

FACSETE – FACULDADE DE SETE LAGOAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PERIODONTIA

DINALVA MOREIRA SERAFIM

ENXERTO GENGIVAL LIVRE
REVISÃO DE LITERATURA

SETE LAGOAS

2019

DINALVA MOREIRA SERAFIM

ENXERTO GENGIVAL LIVRE
REVISÃO DE LITERATURA

Monografia apresentada à Banca Examinadora da Faculdade de Sete Lagoas no curso de especialização em periodontia, como requisito de aprovação para obtenção do Título de Especialista em Periodontia.

Orientador: Dr. Ivan Andrade

SETE LAGOAS

2019

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo seu amor.

À mamãe, Zenólia Serafim pela vida!

Aos meus filhos, Alexandro, Paula e Christopher que fazem a vida valer a pena. Pela força e incentivo dedicados a mim para concluir mais esta jornada de aprendizado.

À Darcy, irmã amada, que me acolheu em dias difíceis em sua casa com zelo e cuidado.

À Dra. Graziella Moreira, colega de profissão e irmã de confidências.

Aos Mestres Dr. Ivan Andrade e Dra. Denise Adriane Rocha pela simplicidade e conhecimento a mim dedicados.

Gratidão aos professores pelos ensinamentos e aos colegas pelo companheirismo.

RESUMO O termo retração gengival pode ser definido como à localização do tecido marginal apicalmente à junção cimento-esmalte. Prejudicando esteticamente o paciente e levando à hipersensibilidade dentária, propensão a cáries radiculares e abrasões. O Enxerto Gengival Livre (EGL) é uma técnica indicada para o aumento do volume de tecido queratinizado e, embora não seja frequentemente utilizado em cirurgias de recobrimento radicular, pode-se tornar uma alternativa viável de tratamento e com prognóstico favorável a longo prazo. O presente trabalho tem como objetivo descrever sobre reabilitação de recessão gengival utilizando o procedimento de enxerto gengival livre discorrendo sobre os principais aspectos dessa abordagem. Afim de demonstrar suas indicações e contraindicações, metodologia cirúrgica e resultados. No que se diz respeito ao enxerto gengival livre deve-se atentar para uma anamnese correta do paciente e classificação da retração, já que este procedimento cirúrgico não é indicado para todos os casos de contração gengival.

PALAVRAS CHAVE: Retração gengival; Enxerto gengival livre; gengiva.

ABSTRACT The term gingival retraction can be defined as the location of marginal tissue apically to the cementum-enamel junction. Aesthetically harming the patient and leading to dental hypersensitivity, propensity to root caries and abrasions. Free Gingival Graft (EGL) is an indicated technique for increasing the volume of keratinized tissue and, although not frequently used in root surgery, can become a viable alternative treatment with a favorable long-term prognosis. This paper aims to describe about gingival recession rehabilitation using the free gingival graft procedure and discusses the main aspects of this approach. In order to demonstrate its indications and contraindications, surgical methodology and results. Regarding the free gingival graft, attention should be paid to the correct patient history and retraction classification, as this surgical procedure is not indicated for all cases of gingival contraction.

KEY WORDS: Gingival retraction; free gingival graft; gengiva.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	8
3 METODOLOGIA.....	9
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
5 DISCUSSÃO	13
6 CONCLUSÃO.....	14
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	15

1 INTRODUÇÃO

Recessão gengival é definida como a migração apical da margem gengival livre, localizada normalmente na junção cimento-esmalte, com exposição da superfície radicular (LÖE, 1992). Para LINDHE (2010) Recessão Gengival (RG) é definida como o deslocamento apical da margem gengival, fisiologicamente posicionada sobre a junção amelocementária e como resultado desta movimentação ocorre à exposição da superfície radicular na cavidade oral.

A etiologia da recessão gengival é considerada multifatorial, pois diferentes fatores interferem no desenvolvimento da mesma, dentre os fatores predisponentes podemos citar: deiscências, fenestração óssea, cortical óssea vestibular delgada, qualidade e quantidade baixa do tecido queratinizado, posicionamento dentário inadequado e tracionamento por freios ou bridas musculares, escovação traumática, inflamações teciduais próteses mal-adaptadas, movimentação ortodôntica, trauma oclusal e iatrogênias em cirurgias orais (Miller, 1985; Addy et al., 1987; Addy et al., 1994).

Dentre os problemas provocados pelas lesões de recessão gengival, podemos destacar, além do comprometimento estético, hipersensibilidade dentária, susceptibilidade a cáries radiculares e dificuldade no controle de placa bacteriana (JOSHIPURA, 1994).

