FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS – FACSETE

ESPECIALIZAÇÃO EM PERIODONTIA

ESTEVAM ALVES REGO FILHO

CIRURGIA PERIODONTAL PARA CORREÇÃO DE RECESSÃO GENGIVAL COM TÉCNICA DE RETALHO SEMILUNAR PARA RECOBRIMENTO RADICULAR: RELATO DE CASO CLÍNICO.

SALVADOR-BAHIA

2019

ESTEVAM ALVES REGO FILHO

CIRURGIA PERIODONTAL PARA CORREÇÃO DE RECESSÃO GENGIVAL COM TÉCNICA DE RETALHO SEMILUNAR PARA RECOBRIMENTO RADICULAR: RELATO DE CASO CLÍNICO.

Artigo Científico apresentado ao Curso de Especialização do Centro de Estudos Odontológicos, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Especialização em Periodontia.

Área de Concentração: Periodontia

ORIENTADOR: Prof. Dr. Fernando José de Oliveira

SALVADOR-BAHIA

2019

F475c

Filho, Estevam

Cirurgia Periodontal para correção de recessão gengival com técnica de retalho semilunar para recobrimento radicular: relato de caso clínico / Estevam Filho- 2019.

22 f.;il.;color

Orientador: Fernando José de Oliveira

Artigo (especialização em Periodontia)- Faculdade Sete Lagoas, Salvador, 2019.

1. Periodontia. 2. Recessão. 3. Técnica Semilunar.

I. Título. II. Fernando José de Oliveira

CDD: 610.631

FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS – FACSETE

Artigo intitulado *"***Cirurgia Periodontal para Correção de Recessão Gengival com Técnica de Retalho Semilunar para Recobrimento Radicular: Relato de Caso Clínico**"**.** Um relato de caso clínico de autoria do aluno *Estevam Alves Rego Filho* aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

_____

1) Prof. Dr. Fernando José de Oliveira – CENO – Salvador – BA
Orientador

SALVADOR, 20 de julho de 2019.

AGRADECIMENTO

A Deus pela força para perseverar nas dificuldades e infortúnios que a vida apresentou durante o período do curso;
Aos Professores pelas excelentes aulas e orientações durante o curso;
Aos colegas da turma que participaram para o acontecimento do curso;
Ao meu paciente que se disponibilizou para caso clinico que serviram de base para o relato do caso clinico;

"É ótimo celebrar o sucesso, mas mais importante ainda é assimilar as lições trazidas pelos erros que cometemos". - Bill Gates

RESUMO

O presente trabalho tem por escopo relato de caso clinico de cirurgia periodontal de recobrimento recessão gengival analisando a frente da técnica Periodontal Semilunar, visando o sucesso do tratamento estético da paciente. Isto tendo em vista que, na Periodontia o contorno do sorriso gengival é uma das principais preocupações de profissionais e dos pacientes que procuram o consultório odontológico já que tal situação acaba por influenciar sua vida pessoal, social e profissional. O êxito da terapia periodontal está diretamente relacionado ao diagnóstico correto, a um adequado plano de tratamento e ao conhecimento técnico e pratica do profissional em Periodontia. A Paciente apresentou insatisfação com seu sorriso apresentou ao exame clínico com assimetria no contorno gengival, coroas clínicas curtas e alongadas nos dentes anteriores apresentando esteticamente insatisfatórias. Foi realizada cirurgia Periodontal com técnica de retalho Semilunar para recobrimento radicular, proporcionando equilíbrio estético entre as estruturas faciais e dento gengivais. A Periodontia mostrou-se essencial para viabilizar a previsível reabilitação estética e funcional, possibilitando atender as expectativas da paciente e proporcionar longevidade da saúde estética periodontal que serão de suma importância para o entendimento do quanto aqui transcrito.

PALAVRAS-CHAVE: Periodontia. Recessão. Técnica Semilunar. Reabilitação.

.

