

Recobrimento radicular múltiplo

relato de caso

Multiple root coverage: case report

Flávia Benetti Piccinin¹

Laudemir Pagnocelli²

Dayse Rita Von Meusel²

Erico Brüggemann³

Marisa Maria Dal Zot Flôres³

Resumo

A literatura mostra uma variedade de técnicas cirúrgicas destinadas ao tratamento das recessões gengivais, em grande parte relacionadas às recessões localizadas. Contudo, para o tratamento de recessões múltiplas, não são descritas técnicas específicas, adotando-se as mesmas aplicadas às recessões localizadas, com a utilização de mais de um procedimento cirúrgico. O artigo relata um caso de recobrimento radicular em múltiplos elementos com a realização de um procedimento cirúrgico único. Embora os defeitos apresentassem diferentes dimensões de altura e largura, o resultado mostrou-se bastante satisfatório, tendo sido obtido o recobrimento completo das recessões. Ao final do período de observação (um ano), constatou-se a estabilidade do resultado inicial e até uma melhor adaptação cervical (*creep attachment*), concluindo-se que a técnica pode ser empregada com sucesso nos casos de recessões múltiplas.

Palavras-chave: recobrimento radicular, recessões gengivais múltiplas, estética, enxerto gengival.

Introdução

O sorriso é determinante na harmonia facial, e os seus componentes – os dentes, a margem gengival e os lábios – devem se relacionar em proporção e simetria, de tal forma que se torne compatível com os padrões estéticos ideais e desejáveis. A relevância dada à estética atualmente traz aos consultórios dentários pacientes preocupados em corrigir defeitos que, há alguns anos, passariam despercebidos.

Para acompanhar a vanguarda estética, a periodontia reorientou seus objetivos estritamente dirigidos para restituir a saúde, aperfeiçoando suas técnicas e desenvolvendo outras novas, reunidas em ramo específico denominado *cirurgia plástica periodontal* (Von Meusel e Flôres, 1998). Dentre as especialidades, esta é a mais indicada para a execução das correções estéticas, pela delicadeza com que manuseia os tecidos moles.

As seqüelas causadas por deficiências estruturais e pela doença periodontal são de difícil correção, usando-se, para isso, somente materiais restauradores. Durante muito tempo, as tentativas de cor-

reção desses defeitos eram feitas por meio de dispositivos protéticos, ou eram simplesmente “ignoradas”. Hoje, a cirurgia plástica periodontal apresenta inúmeras técnicas, que, associadas aos procedimentos restauradores, buscam alcançar o contorno apropriado, a cor e o equilíbrio da margem gengival na sua relação com a dentição adjacente, por meio da reconstrução das estruturas periodontais perdidas ou danificadas.

As recessões gengivais foram, muitas vezes, interpretadas como desarmonias dentofaciais, transformando-se em fator psicológico desagradável para o paciente e constituindo-se no motivo principal de suas queixas no tratamento odontológico. Para o clínico, por sua vez, tornou-se uma ocorrência comum, porém preocupante, porque promove desigualdades na margem gengival. O presente trabalho relata um caso clínico em que se buscou o recobrimento radicular de uma área ampla, em procedimento cirúrgico único, atendendo ao desejo do paciente que estava descontente com a aparência estética determinada por múltiplas recessões.

¹ Aluna do curso de graduação da Faculdade de Odontologia - UPF.

² Especialistas em Periodontia.

³ Professores das disciplinas de Periodontia I e II e do curso de Especialização em Periodontia da Faculdade de Odontologia - UPF.

Revisão da literatura

A recessão do tecido marginal foi definida por Wennström (1996) como sendo "a localização apical do tecido mole marginal do dente a partir da junção cimento-esmalte", de etiologia ainda não completamente esclarecida e atribuída não somente a um fator, mas a uma combinação deles. Dentre os fatores etiológicos desencadeadores da recessão gengival estão a higiene bucal (falta ou excesso), a morfologia e a má posição dentária, a cortical óssea fina e a pouca espessura da gengiva, as inserções musculares altas, as iatrogenias e o próprio tratamento periodontal (Fanganiello et al., 1987; Allen, 1988).