As recessões gengivais são classificadas em razão da altura, largura e profundidade da migração apical tecidual e da relação com a integridade do osso proximal. As RG podem ser classificadas em: Classe I, quando retração não atinge a linha mucogengival e não há perda óssea, com previsão de 100% de recobrimento radicular; Classe II, a RG atinge a linha mucogengival e não há perda óssea com previsão menor do que 100% de recobrimento radicular, porém com alta taxa de recobrimento (Miller, 1985; Chambrone & Chambrone, 2006; Pereira Neto et al., 2014). Classe III acontece quando a recessão gengival atinge e ultrapassa a linha mucogengival e havendo perda óssea com a previsão de recobrimento sendo menor do que 70%, a Classe IV possui uma RG extensa, indo além da junção mucogengival. A perda do osso interdental se estende até um nível apical, não há previsão de recobrimento e alta possibilidade de perda dentária (Miller, 1985; Chambrone & Chambrone, 2006; Pereira Neto et al., 2014).

Dentre as técnicas cirúrgicas para o tratamento de recessões gengivais temos o enxerto gengival livre, amplamente utilizado para correção de problemas relacionados à insuficiência de mucosa queratinizada, aprofundamento do vestibulo e eliminação da tensão de freios anormais, entretanto, sua utilização para recobrimento radicular não apresenta grande previsibilidade (JANUÁRIO et al, 1999).

A porcentagem de recobrimento radicular completo, após enxerto gengival livre, não se mostrou inicialmente promissora, variando entre 20% e 40% (FEITOSA et al, 2008). Entretanto, Miller obteve melhores resultados com a técnica de enxerto gengival livre para correção de recessão gengival, sugerindo a técnica de enxertos gengivais espessos e condicionamento da superfície radicular com ácido cítrico. Demonstrando recobrimento radicular completo em aproximadamente 90% dos casos, em recessões Classe I e II (MILLER, 1985).

O aumento da demanda estética e funcional requer também o contorno dos tecidos moles periimplantares em harmonia com a dentição adjacente, apresentando uma papila intacta e localização apropriada da margem da mucosa periimplantar sobre o aspecto vestibular de restaurações suportadas por implantes (SHIBLI, 2004).

O Enxerto Gengival Livre (EGL) é uma técnica indicada para o aumento do volume de tecido queratinizado e, embora não seja frequentemente utilizado em cirurgias de recobrimento radicular, pode-se tornar uma alternativa viável de tratamento e com prognóstico favorável a longo prazo. Dessa forma, quando o EGL é colocado sobre o leito receptor, pode ocorrer uma migração epitelial coronal pós-cirúrgica sobre as superfícies radiculares, fenômeno esse denominado de Creeping Attachment (Bell et al., 1978; Matter, 1980).

2 OBJETIVOS

Com base nessa revisão de literatura, o presente trabalho tem como objetivo descrever sobre reabilitação de recessão gengival utilizando o procedimento de enxerto gengival livre discorrendo sobre os principais aspectos dessa abordagem. A fim de demonstrar suas indicações e contraindicações, metodologia cirúrgica e resultados.

3 METODOLOGIA

Levantamento bibliográfico com período de publicação entre 1978 e 2018 indexados no Google Sholar, Scielo e Medline.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Retrações gengivais

O termo retração gengival pode ser definido como à localização do tecido marginal apicalmente à junção cimento-esmalte. Prejudicando esteticamente o paciente e levando à hipersensibilidade dentária, propensão a cáries radiculares e abrasões.

A classificação de Miller, em 1985, estabelece que as retrações gengivais podem ser divididas em quatro classes, de acordo com o prognóstico da cobertura radicular: Classe I – a retração não atinge a linha mucogengival e não há perda de tecido interdentário; Classe II – a retração atinge ou ultrapassa a linha mucogengival e não há perda de tecido interdentário, sendo que em ambas as classes a cobertura radicular total pode ser alcançadas; Classe III – há perda de tecido ósseo interdentário e o tecido gengival proximal está apical junto à junção cimento-esmalte e coronário à retração, podendo ainda a cobertura radicular parcial ser conseguida; Classe IV – o tecido gengival proximal está ao nível da base da retração, o que elimina qualquer possibilidade de cobertura radicular (ALVES et al, 2012).

Os fatores relacionados com sua etiologia são, incluindo placa bacteriana, posição dos dentes na arcada, trauma causado por escovação, oclusão traumática, inserção alta de freios ou inserções musculares, a presença de um tecido marginal com pouca espessura ou a existência de deiscências ósseas, movimentos ortodônticos inadequados entre outros (ALVES et al, 2012).

