



ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO TUNELIZADO: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Na prática diária da medicina dentária é frequente a observação de casos de existência de recessão gengival que se caracterizam pela localização apical da margem gengival em relação à junção amelocementária, o que por sua vez se traduz na exposição da raiz na cavidade oral. Esta condição, que pode ter na sua génese uma etiologia multifatorial, foi subdividida por Miller em quatro classes distintas:

– **Classe I:** não atinge a linha mucogengival e não há perda óssea interproximal

– **Classe II:** atinge a linha mucogengival e não há perda óssea interproximal

– **Classe III:** atinge a linha mucogengival e há perda óssea interproximal

– **Classe IV:** atinge a linha mucogengival e há perda óssea interproximal atingindo um nível apical à extensão marginal da recessão.

A recessão gengival acarreta muitas vezes complicações para o indivíduo portador, sendo frequente o relato de sintomatologia dolorosa associada à inflamação gengival ou devido a uma hipersensibilidade dentária. Além disso, dada a exposição radicular, a vertente estética é também frequentemente referida pelo paciente e muitas vezes o motivo principal na procura do médico dentista. Assim sendo, o objetivo do recobrimento radicular nestas situações passa não só pela resolução da sintomatologia, melhor controlo de placa bacteriana e prevenção da progressão do defeito, mas também pela recuperação da estética do sorriso, especialmente quando falamos em recessões na zona anterior.

Para resolução desta condição várias técnicas têm sido propostas no sentido de corrigir o defeito com o mínimo de intervenções, com risco reduzido de complicações pós-operatórias e alcançando o resultado esteticamente mais favorável, sendo que o tamanho da recessão, a quantidade de gengiva queratinizada adjacente ao defeito bem como o tipo de biótipo gengival são fatores determinantes na tomada de decisão.

O enxerto de tecido conjuntivo tunelizado, que surgiu como alternativa às técnicas mais tradicionais, é uma das opções utilizadas no tratamento da recessão gengival. Esta técnica está indicada no tratamento de recessões gengivais classe I e II de Miller, isoladas ou múltiplas, com uma profundidade ≤ 3mm. Os estudos acerca da mesma demonstram que é possível a obtenção de resultados esteticamente favoráveis, com excelente integração de cor e textura com os tecidos adjacentes e ainda que é elevada a previsibilidade de recobrimento radicular. Nesta técnica, o descolamento do tecido gengival é efetuado de forma a obter-se um retalho com mobilidade adequada para acolher o enxerto de tecido conjuntivo, mas mantendo-se simultaneamente a integridade das papilas interdentárias.

Esta manutenção papilar é uma das principais vantagens desta técnica, uma vez que o não descolamento das mesmas permite um maior fluxo sanguíneo da zona intervencionada, o que está relacionada com uma melhor cicatrização e um resultado final mais favorável. Para além disto, a utilização de instrumentos de magnificação e de microcirurgia que esta técnica requer, também contribui para um menor risco de dano tecidual e por conseguinte melhor pós-operatório e melhor resultado final. Como desvantagem da técnica, pode apontar-se o facto de requerer então material específico, aliado a um operador experiente uma vez que a técnica é sensível e a curva de aprendizagem considerável.

Como qualquer técnica cirúrgica de tecidos moles, e especialmente em casos com variáveis como a presença de freios ou recessões muito profundas, há o risco de surgirem complicações no pós-operatório como por exemplo a necrose parcial do enxerto, o que pode comprometer o completo sucesso do resultado final. O caso clínico que se segue é um exemplo dessa situação, em que devido à necrose do enxerto sobre um dente, não ocorreu o recobrimento radicular total. Nesse caso, foi necessário recorrer a um segundo momento cirúrgico, utilizando de igual modo a técnica de tunelização uma vez que esta pode ser replicável se assim for necessário para otimização do resultado final.

Caso Um

Paciente do sexo feminino surge na consulta apresentando múltiplas recessões gengivais classe I de Miller nos dentes 21,22,23 e 24 (Figs.1 e 2).

