



ENXERTO GENGIVAL LIVRE – CASO CLÍNICO



Figs. 1, 2 e 3. Imagens iniciais. De realçar a presença de freios pronunciados.



Fig. 4. Radiografia periapical inicial que mostra ausência de perda óssea interproximal.

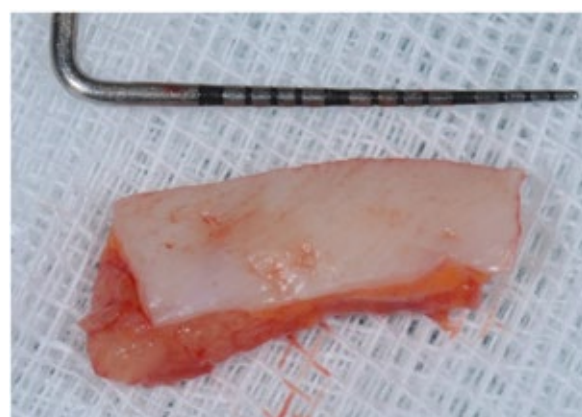
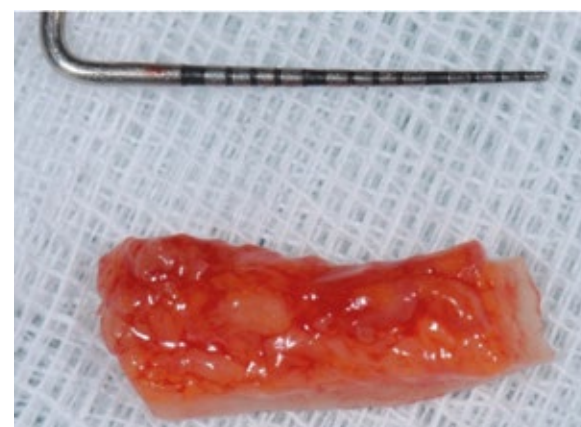


Fig. 5 e 6. enxerto obtido do palato – vista do epitélio e do conjuntivo.



Introdução

O periodonto é uma estrutura dinâmica composta por tecidos que apoiam e envolvem o dente. Esses tecidos incluem a gengiva, o ligamento periodontal, o cimento e o osso alveolar. Os suprimentos vasculares e nervosos dos tecidos também são vitais ao funcionamento normal dos tecidos periodontais.

A recessão gengival é definida como a condição em que a margem gengival está localizada apicalmente à junção cimento-esmalte e a superfície radicular está exposta ao meio bucal. Essa exposição ao meio bucal, além do comprometimento estético, pode resultar em abrasões, cáries e hipersensibilidade da superfície radicular.

A etiologia de recessões gengivais é multifatorial, podendo ocorrer por escovagem traumática, acumulação de placa bacteriana, freios pronunciados, hábitos orais nocivos, restaurações subgengivais e idade. Estas recessões estão muitas vezes associadas a deiscências ósseas vestibulares causadas por anomalias anatômicas, dentes mal posicionados, tratamento ortodôntico, periodontite, invasão do espaço biológico e trauma oclusal.

Miller classificou as recessões em quatro classes:

- **Classe I:** a recessão não alcança a linha muco-gengival e não há perda de inserção periodontal interproximal.
- **Classe II:** a recessão alcança a linha muco-gengival e não há perda de inserção periodontal interproximal.
- **Classe III:** a recessão alcança a linha muco-gengival e há perda de tecido interproximal (osso ou gengiva) mais coronal do que a recessão.
- **Classe IV:** a perda de tecido interproximal atinge o nível de recessão.

Enquanto o completo recobrimento radicular pode ser alcançado nos defeitos Classe I e II, apenas o recobrimento parcial pode ser esperado nos defeitos Classe III. Os defeitos Classe IV não são passíveis de recobrimento.

A largura da gengiva aderida (GA) é definida pela distância entre a linha mucogengival e a projeção sobre a superfície externa do sulco ou bolsa periodontal. Este parâmetro não deve ser confundido com a gengiva queratinizada (GQ), que inclui a gengiva marginal livre. A largura da GA pode variar de indivíduo para indivíduo e de acordo com o tipo de dente, aumentando com a idade

e em dentes que apresentem um processo de erupção secundária. A sua função é, essencialmente, de proteção do conjunto dento-alveolar e é fundamental para assegurar a saúde periodontal.