Alguns estudos mencionam a inflamação como fator patológico atribuído ao desenvolvimento das recessões gengivais (BAKER & SEYMOUR, 1976; D'ANGELO et al, 2003).

Quanto ao trauma na escovação, LITONJUA et al (2003) esclarece que o mesmo pode não causar diretamente a recessão, mas agir no desgaste da junção amelocementária que resulta em perda de cimento, osso alveolar e inserção periodontal.

Em relação aos dentes mais afetados por recessão gengival estão os incisivos inferiores, seguidos pelos pré-molares inferiores, molares superiores e pré-molares superiores (LÖE et al, 1992; MARINI et al, 2004 e SUSIN et al, 2004).

4.2 Enxerto Gengival Livre

O tratamento das retrações gengivais consiste primeiramente em eliminar a causa da recessão, seja por aparelhos ortodônticos, placas miorelaxantes, higienização adequada e tratamento periodontal não cirúrgico e, em seguida, intervenção cirúrgica

como o recobrimento radicular. O recobrimento radicular é indicado no tratamento de alterações estéticas, dor (hipersensibilidade), tratamento de lesões cariosas, abrasões cervicais e aprimoramento da qualidade e quantidade da mucosa queratinizada (Miller, 1985; Chambrone & Chambrone, 2006; Pereira Neto et al., 2014).

Os procedimentos cirúrgicos para recobrimento radicular são basicamente divididos em enxerto pediculado de tecido mole e enxerto livre de tecido mole. Dentre os enxertos pediculados, temos: retalho reposicionado lateralmente, retalho de dupla papila, retalho posicionado obliquamente, retalho posicionado coronariamente, retalho semilunar posicionado coronariamente e podem ser incluídos os procedimentos de regeneração tecidual guiada (com uso de barreira – membrana entre o enxerto e a raiz). Já os procedimentos de enxerto livre de tecido mole autógeno compreendem: enxertos epitelizados ou enxertos de tecido conjuntivo subepitelial, ambos geralmente retirados do palato. (CÓRTEZ, 2006; HARRIS, 2005; ROCCUZZO, 2002)

Uma adequada faixa de mucosa queratinizada, com boa largura e espessura, torna os procedimentos cirúrgicos de recobrimento radicular mais previsíveis, porém em muitos casos não há a presença de tecido queratinizado na região a ser tratada. O Enxerto Gengival Livre (EGL) é uma técnica indicada para o aumento do volume de tecido queratinizado e, embora não seja frequentemente utilizado em cirurgias de recobrimento radicular, pode-se tornar uma alternativa viável de tratamento e com prognóstico favorável a longo prazo. Dessa forma, quando o EGL é colocado sobre o leito receptor, pode ocorrer uma migração epitelial coronal pós-cirúrgica sobre as superfícies radiculares, fenômeno esse denominado de Creeping Attachment (Bell et al., 1978; Matter, 1980).

A técnica cirúrgica de recobrimento radicular a ser escolhida, geralmente, relaciona-se com as características clínicas do caso, preferência do operador, habilidade manual, classificação da recessão gengival e benefício financeiro (Leal & Solis, 2007; Cortellini et al., 2012;). Dentre as técnicas cirúrgicas para a cobertura radicular, relata-se os enxertos gengivais livres, reposição lateral do retalho, reposição coronal do retalho, regeneração tecidual guiada e enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (Guimarães, 2007). Também tem sido descrito o retalho de papila dupla, o retalho semilunar, o uso da matriz de colágeno reabsorvível (Mucograft®) e utilização de enxertos alógenos (Matriz Dérmica Acelular) (Wennström, 1996; Aroca et al., 2013).

4.3 Contraindicações do Enxerto Gengival Livre

O procedimento para enxerto gengival livre é delicado e requer atenção com relação a alguns detalhes considerados fundamentais para o sucesso da terapia (MILLER, 1987). É certo que os enxertos gengivais livres podem mostrar limitações e complicações. Muitas vezes, a cor do tecido pode se apresentar aquém do ideal, pois esta técnica tende a promover um reparo semelhante a uma cicatriz, onde se destaca a diferença de cor entre o tecido enxertado e a área receptora. Portanto, para alguns autores²⁵, as técnicas de deslize lateral, papila dupla e principalmente o enxerto de tecido conjuntivo com deslize coronal podem ser mais previsíveis e apresentarem melhores resultados estéticos (ALVES et al, 2012).

