



RETALHO DE ROTAÇÃO LATERAL NO TRATAMENTO DE RECESSÕES GENGIVAIS UNITÁRIAS

A recessão gengival pode definir-se como a localização apical da margem gengival em relação à junção amelo-cementária (JAC) de um dente, o que provoca a exposição da raiz na cavidade oral¹. De acordo com Miller², as recessões gengivais podem ser agrupadas em quatro classes distintas, sendo que nas Classes I e II, a recessão gengival não é acompanhada de perda de osso interproximal. Nestes casos, o recobrimento radicular pode ser 100% previsível². Para além de questões relacionadas com a estética dos tecidos moles, o referido recobrimento radicular é essencial para reduzir a possibilidade de hipersensibilidade, facilitar o controlo de placa bacteriana e ainda prevenir a progressão do defeito³.

Várias técnicas cirúrgicas têm sido propostas para tratamento desta condição, desde técnicas de enxertos livres até técnicas de enxertos pediculados, no qual se

inclui a técnica de retalho de rotação lateral. Esta abordagem surge na literatura científica como um método de eleição na abordagem de recessões gengivais unitárias, sempre que a gengiva queratinizada adjacente ao defeito seja adequada em comprimento e espessura e não haja quantidade de gengiva queratinizada suficiente apical à recessão para ser reposicionada coronalmente⁴. Comparativamente com técnicas de enxertos livres, os retalhos rotacionais são mais facilmente irrigados devido à existência de um pedículo. Além disso, outras vantagens inerentes a este tipo de procedimento podem ser citadas tais como uma maior harmonia estética devido ao facto do tecido mole utilizado para recobrir a exposição radicular ser semelhante ao original e ainda um pós-operatório mais favorável pela não existência de um segundo sítio cirúrgico^{1,5}.

No entanto, em pacientes cujo biótipo gengival é fino, e por isso há interesse clínico em aumentar a sua espessura para melhorar o prognóstico e estabilidade do recobrimento ao longo do tempo, é frequente a combinação do retalho de rotação lateral com um enxerto de tecido conjuntivo. Estudos científicos mostram que o recurso a um enxerto de tecido conjuntivo aumenta a previsibilidade de recobrimento radicular de Classes I e II de Miller em mais de 90%, aliado a um ótimo resultado final estético^{6,7}. Além disso, a sua combinação com o retalho de rotação lateral reduz a possibilidade de recessão gengival no local da elevação do retalho⁸.

Nas recessões gengivais unitárias classes II de Miller, onde a extensão da recessão se faz até à linha mucogengival não havendo gengiva queratinizada apical à recessão, o retalho de rotação lateral mostra-se muito previsível e indicado para o recobrimento radicular.

Casos Clínicos

Caso 1

Paciente do sexo feminino surge na consulta apresentando uma recessão gengival no dente 31. Ao exame clínico, verificou-se a existência de uma classe III de Miller na superfície vestibular do incisivo central inferior direito, num biótipo gengival fino. (Fig.1).

Tratamento e Resultados

Foi indicado à paciente a realização de um retalho de rotação lateral combinado com um enxerto de tecido conjuntivo para correção da situação clínica. Após anestesia infiltrativa, a superfície radicular exposta foi trabalhada com ultrassons, cureta de Gracey e broca de alisamento radicular para remoção de eventual placa bacteriana e/ou tártaro. Na gengiva queratinizada adjacente ao defeito foi efetuado um retalho de espessura parcial removendo-se um colarinho de tecido

epitelial em redor do defeito gengival do 31 expondo uma margem de tecido conjuntivo no leito recetor do retalho. (Fig.2). Em seguida, procedeu-se ao condicionamento da raiz com ácido etilendiamino tetra-acético (EDTA) a 24% (Pref-Gel®, Straumann) durante 2 minutos e lavagem com solução salina durante mais 2 minutos e, por último, um gel de proteínas derivadas da matriz do esmalte (Emdogain®) foi colocada sob a raiz previamente condicionada (Fig.3). Neste caso clínico, o palato foi selecionado como zona dadora para a recolha do enxerto de tecido conjuntivo. Após anestesia da área a intervencionar, 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, como a artéria palatina (Fig.4). O palato foi então suturado com um fio seda 3/0 e o enxerto foi preparado, adaptado ao leito recetor e suturado com fio reabsorvível

(Fig.5). O retalho anteriormente executado foi então rodado passivamente de forma a recobrir completamente a superfície radicular previamente exposta, e suturado com sutura 6/0 (Fig.6). Por fim, uma pressão suave foi aplicada sobre os tecidos, durante alguns minutos, para minimizar a formação de coágulos sob o retalho pediculado.

