, apresenta alta taxa de sucesso e previsibilidade.³

Quando a ausência do elemento dental está associada a recessões gengivais em dentes adjacentes o cirurgião dentista tem duas opções, sendo elas a técnica cirúrgica de etapa única ou em dois passos.⁴

A técnica de etapa única consiste no ato cirúrgico para enxerto de conjuntivo livre, inserção do implante e em seguida reposicionamento coronal. Em dois passos consiste em primeiramente fazer a reconstrução de tecido mole e após a cicatrização, em uma segunda etapa realizar a implantação do elemento ausente.⁵

O interessante em adotar a técnica de passo único é que o tratamento reabilitador será mais curto, diminuindo desconfortos estéticos e funcionais ao paciente, reduzindo risco à contaminação, proporcionando bem-estar ao paciente, além de aumentar a rentabilidade do profissional.⁶

O objetivo deste trabalho é relatar os benefícios do recobrimento radicular com enxerto de conjuntivo livre e reposicionamento coronal em tempo cirúrgico único.

RELATO DE CASO

Paciente MHG, do gênero feminino, 62 anos, compareceu ao instituto queixando-se de hipersensibilidade, comprometimento estético e funcional devido a ausência do elemento 15.

Durante o exame clínico nota-se a presença de múltiplas recessões Classes I e II de Miller nos elementos : 11,12,13,14, 21,22,23,24,25 e ausência do elemento 15. (FIGURAS 1 e 2)



Fig 1



Fig 2

Durante o exame clínico, sondagem e constatou-se que as múltiplas recessões possam ter sido causadas pelo biótipo gengival fino da paciente, associado a traumas mecânicos e oclusais.

Foi solicitado o pedido de tomografia computadorizada, radiografia panorâmica, hemograma completo, glicemia em jejum. Os exames foram avaliados e a paciente não apresenta nenhum comprometimento sistêmico e apresenta bom estado de saúde em geral.

O plano de tratamento proposto com maior previsibilidade de sucesso foi realizar um enxerto gengival autógeno livre, reposicionamento coronal com implantação simultânea utilizando um guia 3d (FIGURA 3) planejado em software e impresso em resina biocompatível tendo como objetivo auxiliar no posicionamento do implante e remoção do enxerto de tecido mole.

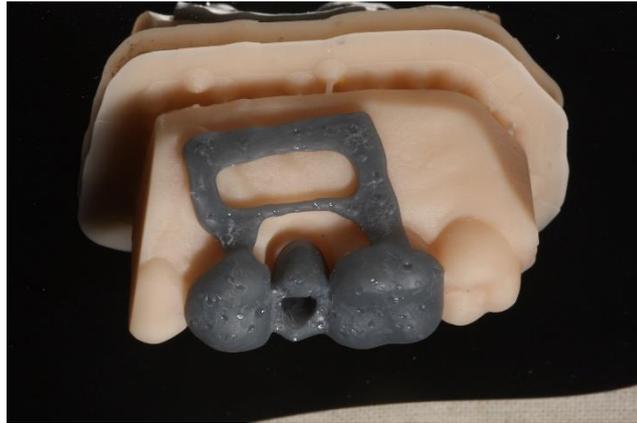


Fig 3

Após planejamento reverso e prova do guia para teste de estabilidade, a paciente foi agendada para cirurgia

Após a preparação do campo cirúrgico, antissepsia da paciente, lançamos mão da técnica anestésica por bloqueio do nervo palatino maior e infiltrativas, colocamos a guia em posição e com as costas da lâmina 15C realizamos a delimitação da área doadora.(FIGURAS 4 E 5)



Fig 4



Fig 5

O enxerto de conjuntivo livre foi removido em forma regular e reservado em soro para aguardar o preparo da área receptora. (FIGURA 6)



Fig 6

Na área receptora foram realizadas incisões oblíquas nas papilas a partir das linhas de ângulo mesial e distal dos dentes adjacentes à recessão, na altura da junção cimento esmalte (FIGURAS 7 E 8) que se estendem para além da linha muco gengival, utilizando da técnica de tunelização apenas nas papilas incisivas.(FIGURA 9)



Fig 7



Fig 8



Fig 9

Com o descolador de buser o tecido foi desinserido, e com auxílio de curetas de gracey todos os dentes foram raspados tornando a superfície mais lisa e limpa possível, deixando o leito receptor preparado para inserção do enxerto de tecido conjuntivo livre.

Acima linha mucogengival foram liberadas as tensões musculares afim de deixar o tecido com maior flexibilidade para o tracionamento coronal.

As papilas foram desepitelizadas e com o guia em posição o implante Cone Morse 3,5x10 foi instalado na região do dente ausente 15. (FIGURAS 10 E 11)



Fig 10



Fig 11

Após a instalação do implante, o enxerto foi desepitelizado e suturado na área receptora com fio de sutura Vycryl 4-0, para recobrimento dos elementos 14, 13 e 16, 21, 22, 23, 24 e 25 utilizando suturas compressivas em “X” mantendo-o estável afim de conseguir uma ótima nutrição sanguínea e manutenção do coágulo.

Com auxílio da pinça Corn foi avaliada a flexibilidade do tecido desinserido que quando tracionado recobria toda a coroa do dente, com fio de nylon 5.0 arrematamos com a técnica de sutura suspensória e colchoeiro.

Finalizada a cirurgia a paciente teve todas as orientações pós-operatórias, foi solicitada administração terapêutica com antibiótico de escolha cefalexina 500mg de 6 em 6 horas, anti-inflamatório nimesulida 100mg de 12 em 12 horas e analgésico dipirona 1g se houvesse dor. Bochechos de 12 em 12 horas com clorexidina 0,12% . A paciente foi orientada a higienizar a região da cirurgia com gaze e clorexidina 0,12% até que houvessem a remoção das suturas que aconteceria em 15 dias.