As contraindicações específicas para enxerto gengival livre são: má qualidade do tecido doados, as recessões classe III e IV de Miller, diâmetro mesiodistal da raiz exposta superior às dimensões horizontais dos tecidos interproximais, quando há exigência estética (SEGUNDO et al, 2005).

A sobrevivência do enxerto depende de três pontos de circulação colateral proveniente do tecido conjuntivo e do espaço periodontal, ou seja, circulação plasmática, colateral e do ligamento periodontal (SEGUNDO et al, 2005).

5 DISCUSSÃO

A primeira indicação para o enxerto gengival livre é o aumento de tecido queratinizado em altura e espessura, mas um certo grau de recobrimento é esperado dependendo do tipo de recessão apresentada. O transplante gengival é uma das técnicas de cirurgia periodontal para recobrimento radicular, contudo quando comparada às outras técnicas apresenta muitos inconvenientes e uma previsibilidade terapêutica menor (SEGUNDO et al, 2005).

Segundo Miller (1993), há uma dificuldade na obtenção dos resultados cirúrgicos favoráveis em retrações gengivais do tipo classe III. Isso ocorre devido a algumas características anatômicas desse tipo de recessão que podem ser agravantes para o sucesso do recobrimento.

Os casos de recessões Classe I e II de Miller são o grupo que constituem maior previsibilidade de recobrimento completo (FEITOSA et al, 2008).

Além do tipo de retração, outros fatores relacionados ao procedimento cirúrgico parecem estar associados ao recobrimento incompleto. O aplainamento radicular adequado tem a finalidade de reduzir a convexidade e diminuir a dimensão mesiodistal da raiz, facilitando a adaptação do enxerto (FEITOSA et al, 2008).

As indicações para o enxerto gengival livre são: aumento de tecido queratinizado, recobrimento radicular, correção de cristas edêntulas, correção periimplantar, curativo biológico, auxílio à cirurgia maxilofacial, associação aos retalhos deslocados lateralmente (SEGUNDO et al, 2005).

A indicação atual clássica do uso do enxerto gengival livre para recobrimento radicular é em sítios mandibulares que apresentam desnudações radiculares com ausência de gengiva inserida, e particularmente, no segmento de canino-pré-molar. (SEGUNDO et al, 2005).

Deve-se ressaltar que a cirurgia plástica periodontal só está indicada quando os pacientes apresentam um controle rigoroso da placa bacteriana. (ALVES et al, 2012).

Além disso, no que se diz respeito ao enxerto gengival livre os pacientes submetidos a este procedimento costumam necessitar de mais medicação pós-operatória e por um período mais prolongado que outras técnicas, em virtude de a área doadora ficar desprotegida após o procedimento cirúrgico (FEITOSA et al, 2008).

6 CONCLUSÃO

As retrações gengivais representam um grande desafio estético em algumas situações clínicas. A possibilidade de recobrimento radicular com o emprego de técnicas cirúrgicas previsíveis ainda necessita de estudo e documentação a fim de garantir cada vez mais resultados satisfatórios. No que se diz respeito ao enxerto gengival livre deve-se atentar para uma anamnese correta do paciente e classificação da retração, já que este procedimento cirúrgico não é indicado para todos os casos de retração gengival. Apesar disso, o enxerto gengival livre pode ser um recurso aplicável para o recobrimento de raízes expostas e aumento na largura de tecido queratinizado em regiões periimplantares, permitindo alcançar uma adequada morfologia do periodonto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADDY M, Mostafa P, Newcombe RG. Dentine hypersensitivity; the distribution of recession, sensitivity and plaque. *J Dent* 1987b; 15:242-248.

ADDY M, Pearce N. Aetiological, predisposing and environmental factors in dentine hypersensitivity. *Archs Oral Biol*, 1994; 39 (supply):33s-38s.

ALVES, Luciana Bastos, Palioto, Daniela B., Novaes-Jr, Arthur Belém, Jr, Mario Taba. *Enxerto gengival livre e retalho posicionado coronariamente para recobrimento radicular*. São Paulo, 2012.

AROCA S, Molnár B, Windisch P, Gera I, Salvi GE, Nikolidakis DA et al. Treatment of multiple adjacent Miller class I and II gingival recessions with a Modified Coronally Advanced Tunnel (MCAT) technique and a collagen matrix or palatal connective tissue graft: a randomized, controlled clinical trial. *J Clin Periodontol* 2013; 40(7): 713–720.

BAKER, D.L.; SEYMOUR, G.J. The possible pathogenesis of gingival recession. *J Clin Periodontol*, 1976; 3: 208.