Tratamento e Resultados

Após avaliação clínica foi sugerido à paciente a realização de um enxerto de tecido conjuntivo tunelizado para correção das recessões múltiplas. Após anestesia infiltrativa, a superfície radicular exposta foi trabalhada com ultrassons e cureta de Gracey para remoção de eventual biofilme bacteriano e/ou cálculo. Em seguida, iniciou-se a realização do túnel com recurso a micro lâmina de tunelização e incisões efetuadas no sulco gengival, sem envolvimento das papilas interdentárias, e posterior descolamento do mesmo. Tal des-

colamento foi efetuado para além da linha mucogengival, permitindo liberdade de movimento do retalho. Verificou-se então se o túnel tinha espaço suficiente e se encontrava sem interferências para receber o enxerto de tecido conjuntivo e ainda se o retalho estava pronto para ser reposicionado sem tensão (Fig.3)

Em seguida, procedeu-se ao condicionamento da raiz com ácido etilendiamino tetra-acético (EDTA) a 24% (PrefGel®, Straumann - dois minutos) e simultâneo condicionamento ácido do esmalte naqueles que seriam no final os pontos de ancoragem da sutura (Fig. 4).

Posto isto, e, após anestesia, recolheu-se o tecido conjuntivo tendo o palato como zona dadora (Fig.5). O enxerto foi devidamente preparado e sobre as superfícies radiculares previamente expostas foi aplicado um gel de proteínas derivadas da matriz do esmalte (Fig. 6). Em seguida, procedeu-se à colocação do enxerto, que foi passado passivamente sob o túnel previamente criado, de forma a recobrir as superfícies previamente expostas. Este enxerto foi primeiramente estabilizado através de duas suturas horizontais com fio monofilamento 6-0 e em seguida, o retalho foi tracionado coronalmente através de suturas suspensas ancoradas com resina composta na face vestibular dos dentes (Fig.7).

No final da intervenção, a paciente foi instruída para colocar gelo durante o dia da cirurgia, evitar esforço físico e fontes de calor. Além disso, foi-lhe prescrito ibuprofeno 600mg, de 12 em 12h, durante três a cinco dias e aplicação de gel de clorexidina 0.2% sobre a zona intervencionada. A sutura foi removida 12 dias após a cirurgia, sendo que se verificou nessa altura a existência de uma zona necrótica sobre o dente 21 (Fig.8). No follow-up passado um mês optou-se por realizar a frenectomia labial superior para reduzir a tensão na margem gengival (Fig.9) e acordou-se com a paciente aguardar os três meses de cicatrização para realização de um novo túnel a fim de procurar recobrimento total do dente 21 (Fig.10).

No *follow-up* passados 14 meses da segunda intervenção cirúrgica pode verificar-se que foi conseguido o recobrimento total das superfícies radiculares previamente expostas (Fig.11).



Figs. 1 e 2. Pré-operatório: Recessão gengival nos dentes 21,22,23 e 24.



Fig. 3. Preparação do túnel.



Fig.4. Condicionamento da raiz com EDTA e Condicionamento ácido do esmalte.

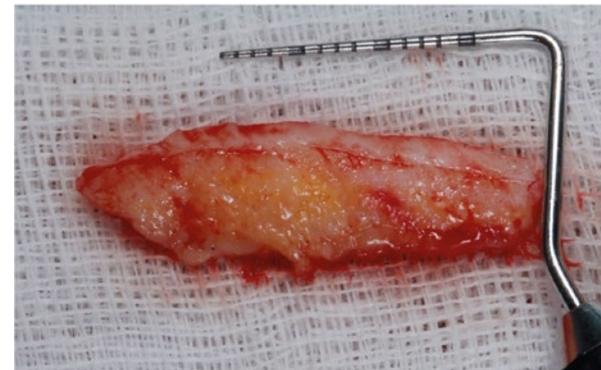


Fig.5. Colheita do enxerto de tecido conjuntivo.



Fig.6. Aplicação de proteínas derivadas da matriz do esmalte.



Fig.7. Pós-operatório imediato.



Fig. 8. Remoção da sutura após 12 dias.