Relativamente ao período pós-operatório, a paciente foi instruída para evitar manipular os lábios mantendo o retalho o mais imobilizado possível, para colocar gelo durante o dia da cirurgia 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 clorexidina 0.2% sobre a zona intervencionada. A sutura foi removida 12 dias após a cirurgia (Fig.7). Foram realizados controlos de 1 e 6 meses pós cirurgia. No follow-up passados 6 meses, verificou-se um ganho de 6 mm de gengiva queratinizada (Fig.8).



Fig. 1. Pré-operatório: Recessão gengival Classe III de Miller.



Fig. 2. Preparação do retalho pediculado.



Fig. 3. Aplicação Emdogain®.

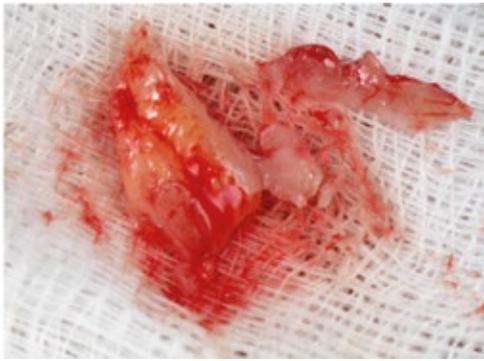


Fig. 4. Enxerto de tecido conjuntivo do palato.



Fig. 5. Adaptação e sutura do enxerto de tecido conjuntivo.



Fig. 6. Pós-operatório imediato.



Fig. 7. Pós-operatório: Remoção da Sutura aos 12 dias.



Fig. 8. Pós-operatório: Follow-up 6 meses.

Caso 2

Paciente do sexo feminino, apresentava uma recessão gengival Classe II de Miller no dente 31 (Fig.9).

Tratamento e Resultados

O procedimento realizado foi similar ao descrito no caso anterior (Fig.10 e 11). A sutura foi retirada 10 dias após a intervenção e até à data foram realizados controlos de 1 e 6 meses pós cirurgia. No follow-up passados 6 meses, verificou-se ter havido um ganho de 4 mm de gengiva queratinizada (Fig.12). ■



Fig. 9. Pré-operatório: Recessão gengival Classe II de Miller.



Fig. 10. Aplicação Emdogain®.



Fig. 11. Pós-operatório imediato.



Fig. 12. Pós-operatório: Follow-up 6 meses.

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. Miller PD, Jr. A classification of marginal tissue recession. *The International journal of periodontics & restorative dentistry*. 1985;5(2):8-13.
3. Saha S, Bateman GJ. Mucogingival grafting procedures-an update. *Dental update*. 2008;35(8):561-2, 5-8.
4. Grupe HE, Warren RF. Repair of Gingival Defects by a Sliding Flap Operation. *J Periodontol*. 1956;27:92-95.
5. Singh J, Bharti V. The effect of laterally positioned flap-revised technique and 24% ethylenediaminetetraacetic acid root conditioning on root coverage: A case report. *Saudi Dent J*. 204; 26(3):132-138. doi:10.1016/j.sdentj.2014.03.007.
6. 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.
7. Dersot JM, Moubarak N. Decision making in Root Coverage Surgical Techniques. *Dental News*. 2005;12(1):8-12.
8. 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 Periodontal Implant Sci*. 2014;44(6):300-306.

¹ 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.

² Mestrado Integrado em Medicina Dentária pelo IUCS (2017)



REGENERAÇÃO ÓSSEA GUIADA COM LÂMINA CORTICAL PARA AUMENTO DA CRISTA ÓSSEA ALVEOLAR EM PERI-IMPLANTITE: RELATO DE CASO CLÍNICO



Fig. 1. Vista intra-oral frontal inicial.



Fig. 2. Vista intra-oral oclusal inicial.



Fig. 3. Radiografia apical do segundo implante perdido.



Fig. 4. Incisão intra-sulcular e duas descargas verticais para descolamento de retalho de espessura total, expondo a totalidade do defeito ósseo. Observa-se um posicionamento vestibular dos dois implantes falhados.

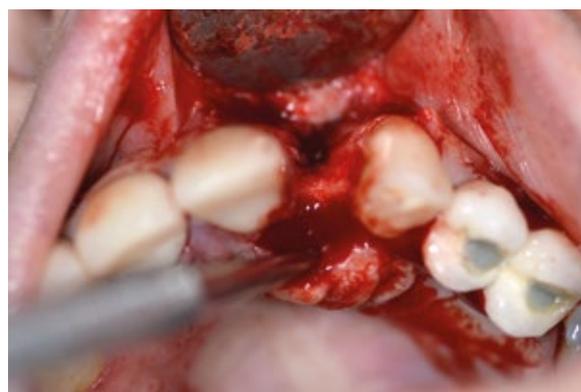


Fig. 5. Vista intra-oral oclusal do defeito ósseo.