ABSTRACT

The present work has the purpose of reporting a clinical case of periodontal surgery for gingival recession, by analyzing the front of the Semilunar Periodontal technique, aiming at the success of the patient's aesthetic treatment. This is due to the fact that in the Periodontia the outline of the gingival smile is one of the main concerns of professionals and patients who seek the dental office since this situation ends up influencing their personal, social and professional life. The success of periodontal therapy is directly related to the correct diagnosis, to an adequate treatment plan and to the technical and practical knowledge of the professional in Periodontics. The patient presented dissatisfaction with her smile presented to the clinical examination with asymmetry in the gingival contour, short and elongated clinical crowns in the anterior teeth presenting aesthetically unsatisfactory. Periodontal surgery was performed using a Semilunar flap technique for root coverage, providing aesthetic balance between facial and dentate structures. Periodontics proved to be essential to enable predictable aesthetic and functional rehabilitation, making it possible to meet the expectations of the patient and to provide longevity of the periodontal aesthetic health, which will be of great importance for the understanding of how much transcribed here.

KEYWORDS: Periodontics. Recession. Technique Semilunar. Rehabilitation.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 10
2 PROPOSIÇÃO 14
3 MATERIAL E METODO 14
3.1 DESCRIÇÃO DA TÉCNICA CIRÚRGICA 14
3.2 RELATO DE CASO CLÍNICO 16
4 DISCUSSÃO 19
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 20
REFERÊNCIAS 21

1 INTRODUÇÃO

Na área de saúde os procedimentos não são norteados pela estética, e sim pelo princípio de promoção de saúde. Apesar disto na odontologia a estética é como objetivo a ser alcançado por muitos pacientes que procuram o profissional odontológico. Na Odontologia, a área da Periodontia tem papel fundamental na construção da estética facial no sorriso, que para se apresentar agradável faz-se mister uma harmonia entre lábios, dentes e gengiva (GARBER, 2000 & SABA-CHUJFI et al., 2007).

Considerando a gengiva como uma unidade funcional e anatômica variável quanto à forma, contorno e localização clínica, divide-se os tecidos gengivais em gengiva livre ou marginal e gengiva inserida, o que está limitada na área apical pela junção muco gengival, estando em contato íntimo com a superfície do dente e não havendo presença de bolsa gengival (BIMSTEIN et al.,2003). A gengiva livre tem cor rósea, superfície opaca e consistência firme, localizada na porção coronal do tecido gengival das partes vestibular e lingual ou palatina dos dentes e na gengiva interdental ou papila interdental. Sua cor varia normalmente de acordo com o grau de vascularização, queratinização e espessura do epitélio; além disso, a pigmentação fisiológica da gengiva pode variar de acordo com o grupo étnico (BIMSTEIN et al., 2003; LINDHE & KARRING, 1999).

A gengiva inserida estende-se desde a base do sulco gengival em direção apical até a junção muco gengival, fazendo limite com a mucosa alveolar de revestimento; apresenta-se com textura firme, cor rósea e na sua superfície está presente um pontilhado, que reflete o contorno do limite do tecido conjuntivo. É variável em espessura, largura, em diferentes áreas da mesma boca, entre indivíduos e idades, sendo mais fino em mulheres que em homens, dando-lhe o aspecto de casca de laranja (LINDHE & KARRING, 1999).

Em Periodontia os defeitos muco gengivais envolvem a morfologia, a posição e/ou quantidade de gengiva, sendo a recessão gengival o defeito mais comum, podendo ocorrer em crianças e adolescentes e aumentar com a idade. O seu diagnóstico precoce é importante tanto para sua prevenção quanto para o seu tratamento (GORMAN & O`LEARY, 1967).

A recessão gengival é caracterizada por um posicionamento apical da margem em relação à junção cemento-esmalte, decorrente da perda de fibras conjuntivas de proteção e sustentação, acompanhada de reabsorção da crista óssea alveolar e necrose do tecido cementário. Essa modificação da posição e da forma do tecido marginal pode ser vista nas faces vestibulares, linguais ou palatinas e interproximais (BORGHETTI e MONNET-CORTI et al., 2002).

Na avaliação clínica apresenta-se com aspecto antiestético sendo desagradável ao paciente. Além disso pode também apresentar os sintomas de hipersensibilidade radicular, provocada em particular por estímulos térmicos, pelo contato, ou pela presença de erosão dental, e sensibilidade gengival à escovação ou à mastigação, principalmente quando o tecido marginal é constituído de mucosa alveolar (BORGUETTI e MONNET-CORTI et al., 2002; FILHO, 1996).