As recessões gengivais foram classificadas por Miller (1985), segundo os parâmetros da posição do tecido marginal em relação à junção mucogengival e grau de perda óssea interproximal. É esta a classificação mais aceita universalmente porque, além de dar uma definição do tamanho e da largura da recessão, indica a previsibilidade do recobrimento (Von Meusel e Flôres, 1998). Destacam-se apenas as recessões gengivais classificadas em Classes I e II, tratadas neste trabalho:

- Classe I: recessão do tecido marginal que não se estende até a junção mucogengival, sem perda periodontal na área interdentária e previsibilidade de recobrimento total da raiz;
- Classe II: recessão do tecido marginal que se estende até ou além da junção mucogengival. Também sem perda periodontal na área interdentária e previsibilidade de completo recobrimento radicular.

Na literatura, podem ser encontradas em grande número e variedade técnicas cirúrgicas com o objetivo de recobrimento radicular. Um dos primeiros relatos é atribuído a Grupe e Warren (1956), a partir do qual foram constantemente desenvolvidas e modificadas para que atingissem o aperfeiçoamento

e os resultados atuais. Geralmente, essas técnicas são reunidas em quatro grandes grupos: *os enxertos pediculados*, que utilizam gengiva das proximidades do defeito e exigem quantidade e qualidade de gengiva suficientes para recobrir a recessão (Grupe e Warren, 1956; Staffileno, 1964; Pennel et al., 1965; Brunstein, 1970; Pfeifer e Heller, 1971; Allen e Miller, 1989; Tinti e Parma-Benfenati, 1996); *os enxertos gengivais livres*, que usam fragmentos de gengiva removidos de sítio distante da área da recessão, geralmente do palato (Sullivan e Atkins, 1968; Miller, 1982; Holbrook e Oschsenbein, 1983; Langer e Langer, 1985; Grigolli et al., 1990; Bruno, 1994); as *técnicas combinadas* de pediculados e livres (Bernimoulin et al., 1975; Maynard, 1977) e a *regeneração tecidual guiada*, que consiste na colocação de membranas (Tinti et al., 1992; Pini Prato et al., 1992; Rachlin e Dejou, 1996).

Nos trabalhos encontrados, essas técnicas são aplicadas quase sempre para recobrimento radicular em elemento único ou, no máximo, em dois elementos. Quando se apresentam recessões em quatro ou cinco elementos, os relatos indicam o uso das mesmas técnicas em mais de uma etapa cirúrgica, com intervalo de tempo variável (Martins et al., 2001), ou usam-se técnicas que envolvem mais de um sítio cirúrgico (Livingston, 1975; Tolmie et al., 1991; Hant et al., 1983).

O deslocamento coronário do retalho, técnica pertencente ao grupo dos enxertos pediculados, é uma das alternativas para recobrir retrações (Allen e Miller Jr., 1989; Restrepo, 1973), mas, segundo alguns autores, exige a presença de gengiva inserida (Wennström e Zucchelli, 1996; Allen e Miller Jr., 1989). Pelos estudos revisados por Wennström (1996), é esse um procedimento com previsibilidade de recobrimento da superfície radicular que atinge entre 70 a 99% da área, alcançando uma média de 83% e um percentual de dentes com recobrimento completo da raiz entre 24 a 95%. Além disso, o tecido deslocado é da mesma região e possui as mesmas características do local a ser

recoberto, razão pela qual é considerada uma das técnicas mais adequadas para as áreas estéticas.

No estudo desenvolvido por Zucchelli e Sanctis (2000), foi feita uma adaptação da técnica do deslocamento coronal utilizada para recessões localizadas, aplicando-a em uma área de múltiplas recessões e realizando apenas um procedimento cirúrgico. Foram tratadas e avaliadas 73 recessões de 22 pacientes, cuja média de profundidade para o total foi de 2,8 mm e a média individual, de 3,4 mm. Após controle de um ano, observou-se que, em média, 97% das superfícies radiculares permaneciam recobertas com tecido mole e 64 defeitos (88%) se mantinham totalmente recobertos. Os autores concluíram que a profundidade inicial da recessão e a quantidade de tecido queratinizado podem afetar o resultado final. Foi alcançada maior redução do defeito nos casos em que a recessão era maior e havia menor quantidade de tecido queratinizado apical à recessão.

Relato do caso

Paciente de quarenta anos procurou o curso de especialização em Periodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo, queixando-se da aparência estética provocada pelas recessões em quase todos os dentes e da sensibilidade quando da escovação e a estímulos térmicos. Apresentava boa saúde sistêmica, não usava medicação com frequência, nem era fumante. Após a realização de exames clínico e radiográfico, observou-se ausência de doença periodontal, condição desejável e indispensável para que se projetem tratamentos especiais no periodonto. Conforme Cabrera (1995), o ideal estético não pode ser alcançado na ausência de um periodonto sadio.