Após 90 dias de acompanhamento, pudemos observar que a cirurgia foi um sucesso, a técnica adotada foi a melhor possível para esse caso. (FIGURA 12)



Fig 12

Discussão

Estudos mostram que a retração gengival é uma perda de inserção que resulta em posição mais inferior da margem gengival livre, em qualquer parte da superfície da raiz exposta, e é cada vez mais comum e de causa multifatorial.⁷

Pode-se julgar como suas principais causas: trauma mecânico, trauma oclusal, excesso de material restaurador, recessão pós tratamento ortodôntico, próteses mal adaptadas, inserção do freio labial, biofilme bacteriano, posicionamento dentário entre outros.⁸

No caso citado acima de lesões cervicais múltiplas, optamos pelo reposicionamento coronal acrescido de enxerto de conjuntivo livre como tratamento de escolha, pois comparada as outras técnicas cirúrgicas na periodontia essa é uma opção que apresenta maior longevidade, ótimo custo benefício, além de ser em apenas uma etapa cirúrgica proporcionando um pós-operatório tranquilo e reduzindo a quantidade de fármacos.⁹

A avaliação do biotipo gengival é de suma importância para o tratamento proposto, estudos comprovam que o paciente que apresenta espessura gengival mais fina, como o caso da nossa paciente, tem probabilidade de sofrer maior reabsorção óssea do que o paciente biotipo espesso além de que cicatrização também ocorre de forma diferente interferindo diretamente no resultado final estético e funcional.¹⁰

Um estudo comparativo da técnica de reposicionamento coronário utilizando enxerto de tecido conjuntivo e reposicionamento do retalho isoladamente, mostra que a região que recebe o ETC teve uma porcentagem maior de recobrimento radicular, aumento significativo de espessura gengival, ganho de altura do tecido queratinizado e por isso tornou-se nossa opção trabalhar com o ETC, afim de otimizar os resultados, facilitar a reabilitação protética promovendo uma estética satisfatória e facilitando a higienização da região.¹¹

Outro ponto importante a ser discutido é a escolha da incisão oblíqua que foi optada por ser considerada uma técnica mais conservadora quando comparada a incisões contornando a papila que em seguida faz-se necessário uma relaxante. As incisões oblíquas permitem que o tecido deslocado reposicione perfeitamente sob as papilas sem ser necessário a realização de uma incisão relaxante.¹²

Conclusão

Podemos concluir que a técnica utilizada é bastante efetiva, de fácil reprodução, ótimo custo benefício e apresenta estabilidade e longevidade. O uso do guia facilitou a demarcação do ETCL e inclinação para inserção do implante, prevenindo possíveis acidentes, contudo, o resultado do tratamento foi muito satisfatório.

Bibliografia

1. AINAMO, J. et al. Gingival recession in school children at 7, 12 and 17 years of age in Espoo, Finland. *Community Dent Oral Epidemiol*, Copenhagen, v. 14, no. 5, p. 212-218, Oct. 1986.
2. ELIAS, C.N., MEIRELLES, L., "Improving osseointegration of dental implants", *Expert review of medical devices*, v. 7, n. 2, pp. 241-256, 2010.
3. Baker DL, Seymour GJ. The possible pathogenesis of gingival recession. A histological study of induced recession in the rat. *J Clin Periodontol*. 1976 Nov;3(4):208-19.
4. Cornelini, R; Cangini, F; Covani, U; Wilson Jr, T. G. Immediate restoration of implants placed into fresh extraction sockets for single-tooth replacement: a prospective clinical study. *The International journal of periodontics & restorative dentistry*, v. 25, n. 5, p. 439-447, 2005.
5. Camargo L. Análise prospectiva da estabilidade dos tecidos moles ao redor de implantes imediatos com restaurações imediatas em incisivos centrais superiores [tese]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP;2007
6. MIGUEL JR H, GENOVESE W, BELTRÃO CSB, KASSARDJIAN F, CERRI A. Implante imediato associado ao enxerto de tecido conjuntivo: relato de caso clínico. *Revista da Associação Paulista de Cirurgia Dental*, v.70, n3, p. 312-316. São Paulo – SP, 2016. Disponível em: < <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/apcd/v70n3/a15v70n3.pdf>>. Acesso em 24 out. 2018.
7. Fontanari LA, Rodrigues MR, Scremim EI, Kitano MSI, Sampaio JEC, Júnior WT. Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial: uma alternativa em cirurgia plástica periodontal. *Rev PerioNews* 2009; 3(2): 131-5.
8. Kassab MM, Cohen RE. A etiologia e prevalência de recessão gengival. *J Am Dent Assoc*. 2003; 134: 220-5.
9. Feitosa DS, Santamaria MP, Sallum EA , Nociti Junior FH, Casati MZ, Toledo S. Indicações atuais de enxertos gengivais livres. *RGO* 2008; 56: 1-6.
10. Kahn S, Menezes CC, Imperial RC, Leite JS, DiasAT. Influência do biótipo periodontal na Implantodontia e na Ortodontia *Rev Bras Odontol* [Internet]; 2013 [citado 2018 Jun 3] Jun;70(1):40-5.
11. Almeida JM, Novaes VN, Faleiros PL, Macarimi VC, Bosco AF, Theodoro LH et al. Aumento de gengiva queratinizada em mucosa peri-implantar. *Revista de Odontologia da Unesp* 2012;41(5):365-9.
12. FRIZZERA, F.et al. Tratamento de recessões gengivais múltiplas: uma abordagem cirúrgica mais conservadora. *Rev. PerioNews*, São Paulo, v. 6, n.1, p.18-28, 2012.