

REMODELAÇÃO DO BIÓTIPO GENGIVAL FINO EM ZONAS ESTÉTICAS APÓS TRATAMENTO PERIODONTAL

Os pacientes com biótipo gengival fino tendem a responder à patologia periodontal com formação de recessões gengivais, mais do que com a formação de bolsas. Quando a periodontite crónica avança com a perda de inserção e reabsorção horizontal do osso alveolar de suporte, o resultado clínico, nestes casos, pode ser o aparecimento de exposição radicular e triângulos escuros interproximais pela recessão generalizada que acompanham a reabsorção óssea marginal.

Estes pacientes constituem um desafio estético para além da necessidade que apresentam de tratamento da patologia periodontal em curso.

O caso clínico aqui descrito é um bom exemplo destas exigências clínicas, ainda para mais tratando-se duma paciente jovem com menos de 35 anos.

A paciente apresentava as sequelas clínicas do avanço da patologia periodontal associada a um biótipo gengival fino (Fig. 1). As bolsas ativas (com profundidade de sondagem > 5 mm e hemorragia à sondagem) foram tratadas previamente com raspagem e alisamento radicular. Após esta fase inicial de tratamento periodontal, a paciente foi submetida a uma cirurgia plástica periodontal no sentido de modificar o seu biótipo gengival na região ântero-superior com um retalho de avanço coronal e enxerto de tecido conjuntivo, de forma a conseguir algum recobrimento radicular bem como algum espessamento da gengiva marginal e assim conseguir uma maior estabilidade da nova margem gengival ao longo do tempo.

Tratando-se de perda de inserção horizontal com defeitos ósseos com padrão horizontal, a regeneração periodontal, entendendo-se regeneração periodontal por regeneração das 3 estruturas de suporte do dente, isto é, novo cimento radicular, novo ligamento periodontal, novo osso alveolar, não é previsível.

À luz das técnicas e materiais atuais, a recuperação óssea no sentido vertical duma crista perdida horizontalmente é ainda muito pouco previsível, mas a recuperação da inser-



Fig. 1 - Paciente com periodontite crónica e biótipo gengival fino apresentando perda de inserção marginal com perda óssea horizontal e aparecimento clínico de perda de volume papilar e recessões vestibulares na região ântero-superior e inferior.



Fig. 2 - Retalho de espessura parcial.



Fig. 3 - Aplicação de EDTA (Prefgel®).



Fig. 4 - Aplicação de gel de EMDOGAIN®.

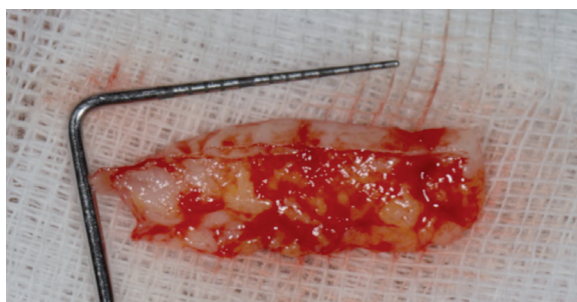


Fig. 5 - Enxerto de tecido conjuntivo.

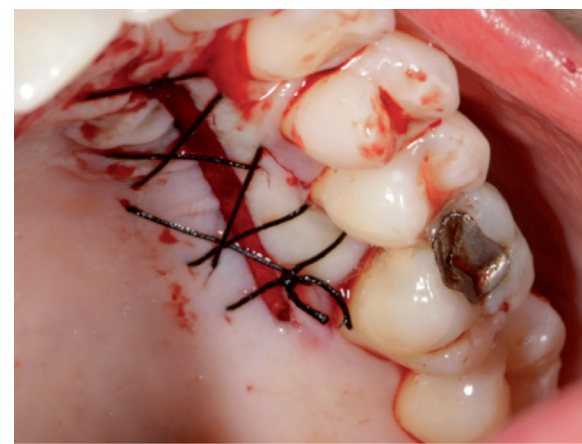


Fig. 6 - Sutura de zona dadora.