No caso das recessões podem aparecer de forma generalizada ou isolada, e se apresentando em conjunto com outras condições dentais, podendo ser resultado de um ou mais fatores, como o desgaste e micro fraturas de estruturas dentárias associados com forças oclusais (BORGHETTI e MONNET-CORTI et al., 2002).

Ocorre, também, em indivíduos com um bom nível de higiene e que possuem um periodonto predisponente, ou naqueles que apresentam doença periodontal incipiente ou avançada (LINDHE & KARRING,1999). Sua etiologia é multifatorial (KÄLLESTAL;UHLIN,1992), envolvendo diversos fatores predisponentes e precipitantes, tais como: quantidade e qualidade de gengiva queratinizada (BLUMENTHAL,1988; LANG; LÖE, 1972; MAYNARD JR; WILSON,1979; BISSADA, 1987; MAZDYASNA,1980); tensão de freios e bridas (BOWERS, 1963; STONER; MAZDYASNA,1980); mau posicionamento dentário (ANSLIN SOBOCKI;BODIN, 1993; GARTRELL; MATHEUS,1976; GLOVER, 2004; MAYNARD; OCHSENBEIN,1975); inflamação gengival decorrente do acúmulo de placa bacteriana (PARFITT; MJÖR,1964;STONER; MAZDYASNA,1980);escovação traumática (AINAMO et al., 1986; SMITH, 1997; TEZEL et al., 2001); oclusão traumatogênica (COOLIDGE,1938; GOTTLIEB;ORBAN,1931; CARRANZA,2007; ORBAN,1928;ORBAN; WEINMANN, 1933; PARFITT; MJÖR, 1964); presença de defeitos tipo deiscência ou fenestração óssea (SMITH, 1997; YARED et al., 2006).

Em 1992, Löe et al. publicaram suas observações sobre as recessões gengivais, concluindo que as mais frequentes apresentam-se na região vestibular

com profundidade de 1,5 mm. Dessa maneira, é necessário considerar o tamanho da recessão ao escolher uma técnica para recobrimento radicular.

Em 1985, Miller definiu o prognóstico de sucesso do recobrimento de acordo com a existência ou não de perda óssea alveolar interproximal, em quatro diferentes graus:

• CLASSE I: migração apical da gengiva marginal que não atinge ou ultrapassa a linha muco gengival, não havendo perda de tecidos ósseo e/ou mole na região interproximal; prognóstico de bom a excelente, com uma expectativa de recobrimento de até 100% da recessão.

• CLASSE II: migração apical da gengiva marginal que atinge ou ultrapassa a linha muco gengival, não havendo perda de tecidos ósseo e/ou mole na região interproximal; prognóstico de bom a excelente, com uma expectativa de recobrimento de até 100% da recessão.

• CLASSE III: migração apical da gengiva marginal que atinge ou ultrapassa a linha muco gengival, apresentando perda de tecido ósseo e/ou mole na região interproximal que pode ou não estar associados ao mau posicionamento dentário; prognóstico duvidoso, com expectativa de recobrimento parcial da recessão.

• CLASSE IV: migração apical da gengiva marginal que atinge ou ultrapassa a linha muco gengival, apresentando severa perda de tecido ósseo e/ou mole na região interproximal; prognóstico muito pobre, não possuindo recobrimento da recessão qualquer expectativa de recobrimento da recessão.

Nos anos 80, Tarnow (1986) descreveu a técnica do retalho semilunar, na qual uma incisão com desenho semilunar é realizada seguindo a curvatura da margem gengival procedendo com a divisão e posicionamento coronal do retalho. Essa técnica pode ser indicada em casos de recessões gengivais múltiplas e em dentes que recentemente receberam uma coroa protética, obtendo uma taxa de sucesso significante, principalmente na maxila. No entanto, não é muito recomendada para dentes mandibulares e está limitada a recessões pequenas, de 1 a 3 mm. (Fig.1-2)

