

ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO TUNELIZADO NO TRATAMENTO DE RECESSÕES GENGIVAIS MÚLTIPLAS



Fig. 1. Pré-operatório: Recessão gengival nos dentes 11 e 21.



Fig. 2. Condicionamento ácido do esmalte.



Fig. 3. Preparação da superfície radicular exposta.



Figs. 4,5,6. Preparação do túnel (Lâmina de tunelização – Micro blade Tunnel – Keydent).

A recessão gengival pode definir-se como a localização apical da margem gengival em relação à junção amelocementária de um dente, o que provoca a exposição da raiz na cavidade oral¹. Estudos epidemiológicos têm demonstrado que esta condição afeta mais de 50% da população². Em relação à etiologia, a recessão gengival parece ser multifatorial e pode incluir fatores como inflamação induzida por placa bacteriana, cálculo, fatores restauradores iatrogénicos, traumatismos, mau posicionamento dentário, inserção alta do freio e movimento ortodôntico descontrolado³. A existência desta condição pode acarretar várias complicações para o indivíduo portador, tal como inflamação gengival ou hipersensibilidade dentária, bem como implicações a nível da estética do sorriso⁴.

Várias técnicas cirúrgicas têm sido propostas para o tratamento desta condição visando a obtenção de resultados estéticos favoráveis, com o mínimo de intervenções e com risco reduzido de complicações pós-operatórias.

O enxerto de tecido conjuntivo tunelizado é uma das técnicas utilizadas no tratamento, estando indicada perante quadros clínicos de recessões gengivais múltiplas. A literatura científica demonstra que esta cirurgia permite a obtenção de resultados esteticamente favoráveis e elevada 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 interdentárias⁵. 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 consequentemente um resultado final mais favorável⁶. Apesar dos resultados, é de referir que a execução deste túnel pode ser tecnicamente mais exigente para o operador quando comparado com outras técnicas, exigindo especial atenção para não cortar ou perfurar o retalho durante a sua tunelização^{5,6}.

Caso Clínico

Paciente do sexo feminino surge na consulta apresentando recessão gengival classe I de Miller nos dentes 11 e 21 e um biótipo gengival fino (Fig.1).

Tratamento e Resultados

Foi indicado à paciente a realização de um enxerto de tecido conjuntivo tunelizado para correção da sua situação clínica. Após anestesia infiltrativa, iniciou-se o condicionamento ácido do esmalte naqueles que seriam no final os pontos de ancoragem da sutura (Fig.2).

A superfície radicular exposta foi trabalhada com ultrasons e cureta de Gracey para remoção de eventual biofilme bacteriano e/ou cálculo (Fig.3).

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 descolamento foi efetuado para além da linha mucogengival, permitindo



Fig. 7. Condicionamento da raiz com EDTA.

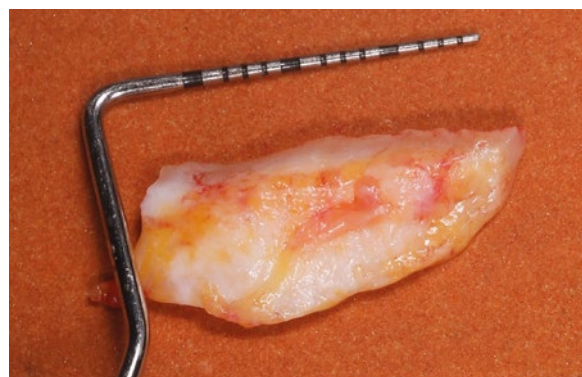


Fig. 8. Colheita do enxerto de tecido conjuntivo.



Fig. 9. Aplicação de proteínas derivadas da matriz do esmalte.



Fig. 10. Estabilização do enxerto no túnel com suturas horizontais (Gore-tex 6-0).



Fig. 11. Pós-operatório imediato.



Fig. 12. Remoção da sutura após 12 dias.



Fig. 13. Follow-up 6 meses.

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 (Figs. 4,5,6) Posto isto, procedeu-se ao condicionamento da raiz com ácido etilendiamino tetra-acético (EDTA) a 24% (PrefGel®, Straumann - 2 minutos Fig.7) e, após anestesia, recolheu-se o tecido conjuntivo utilizando-se o palato como zona dadora (Fig.8). O enxerto foi devidamente preparado e sobre as superfícies radiculares previamente expostas foi aplicado um gel de proteínas derivadas da matriz do esmalte (Fig. 9). 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 (Fig.10) e, em seguida, o retalho foi tracionado coronalmente através de suturas suspensas ancoradas com resina composta na face vestibular e interproximal dos dentes (Fig.11).

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 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.12). No *follow-up* passados 6 meses verificou-se o recobrimento total das superfícies radiculares previamente expostas (Fig.13). ■

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

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. 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.
3. 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. 2014; 26(3):132-138. doi:10.1016/j.sdentj.2014.03.007.
4. Saha S, Bateman GJ. Mucogingival grafting procedures-an update. Dental update. 2008;35(8):561-2, 5-8.
5. 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.
6. 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.