BELL LA, Valluzzo TA, Garnick JJ, Pennel BM. The presence of “creeping attachment” in human gingiva. *J Periodontol* 1978;49:513-7.

CHAMBRONE LA, Chambrone L. Root coverage in class IV recession defect. Achieved by creeping attachment: a case report. *J Int Acad Periodontol*, 2006 Apr; 8(2): 47-52.

CÔRTEZ AQ, Sallum AW, Casati MZ, Nociti FH Jr, Sallum EA. A two-year prospective study of coronally positioned flap with or without acellular dermal matrix graft. *J Clin Periodontol* 2006;33(9):683-9.

D'ANGELO, G.G; GONÇALVES, R.B.S.; GUSMÃO, E.S; MILHOMENS FILHO, J.A.;SANTOS, R.L.; JOVINO SILVEIRA, R.C. Ocorrência clínica das recessões gengivais em adultos: etiologia e classificação. *Rev Bras Cir Periodontia*, 2003; 1 (2): 98-102.

FEITOSA, Daniela da Silva, SANTAMARIA, Mauro Pedrine, SALLUM, Enilson Antonio, NOCITI, Francisco Humberto Jr, CASATI, Marcio Zaffalon, TOLEDO, Sérgio de. *Indicações atuais dos enxertos gengivais livres*. Porto Alegre, 2008.

HARRIS RJ, Miller LH, Harris CR, Miller RJ. A comparison of three techniques to obtain root coverage on mandibular incisors. *J Periodontol* 2005;76(10):1758-67.

JANUARIO, Alessandro Lourenço, Joly, Julio Cesar, Cardozo, Wagner Vaz, Rocha, Antonio Vinicis Soares. *Creeping attachment associado a enxerto gengival livre*, 1999.

JOSHIPURA, K.L. et al. Gingival recession: Intra-oral distribution and associated factors, *J. Periodontol.*, 65:864-871, 1994.

LINDHE, J. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.

LINTONJUA, L. A.; ANDREANA, S.; BUSH, P.J.; COHEN, R. E. Toothbrushing and gingival. *JADA*, 2003; 134 (2): 2202-225.

LÖE, H. et al. The natural history of periodontal disease in man: Prevalence, severity, and extent of gingival recession. *J. Periodontol.*, 63:489-495, 1992.

MARINI, M. G.; GREGHI, S. L. A.; PASSANEZI, E.; SANTANA, A. C. P. Gingival recession: prevalence, extension and severity in adults. *J Appl Oral Sci*, 2004; 12 (3): 250-255.

MATTER J. Creeping attachment of free gingival grafts. A five-year follow-up study. *J Periodontol* 1980;51:681-5. 10.

MILLER, PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985; 5(2): 8-13.

PEREIRA, Neto AR, Passoni BB, de Souza JM Jr, de Souza JG, Benfatti CA, Magini Rde Set al. Creeping attachment involving dental implants: two case reports with twoyear follow-up from na ongoing clinical study. *Case Rep. Dent.* 2014.

ROCCUZZO M, Bunino M, Needleman I, Sanz M. Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions: a systematic review. *J Clin Periodontol* 2002;29(3):178-94.

SHIBLI, JÁ, D'Avila S, Marcantonio E. Jr. Connetive tissue graft to correct peri-implant soft tissue margin: A clinical report. *J Prosthet Dent.* 2004; 91(2): 119-22.

SEGUNDO, Takeshi Kato, Alves, Ricardo. Emprego do Enxerto Gengival EpitélioConjuntivo no Recobrimento Radicular. Porto Alegre. Dez/2005.

SUSIN, C.; HAAS, A. L.; OPPERMANN, R.V.; HAUGEJORDEN, O.A; ALBANDAR, J.M. Gingival recession: epidemiology and risk indicators in a representative urban brazilian population. *J Periodontol*, 2004; 75 (10): 1377-1386.

WENNSTRÖM JL. Mucogingivaltherapy.. *Ann Periodontol* 1996;1(1):671- 701.



Dinalva Moreira Serafim

ENXERTO GENGIVAL LIVRE
REVISÃO DE LITERATURA

Monografia apresentada à Banca Examinadora da Faculdade de Sete Lagoas no curso de especialização em periodontia, como requisito de aprovação para obtenção do Título de Especialista em Periodontia.

Área de concentração: Implantodontia e Periodontia

Aprovada em ___/___/___ pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof. Dr. Ivan Andrade

Prof. Dr. Jorge Mansur

Sete Lagoas 15 de março 2019