A periodontologia dispõe de técnicas cirúrgicas para aumentar a banda de gengiva aderida, sendo o enxerto gengival livre o procedimento mais utilizado.

O enxerto gengival livre autólogo é obtido por meio da remoção completa de um retalho de mucosa mastigatória e transferido para outra região no mesmo indivíduo. A região onde se obtém o retalho é conhecida como área dadora, e a região na qual o retalho é colocado é conhecida como região recetora. No enxerto livre, o tecido é completamente separado da área dadora, permanecendo o retalho sem conexões com a rede vascular. Os três sítios dadores recomendados são: palato, tuberosidade maxilar e, menos frequentemente, a crista edêntula.

Raspagem e alisamento radicular, orientações de higiene oral e identificação dos possíveis fatores etiológicos da recessão, são pré-requisitos importantes a serem avaliados antes da fase cirúrgica.



Fig. 7. Preparação do leito recetor para o enxerto com incisão em espessura parcial.



Fig. 8 e 9. Sutura e estabilização do enxerto.



Fig. 10. Cicatrização aos 8 dias.



Fig. 11. Cicatrização aos 15 dias.



Fig. 12. Cicatrização aos 30 dias.



Figs 13. e 14. Controle ao final de 3 meses.



O objetivo deste artigo é descrever um caso clínico onde foi realizada uma cirurgia de enxerto gengival livre.

Caso clínico

Paciente jovem, do sexo feminino, com várias recessões e falta de gengiva aderida adequada, acompanhada de freios muito pronunciados em algumas zonas. Esses freios juntamente com uma escovagem agressiva foram a causa das várias recessões.

Neste caso optou-se por começar pela zona dos incisivos centrais inferiores e no plano de tratamento foi proposta a realização de um enxerto gengival livre do palato para aumento da gengiva aderida e recobrimento radicular na região dos dentes 3.1 e 4.1.

Anteriormente ao procedimento cirúrgico, a paciente recebeu terapia básica periodontal.

Inicialmente fez-se a preparação da zona recetora com incisão em espessura parcial, deixando o osso coberto pelo

seu periósseo. Foi efetuada também a frenectomia dos freios existentes nessa zona. Uma vez medido o leito recetor, inicia-se a obtenção do enxerto necessário para cobrir o leito. A área dadora escolhida foi o palato que constitui a principal fonte dadora de tecido conjuntivo e epitélio, pelo fato de ser revestida por uma camada de queratina. A área de remoção do enxerto localiza-se entre a última rugosidade palatina e a área do canal palatino posterior (do primeiro pré-molar ao segundo molar). Sob o tecido epitelial encontra-se um tecido conjuntivo bastante fibroso e denso, sendo considerado um tecido dador de melhor qualidade. Mais profundamente encontra-se tecido adiposo (ao nível dos pré-molares e dos caninos). Antes de ser removido o enxerto, alguns elementos anatómicos devem ser rigorosamente avaliados: localização e trajetos das artérias palatinas e nervos palatinos e a espessura e qualidade do tecido dador. É possível verificar a espessura disponível com uma medição, sob anestesia, por meio da sonda periodontal. O sítio dador é suturado.

Em seguida o enxerto livre epitélio-conjuntivo proveniente do palato é estabilizado através da sutura.

Conclusão

Apesar de ter uso limitado em condições estéticas e gerar algum desconforto pós-operatório na região dadora, a utilização de enxerto gengival livre tem uma boa previsibilidade e proporciona ótimos resultados funcionais, promovendo o aumento da banda de gengiva aderida e o recobrimento radicular que leva à redução da hipersensibilidade e melhora a estética. ■

* Licenciada em Medicina Dentária pela FMDUP;
Cursos de Implantologia, Reabilitação Oral e Periodontologia;
Prática na Clínica Dentária dos Carvalhos;
Formadora no Centro de Formação FA