Fig. 9. Follow-up 1 mês.



Fig. 10. Pós-operatório imediato da 2ª intervenção.



Fig. 11. Follow-up 14 meses.

No entanto, existem determinadas situações, em que a recessão gengival se encontra associada a lesões de cárie ou abfrações cervicais, havendo efetiva perda de estrutura coronal à junção amelocementária. Apesar da excelência da técnica cirúrgica supracitada, é contraindicada a tentativa de recobrimento só à custa da plastia dos tecidos moles. Assim, perante este quadro clínico, faz-se necessário recorrer a técnicas restauradoras previamente ao momento

cirúrgico no sentido de restabelecer o contorno anatómico dos dentes em questão. Vários materiais restauradores têm sido propostos e avaliados. Os estudos existentes mostram que os cimentos de ionómero de vidro modificados por resina e as resinas compostas são biocompatíveis quando utilizados em restaurações Classe V subgengivais. Mais indicam que, quando em correta técnica de aplicação, a combinação da restauração com a técnica cirúrgica,

cursa com os seguintes resultados: histologicamente haverá a formação de um epitélio juncional longo e clinicamente ausência de dano nos tecidos periodontais. Nestes casos então, o sucesso a longo prazo não se prenderá somente com a técnica cirúrgica, mas também com a técnica restauradora, principalmente na vertente do polimento do material na zona subgengival e ainda da cooperação do paciente no controlo da placa bacteriana.

Caso Dois

Paciente do sexo masculino, apresentava recessões gengivais Classe II de Miller generalizadas e ainda lesões de abfração cervicais nos dentes 13,14,15 e 16 (Fig.12).

Tratamento e Resultados

Perante este quadro clínico, foi proposto ao paciente combinar a vertente restauradora com a vertente cirúrgica. Assim, o plano de tratamento iniciou-se com a restauração a resina composta das classes V dos dentes 13, 14, 15 e 16 (Fig.13).

Em seguida, efetuou-se o protocolo cirúrgico da tunelização de forma similar ao descrito no caso anterior (Figs.14 a 18). As mesmas recomendações de cuidados pós-operatórios descritas anteriormente foram dadas ao paciente.

A sutura foi retirada dez dias após a intervenção (Fig.19). No *follow-up* passados seis meses verificou-se a estabilidade dos tecidos periodontais e o recobrimento radicular (Fig.20). ■



Fig.12. Fotografia inicial.



Fig.13. Restauração a resina composta dos dentes 13,14,15 e 16.



Fig. 14. Preparação do túnel.



Fig.15. Condicionamento ácido do esmalte.



Fig.16. Colheita do enxerto de tecido conjuntivo.



Fig.17. Aplicação de proteínas derivadas da matriz do esmalte.



Fig.18. Pós-operatório imediato.



Fig. 19. Remoção da sutura após 10 dias.



Fig. 20. Follow-up 6 meses.

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)
 Pós-Graduação em Dentisteria Adesiva com Resinas Compostas

Bibliografia

- Albandar JM, Kingman A. Gingival recession, gingival bleeding, and dental calculus in adults 30 years of age and older in the United States, 1988-1994. *Journal of periodontology*. 1999;70(1):30-43.
- 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.
- Deliberador TM, Bosco AF, Martins TM, Nagata MJ. Treatment of gingival recessions associated to cervical abrasion lesions with subepithelial connective tissue graft: a case report. *Eur J Dent*. 2009 Oct;3(4):318-23.
- Douglas H.. Treatment of gingival recession with a modified "tunnel" technique and an acellular dermal connective tissue allograft. *Pract Proced Aesthet Dent* 2001;13(1):69-74.
- Saha S., Bateman GJ. Mucogingival grafting procedures-an update. *Dental update*. 2008;35(8):561-2, 5-8.
- 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.
- Zabalegui I., Sicilia A, Cambra J, et al. Treatment of multiple adjacent gingival recessions with the tunnel subepithelial connective tissue graft: A clinical report. *Int J Periodont Rest Dent* 1999;19(2):199-206.