



## DUPLO RETALHO DE ROTAÇÃO LATERAL NO TRATAMENTO DE DUAS RECESSÕES GENGIVAIS CONTÍGUAS NOS INCISIVOS INFERIORES



Fig. 1. Pré-operatório: Recessões gengivais classe III de Miller nos dentes 3.1 e 4.1.



Fig. 2. Duplo retalho de espessura parcial + Aplicação PrefGel®.



Fig. 3. Aplicação Emdogain®.

Dada a crescente preocupação com o sorriso, os procedimentos de cirurgia mucogengival têm vindo a ser procurados cada vez mais pelos pacientes. A recessão gengival, que se caracteriza pela posição apical da margem gengival em relação à junção amelocementária<sup>1</sup>, é uma das condições que pode levar à procura de tratamento devido ao seu impacto estético. Além disso, o facto de muitas vezes cursar com hipersensibilidade dentinária e/ou inflamação gengival por maior acumulação de placa bacteriana é também determinante para a procura de um tratamento adequado<sup>2</sup>.

Em 1985, Miller propôs um sistema de classificação para esta patologia, tendo agrupado a recessão gengival em quatro classes<sup>3</sup>:

- **Classe I:** recessão gengival não se estende até à linha mucogengival; sem perda óssea interproximal; previsibilidade de recobrimento radicular completo

- **Classe II:** recessão gengival estende-se até ou ultrapassa a linha mucogengival; sem perda óssea interproximal; previsibilidade de recobrimento radicular completo

- **Classe III:** recessão gengival estende-se até ou ultrapassa a linha mucogengival; perda óssea interproximal; previsibilidade de recobrimento radicular parcial

- **Classe IV:** recessão gengival estende-se até ou ultrapassa a linha mucogengival; perda óssea interproximal atingindo um nível apical à extensão marginal da recessão; impossibilidade de recobrimento radicular

A cirurgia mucogengival dispõe hoje de um leque de técnicas cirúrgicas passíveis de serem utilizadas com fins de recobrimento radicular. A seleção da técnica mais conveniente em cada caso depende de vários fatores tais como o tamanho e o número de recessões, a quantidade e qualidade da gengiva queratinizada adjacente ao defeito e da experiência ou preferência do operador<sup>4</sup>. E no que a técnicas diz respeito, pode dividir-se estas intervenções em dois grandes grupos: técnicas de enxertos livres e técnicas de enxertos pediculados, como é o caso da técnica de retalho de rotação lateral<sup>5,6</sup>.

O retalho de rotação lateral, introduzido por Grupe e Warren em 1956<sup>7</sup>, é considerado um método de eleição no tratamento de recessões gengivais unitárias, especialmente em incisivos mandibulares, quando o tecido queratinizado localizado lateralmente ao defeito apresenta tamanho e espessura adequados. É uma técnica que permite um resultado de tecidos moles esteticamente favoráveis uma vez que o tecido utilizado para recobrimento da superfície radicular exposta é semelhante ao original previamente perdi-

do<sup>1</sup>. Para otimização de resultados, a técnica de rotação lateral poderá ainda ser combinada com outras técnicas aumentando a previsibilidade de resultados. Assim, pode recorrer-se à combinação com proteínas derivadas da matriz do esmalte, o que a literatura científica demonstra estar associado a um maior recobrimento e à maior formação de tecido queratinizado<sup>8</sup>, e ainda à combinação com um enxerto de tecido conjuntivo, o que permite um maior recobrimento, aumento de espessura do biótipo gengival e ainda uma menor probabilidade de recessão no local de elevação do retalho<sup>9-11</sup>.

Na prática clínica diária, diferentes graus de complexidade vão surgindo no tratamento desta situação clínica. O médico dentista deverá ser capaz de interligar técnicas e modificações a fim de estabelecer o plano de tratamento mais adequado a cada situação.

### Caso Clínico

Paciente do sexo feminino surge na consulta com recessão gengival nos dentes 31 e 41. Ao exame clínico comprovou-se a existência de recessões gengivais classe III de Miller na superfície vestibular dos incisivos centrais, num biótipo gengival fino. (Fig.1).

Perante duas recessões gengivais contíguas e sem tecido queratinizado em apical das mesmas,

foi proposto à paciente a realização de um duplo retalho de rotação lateral combinado com a aplicação de proteínas derivadas da matriz do esmalte e um enxerto de tecido conjuntivo, permitindo a correção da situação clínica num único tempo cirúrgico.

Uma vez efetuado o protocolo anestésico, iniciou-se a limpeza e descontaminação das superfícies radiculares recorrendo a ultrassons, cureta de Gracey 1/2 e broca de alisamento radicular.

Na gengiva queratinizada localizada lateralmente a ambos os defeitos foi efetuado um retalho de espessura parcial, removendo-se o tecido epitelial existente em redor e entre os defeitos gengivais, expondo assim o tecido conjuntivo no leito recetor dos retalhos. De seguida, um ácido etilenodiamino tetra-acético (EDTA) a 24% (PrefGel®, Straumann) foi utilizado durante 2 minutos para condicionamento radicular (Fig.2), seguido de lavagem com solução salina.