Fig. 7 - Sutura de ETC sobre raiz exposta.



Fig. 8 - Sutura reforçada vertical com fio Gore-Tex® 5-0 com reposicionamento coronal do retalho vestibular sobre o ETC.



Dra. Célia Alves

Licenciada em Medicina Dentária pela FMDUP - 2000. Pós - Graduação em Periodontologia pela FMDUP - 2001. Residência clínica 2004-Pericop. P.C. Dr. Myron Nevins, Boston, EUA. Curso de cirurgia mucogengival em Harvard 2004-Boston-USA. ITI Fellow. Professora Convidada dos mestrados de Periodontologia do ISCSN, Porto, Portugal e Universidade de Santiago de Compostela, Espanha. Aluna de doutoramento da Universidade de Santiago de Compostela. Prática de Periodontologia na Clínica Medicina Dentária Dr. Manuel Neves.

ção conjuntiva (novo cimento + novo ligamento periodontal inseridos em tecido conjuntivo gengival) numa posição mais coronal é bem mais previsível. A utilização dum produto biológico de regeneração periodontal constituído por proteínas derivadas da matriz de esmalte (EMDOGAIN®) que trabalha a partir da raiz, regenerando novo cimento, e com este, novo ligamento periodontal, que pode inserir-se em novo osso alveolar (se defeito infra-ósseo) ou em tecido conjuntivo (se defeito ósseo supra-alveolar).

Assim, e com base nesta capacidade regenerativa, planeia-se uma cirurgia de reposicionamento coronal e espessamento da margem da gengiva aderida com um enxerto de tecido conjuntivo (ETC) (espessamento de biótipo gengival) na tentativa de obter uma nova inserção conjuntiva da margem gengival mais espessada e numa posição mais coronal (fig.2-9), reduzindo assim o impacto das sequelas estéticas da periodontite, e ao mesmo tempo melhorando a resposta dos tecidos de suporte (pela nova inserção) à progressão da periodontite.

A margem gengival cicatrizou sem mais intervenção durante 3 meses para que ocorresse uma maturação e estabilidade mínima dos tecidos moles. A inserção conjuntiva maturará durante mais alguns meses ainda. Após esta maturação, os pequenos triângulos escuros que ainda permaneciam foram minimizados recorrendo a técnicas adesivas de compósitos diretos (Fig. 10-12).

Com esta ilustração, a minha intenção é demonstrar que as sequelas estéticas da periodontite podem ser minimizadas recorrendo a técnicas de cirurgia plástica periodontal e/ou técnicas de restauração adesivas ou prótese fixa (Fig 13-14). Obviamente que para as bolsas periodontais, a patologia tem de estar tratada previamente, ou seja, o paciente não deve apresentar bolsas com profundidade de sondagem de superiores a 5 mm e hemorragia à sondagem e deve encontrar-se num programa periodontal de suporte. A técnica descrita aqui visa corrigir as sequelas estéticas da periodontite previamente tratada ao mesmo tempo que modifica o biótipo gengival fino recuperando a inserção conjuntiva que resistirá melhor à recorrência da doença ao longo do tempo. ■



Fig. 9 - Pós-operatório aos 10 dias.



Fig. 10 - Cicatrização da margem gengival aos 30 dias.



Fig. 11 - Remodelação da forma triangular dos dentes com resina composta.



Fig. 12 - Estabilização da margem gengival (6 meses após remodelação cirúrgica) e adaptação a nova forma da coroas clínicas após remodelação com resinas compostas.



Fig. 13 - Situação clínica inicial.



Fig. 14 - Situação clínica final, após 6 meses.



PRÉMIO ORTODONTIA 2015

CASOS CLÍNICOS DE SUCESSO REGULAMENTO DO PRÉMIO:

Envie o seu caso clínico para: premio.ortodontia@jornaldentistry.pt