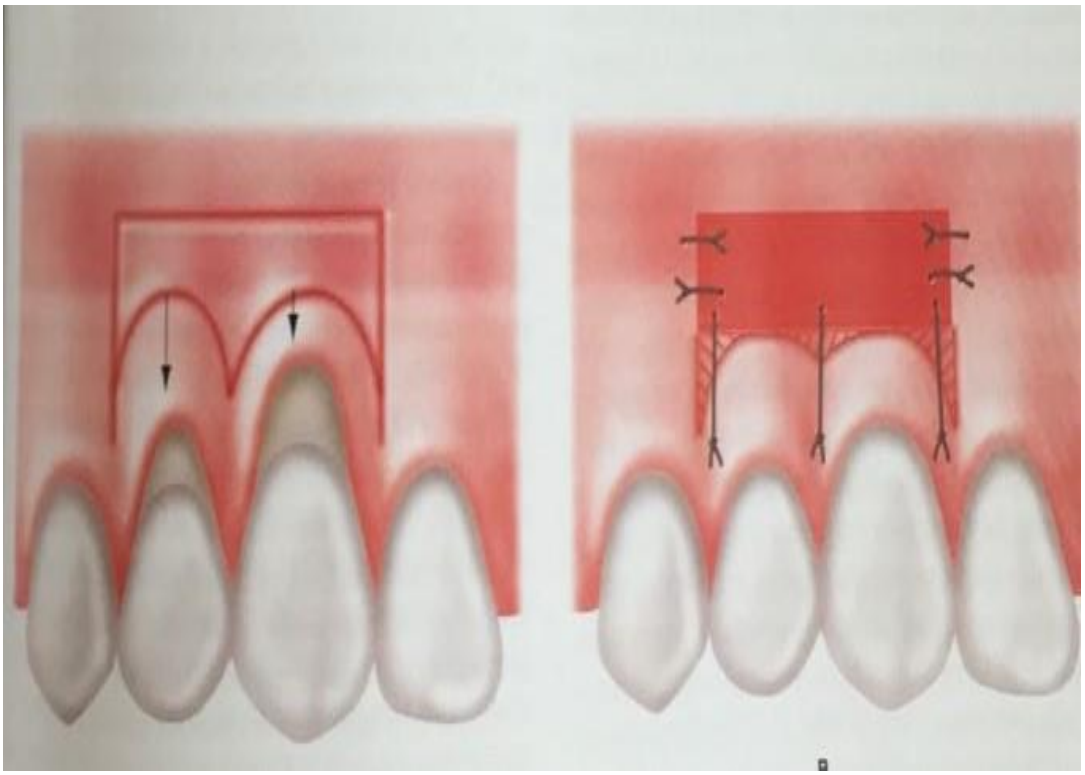


FIG. 01- Retalho Semilunar em recessões dois dentes combinado com enxerto epitelial livre



FIG. 02- A- Pré-operatório Recessões 1 a 2 mm da classe I ;B- Incisões apicais á junção muco gengival ;C- Retalho Semilunar posicionado coronalmente; D- Cobertura total da raiz

2 PROPOSIÇÃO

O objetivo principal deste estudo é avaliar clinicamente o relato de caso clinico do tratamento de recessões gengivais de 1 a 3mm por meio da técnica de retalho na forma semilunar recobrimento da recessão gengival.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 DESCRIÇÃO DA TÉCNICA CIRÚRGICA

Recobrimento radicular com retalho semilunar, TARNOW (1986).