Preparada a zona recetora, iniciou-se a colheita do enxerto de tecido conjuntivo, tendo sido o palato selecionado como zona dadora. Após anestesia infiltrativa, o enxerto foi obtido por intermédio de duas incisões paralelas, respeitando 3-4 mm da margem gengival e tendo em atenção a exclusão de estruturas anatómicas. Após colheita, o palato foi suturado com um fio seda 3/0 e procedeu-se à preparação do enxerto. Uma placa de vácuo foi entretanto colocada no palato a fim de promover a formação de coágulo e consequentemente facilitar a hemóstase.

Na região recetora, procedeu-se à colocação do gel de proteínas derivadas da matriz do esmalte (Emdogain®, Straumann) nas superfícies radiculares (Fig.3).

O enxerto foi então adaptado e suturado na zona recetora com fio reabsorvível 5/0 e, uma vez estabilizado, os retalhos anteriormente executados foram rodados de forma a recobrir completamente as superfícies radiculares e suturados com sutura 6/0. Os dois retalhos de rotação lateral efetuados foram suturados entre si na região interincisiva. (Fig.4). A cirurgia terminou com a aplicação de uma pressão suave sobre a zona recetora a fim de minimizar a formação de coágulos.

À paciente foram dadas várias instruções de cuidados pós-operatórios nomeadamente retirar a placa de vácuo só ao final de 24 horas, evitar manipular os lábios, colocar gelo durante o dia da cirurgia



Fig. 4. Pós-operatório imediato – sutura gore-tex 6-0.



Fig. 5. Pós-operatório: Remoção de sutura 12 dias após.



Fig. 6. Pós-operatório: Controlo 3 semanas.



Fig. 7. Pós-operatório: Controlo 2 meses.

e evitar esforço físico. Além disso, foi-lhe prescrito ibuprofeno 600mg, de 12 em 12h, durante 3 a 5 dias e aplicação de gel de clorhexidina 0.2% sobre a zona intervencionada.

A sutura foi removida 12 dias após a cirurgia (Fig.5). Foram realizados controlos 3 semanas e 2 meses pós cirurgia, onde se verificou um ganho de gengiva aderida e um recobrimento radicular par-

cial, como seria de esperar perante uma classe III de Miller (Figs. 6 e 7). ■

<sup>1</sup> Licenciada em Medicina Dentária pela FMDUP (2000); Pós-graduação em Periodontologia pela FMDUP; Doutorada pela Universidade de Santiago de Compostela; Especialista em Periodontologia pela OMD; Residência clínica 2004-Pericop. P.C. Dr. Myron Nevins-Boston-USA; Curso de cirurgia mucogengival em Harvard 2004-Boston-USA; Diretora clínica da CLINICCA.  
<sup>2</sup> Mestrado Integrado em Medicina Dentária pelo IUUCS (2017)

#### Referências Bibliográficas

1. De Angelis N, Yumang C, Benedicenti S. Efficacy of the lateral advanced flap in root-coverage procedures for mandibular central incisors: a 5-year clinical study. The International journal of periodontics & restorative dentistry. 2015;35(1):e9-e13.
2. Saha S, Bateman GJ. Mucogingival grafting procedures-an update. Dental update. 2008;35(8):561-2, 5-8.
3. Miller PD, Jr. A classification of marginal tissue recession. The International journal of periodontics & restorative dentistry. 1985;5(2):8-13.
4. Zucchelli G, Mounssif I. Periodontal plastic surgery. Periodontol 2000.2015;68(1):333-68.
5. Chambrone L, Sukekava F, Araujo MG, Pustiglioni FE, Chambrone LA, Lima LA. Root coverage procedures for the treatment of localised recession-type defects. The Cochrane database of systematic reviews. 2009(2):Cd007161.
6. Rocuzzo M, Bunino M, Needleman I, Sanz M. Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions: a systematic review. Journal of clinical periodontology. 2002;29 Suppl 3:178-94; discussion 95-6.
7. Grupe HE, Warren RF. Repair of gingival defects by a sliding flap operation. J Periodontol. 1956;27:92-95.
8. Pilloni A, Paolantonio M, Camargo PM. Root coverage with a coronally positioned flap used in combination with enamel matrix derivative: 18-month clinical evaluation. J Periodontol. 2006 Dec;77(12):2031-9.
9. Sedon CL, Breault LG, Covington LL, Bishop BG. The subepithelial connective tissue graft: part I. Patient selection and surgical techniques. J Contemp Dent Pract. 2005;6(1):146-62.
10. Dersot JM, Moubarak N. Decision making in Root Coverage Surgical Techniques. Dental News.2005;12(1):8-12.
11. Lee CT, Chang PC, Touchan N, Royzman D. Root coverage with a modified laterally positioned flap combined with a subepithelial connective tissue graft in advanced recession. J Periodontol Implant Sci. 2014;44(6):300-306.