Fig. 6. Preparação do leito implantar com protocolo de osseodensificação e palatal approach. Observa-se, através do paralelizador, a ausência de deiscências ósseas.

Introdução

Os implantes dentários são considerados uma opção de tratamento eficaz e previsível na reabilitação de pacientes edêntulos. Contudo, a reabsorção da crista alveolar devida a doença periodontal ou traumatismo pode interferir com o posicionamento tridimensional ideal do implante. Para colocar implantes na posição protética correta, são recomendadas técnicas de aumento de tecidos duros para providenciar uma dimensão óssea adequada. Neste contexto, tem sido proposto que pelo menos 2mm de estrutura óssea estejam presentes em torno do implante.

A eficácia da regeneração óssea guiada (ROG) no aumento de crista alveolar tem sido bem comprovada na literatura científica e vários biomateriais têm sido testados, com

sucesso variável. Têm sido apresentados ensaios clínicos relatando o uso de membranas de colagénio para ROG, uma vez que o colagénio apresenta propriedades interessantes como função quimiotática, hemostática e de adesão celular. No entanto, a grande desvantagem das membranas reabsorvíveis de colagénio é que os materiais degradáveis não conseguem fazer a manutenção de espaço adequado (efeito “tenda”) a menos que a morfologia do defeito seja favorável. Para o efeito, têm sido usadas membranas reforçadas com titânio, mas apresentam complicações no resultado final em virtude de encerramento secundário da ferida e deiscências.

A combinação de xenoenxerto ósseo e membranas de colagénio tem demonstrado taxas de sucesso elevadas, mas

também tem a desvantagem da preservação diminuta do espaço de regeneração, em particular em áreas com inserções musculares.

A técnica Lamina usa uma barreira de xenoenxerto ósseo cortical de origem porcina combinada com substitutos ósseos e membrana de colagénio, fixada com parafusos de osteossíntese, resultando num conceito biocompatível e mecanicamente estável para manutenção de espaço e proteção do coágulo sanguíneo. Estudos demonstram que a biodegradação inicia após 4-6 semanas e que a partir das 12 semanas não se consegue fazer diferenciação histológica entre a membrana e o colagénio do hospedeiro, o que confirma a sua biocompatibilidade. As vantagens desta técnica são evitar uma zona dadora de osso e criar um espaço



Fig. 7. Vista intra-oral oclusal do leito implantar.



Fig. 8. Radiografia apical de controlo da preparação do leito implantar.



Fig. 9. Colocação de implante dentário Neodent Drive CM 3.5x13, torque de instalação 35N.cm.



Fig. 10. Radiografia apical do implante instalado, 3mm infra-ósseo.



Fig. 11. Preenchimento do defeito ósseo com xenoxerto ósseo de origem bovina (Straumann Xenograft).



Fig. 12. Colocação da lâmina cortical (Osteobiol Lamina), previamente recortada para melhor adaptação ao defeito ósseo.



Fig. 13. Fixação da Lamina com dois parafusos de titânio de osteossíntese.



Figs. 14 e 15. Sutura da ferida operatória.



Vista intra-oral com 5 meses de controlo.



Reabertura cirúrgica para exposição do implante, verificando-se recuperação total da tábua óssea vestibular.



Retalho rodado para aumento da banda queratinizada vestibular e impressão ao implante.



Radiografia após 5 meses da intervenção cirúrgica com colocação de pilar CM.

estável para a manutenção dos biomateriais em defeitos ósseos. No momento da reabertura cirúrgica, verifica-se uma boa vascularização do enxerto e boa integração da Lamina, que não tem necessidade de ser removida.

Materiais e métodos

C.M., paciente sexo feminino, 38 anos.

Motivo da consulta: encaminhamento após falha simultânea de implante dentário na zona do dente 2.2.

Ao exame clínico, detetou-se defeito ósseo horizontal e vertical profundo na zona referida. Radiograficamente, observa-se, contudo, a manutenção dos picos ósseos proximais.

Foi proposta a regeneração óssea através da técnica Lamina e colocação simultânea de implante dentário. ■

*Médico Dentista, cédula profissional 8359; Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; Diploma Universitário em Periodontologia, Madrid; Formação Avançada em Implantologia, Porto; Estágio tutelado em Reabilitação Oral sobre dentes e implantes, Lisboa; Membro da Sociedade Portuguesa de Periodontologia e Implantes; Membro da Sociedade Portuguesa de Implantologia e Osteointegração; Formador de Implantologia em clínica privada; Autor de várias publicações científicas; Participação em vários cursos de formação e congressos Prática clínica privada dirigida para a Implantologia, Reabilitação Oral e Periodontologia.