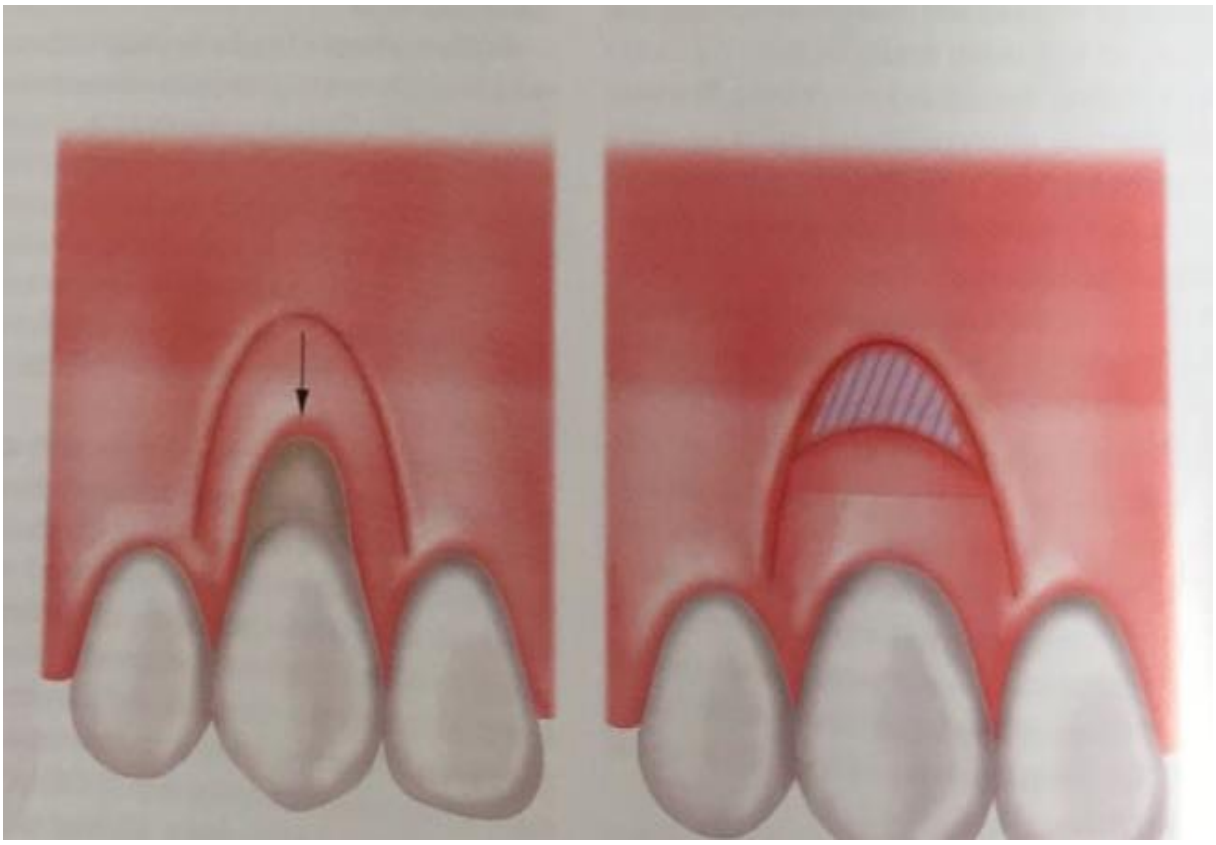


FIG. 03- Técnica de retalho semilunar posicionado coronária mente em recessão um dente, tendo incisão iniciais feitas 2 mm apicais a junção muco gengival, avanço coronário e fixação se for necessário.

O procedimento cirúrgico para recobrimento radicular. Após anestesia infiltrativa na região da recessão, modificou a linha de incisão apical, dando-lhe forma de meia lua paralela à do contorno da recessão e denominou a técnica de retalho semilunar posicionado coronária- mente. Essa técnica é indicada para o tratamento de recessões gengivais rasas localizadas ou generalizadas que não ultrapasse a linha muco gengival e nas quais não haja perda de inserção na região interdental (Classe I de Miller), onde o objetivo cicatricial é a obtenção da regeneração periodontal (MILLER, 1985). Aproximadamente 2 a 3mm de cobertura radicular é alcançado com este procedimento (HAERI & SERIO, 1999). A necessidade de uma superfície radicular livre de contaminação e passível de inserção do tecido conjuntivo é o ponto em comum das técnicas citadas anteriormente. Para isso, é necessária uma descontaminação adequada da superfície radicular, que favoreça a reinserção das fibras do tecido conjuntivo e impeça a migração do epitélio juncional, atuando na remoção da smear layer produzida pela instrumentação, com exposição dos túbulos dentinários e da matriz colágena e remoção de endotoxinas, favorecendo o processo de reinserção de fibras e regeneração periodontal. Agentes biológicos, químicos, tratamentos mecânicos e a conjugação do químico com o mecânico podem ser utilizados como forma de tratamentos radiculares (GREG-HI, 1999; PRATO et al., 1999). As superfícies radiculares foram tratadas mecanicamente com auxílio de curetas Gracey 5/6, 7/8, 11/12 e 13/14 e quimicamente através de condicionamento ácido com gel de ácido cítrico e tetraciclina ácida durante 3 minutos, seguida de lavagem abundante com solução de soro fisiológico.

O retalho então totalmente descolado até cerca de 3mm apicalmente à crista óssea, expondo assim a superfície radicular e a crista óssea alveolar. O retalho liberado de qualquer tipo de tensão existente, sendo tracionado coronalmente, determinado uma relativa estabilidade ao retalho e se necessário fixado com sutura ou com metil-cianoacrilato(SUPERBOND)mais para coronal na posição da Junção Cemento Esmalte.

3.2 RELATO DE CASO CLÍNICO

O presente trabalho tem por objetivo descrever um caso clínico de retalho semilunar reposicionado coronalmente - técnica de Tarnow - com a finalidade de recobrimento radicular em paciente que apresentava recessão gengival Classe I de Miller. O presente caso clínico foi realizado na clínica FACSETE- CENO em uma paciente do gênero feminino –K.S.P.S, 29 anos de idade. Ao exame clínico apresentava Recessão gengival no elemento dentário 11 de 1,5mm e na sondagem gengival de 1,5 mm sem inflamação gengival e sangramento a sondagem, e queixava-se de hipersensibilidade dentinária, quando aplicado o estímulo térmico, e de insatisfação estética devido à exposição radicular. Inicialmente foi indicado plano de tratamento periodontal não cirúrgico.

Após a sessão de raspagem e orientações de higiene bucal com a adequação bucal e ausência de sangramento a sondagem, entretanto persistindo a presença de coroa clínica alongada e contorno gengival irregular comprometendo a estética do sorriso (FIGURA 04).



FIG. 04- Pre -operatório do caso clinico.

Após a adequação bucal e estabelecidas as necessidades do paciente e traçado um plano de tratamento para o recobrimento radicular através de cirurgia de retalho semilunar reposicionado coronal com técnica semilunar para a região anterossuperior, tendo como finalidade promover somente o recontorno dos tecidos de revestimento, com mínima perda de tecido e pós-operatório de prognostico favorável.

Após anestesia infiltrativa na região da recessão, foi modificado a linha de incisão apical, dando-lhe forma de meia lua paralela à do contorno da recessão com a técnica de retalho semilunar posicionado coronariamente. (FIGURA 5 e 6).



FIG. 05- Incisão com lâmina 15C.



FIG. 06- Incisão semilunar.

O retalho foi liberado de qualquer tipo de tensão existente(FIGURA 7,8 e9) e posicionado coronalmente ao nível da junção cemento esmalte se tensão no retalho (Fig.09)



FIG. 07- Incisão intra sulcular.

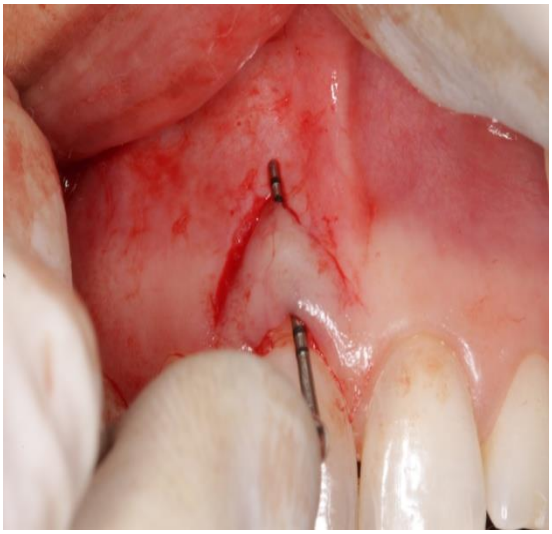


FIG. 08- Pedículo livre



FIG. 09- Pedículo na posição final

O retalho sendo tracionado coronalmente e fixado com metil-cianoacrilato (SUPERBOND) mais para coronal na posição da Junção Cemento Esmalte e determinou uma relativa estabilidade ao retalho.(FIGURA 10).



FIG. 10- Pedículo fixado com metilcianoacrilato.

4 DISCUSSÃO

A recessão gengival foi conceituada de diversas maneiras, em 1992, a Academia Americana de Periodontia, com o glossário de termos periodontais, definiu recessão gengival como o deslocamento da gengiva marginal apicalmente à junção amelocementário, considerado conceito atual.

Com avaliação clínica de aspecto antiestético desagradável ao paciente. Apresentava também os sintomas de hipersensibilidade radicular, provocada em particular por estímulos térmicos, pelo contato, ou pela presença de erosão dental, e sensibilidade gengival à escovação ou à mastigação.

Os seguintes parâmetros clínicos foram avaliados:

• Comprimento da recessão: obtida com auxílio de sonda milimetrada convencional (Hu-Friedy, Chicago, IL,EUA) e determinada pela distância da margem gengival à junção cemento- esmalte, em milímetros;

• Profundidade de sondagem: distância da margem gengival ao fundo do sulco, ou bolsa, medida com sonda periodontal milimétrada (Hu-Friedy, Chicago, IL, EUA);

• Nível de inserção clínica: distância da junção cemento-esmalte ao fundo do sulco medida com sonda periodontal milimétrada (Hu-Friedy, Chicago, IL, EUA);

O caso em questão necessita apenas de um sítio cirúrgico e são recomendadas para o tratamento de áreas com recessões Classe I de Miller, desde que rasas (até 3 mm), a menos que seja combinado com o enxerto de tecido conjuntivo, em áreas com quantidade suficiente de mucosa queratinizada apicalmente à margem gengival e espessura tecidual de, no mínimo,1mm (ALLEN e MILLER, 1989). Porém, é contraindicado quando há presença de freios aberrantes, vestíbulo raso ou presença de um tecido gengival muito fino.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, tem-se que ressaltar a importância de um planejamento cirúrgico adequado, considerando com múltiplos fatores como o tipo de recessão, quantidade e qualidade mucosa queratinizada, posição do dente no arco, o tratamento da superfície radicular tipo de retalho e grau da perda óssea para que se consiga um resultado favorável.

O recobrimento da recessão gengival com retalho técnico semilunar posicionado coronalmente sem enxerto de conjuntivo, apresenta a vantagem de possuir uma excelente combinação de cor, textura e contorno, simplicidade de técnica, pouca dor e desconforto pós-operatórios (uma vez que a cicatrização se dá também por primeira intenção) ,além da boa vascularização do tecido deslocado graças ao pedículo.

REFERÊNCIAS

1. ALLEN, E. P. MILLER, P. D. Coronal positioning of existing gingival: short term results in the treatment of shallow marginal tissue recession. J. Periodontol. n. 60, p. 316-319, 1989.

2. ASATI, M. Z. et al. Tratamento de retrações gengivais pela técnica de retalho semilunar posicionado coronariamente. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, v. 55, n. 3, p. 169-172, Mai/Jun. 2001.

3. BIMSTEIN, E et al. Saúde e doenças periodontais e gengivais. SãoPaulo: Editora Santos, 2003. p. 49-69.

4. BORGHETTI, A.; MONNET-CORTI, V. et al. Recessões teciduais marginais. p. 117-136. In:__. BORGHETTI, A. MONNET-CORTI, V. et al. Cirurgia plástica periodontal. São Paulo: ed Art Med, 2002.

5. BORGHETTI, A.; MONNET-CORTI, V. et al. Retalho Posicionado coronalmente. p. 148-158. In:_. BORGHETTI, A. MONNET-CORTI, V. et al. Cirurgia plástica periodontal.São Paulo: ed Art Med, 2002.

6. CARRANZA FA, Takei HH, Newman MG, Klokkevold PR. Periodontia clínica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.

7. Glossary of Terms in Periodontology. Chicago: The American Academy of Periodontology; 1992.

8. GREGHI, S. L. A. et al. Utilização do gel de ácido cítrico com tetraciclina como coadjuvante da terapia periodontal. J. Bras. de clínica & Estética em Odontol. V. 3, n. 17, p. 84-89, 1999.

9. GUIMARÃES GM. Recobrimento radicular: apresentação de técnica. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2007;61(1):74-6.

10. LINDHE J, Karina T, Lang NP. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

11. MILLER, P. D. A classification of marginal tissue recession. Int J Periodont Rest Dent. v. 5, n. 2, p. 9-13, 1985.

12. SUZUKI PH, Vasconcelos AML, Segundo AS, Oliveira ACG, Neves ANP, Raslan SA. Valorizando o sorriso gengival: Relato de caso clínico. Revista Inpeo de Odontologia. 2008;2(2):41-56.