O paciente apresentava boa qualidade e quantidade de gengiva, mas havia recessão gengival que se estendia do elemento 11 ao 15, classificada como Classe I e II de Miller (1985) (Fig. 1). Pela anamnese, deduziu-se que a possível etiologia da recessão era a escovação traumá-

tica, razão pela qual foram instituídas, como primeiras medidas, as instruções sobre higiene bucal, técnica de escovação (não dirigida diretamente no sulco gengival), utilização de escova macia e cuidados referentes à troca da escova, salientando-se a importância da redução no tempo de troca, a fim de evitar a utilização da escova com as cerdas abertas, o que manteria a característica da escovação traumática. Tais medidas visaram minimizar o trauma de escovação, limitando, em parte, a progressão da recessão, a qual foi acompanhada e observada durante seis meses.

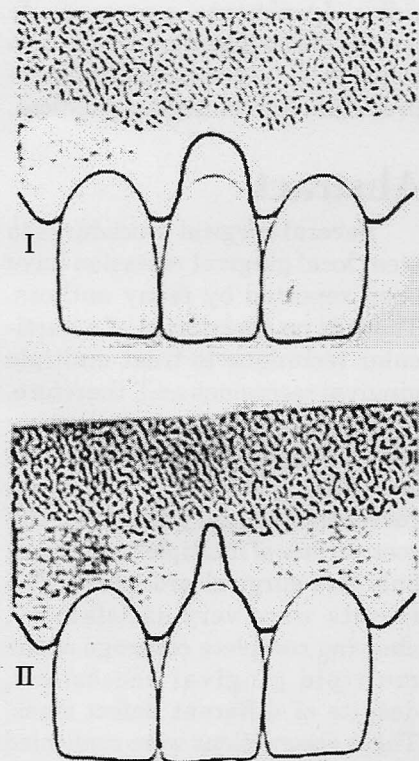


Figura 1. Classe I e II de Miller (1985) - esquema das recessões gengivais

Após esse tempo e estabilizada a margem gengival, permaneceram, entretanto, a queixa estética e os sintomas. Sugeriu-se, então, um procedimento cirúrgico para o recobrimento radicular, optando-se pelo *deslocamento coronário do retalho*, segundo modificação de Zucchelli e Sanctis (2000) (Fig. 2), tanto pela adequação ao caso quanto pelas vantagens já descritas. A paciente foi esclarecida sobre a previsibilidade da técnica e as pos-

sibilidades de insucesso, concordando em submeter-se ao tratamento.

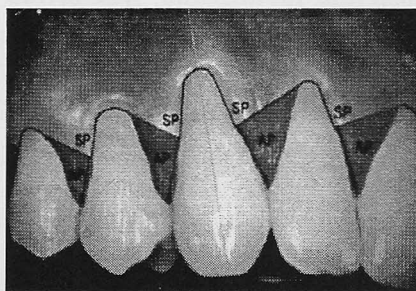


Figura 2. Desenho do deslocamento coronal do retalho, modificado por Zucchelli e Sanctis (2000)

Devidamente anestesiada a paciente e feita a marcação na boca de acordo com a técnica referida (Fig. 3), iniciou-se a cirurgia pelas incisões oblíquas, próximo às papilas, utilizando-se bisturi com lâmina 15. Em seguida, com o mesmo bisturi e complementação por brocas esféricas em baixa rotação, foi removido o epitélio papilar. Como não foram feitas as incisões relaxantes, realizou-se uma divulsão tecidual até próximo ao ápice dos dentes envolvidos, de maneira a permitir o relaxamento completo do retalho para a tração coronal, objetivando que o tecido ficasse na posição desejada sem nenhuma tensão.

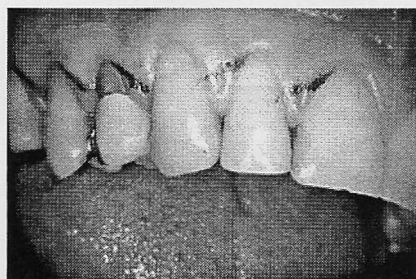


Figura 3. Foto do paciente do caso relatado com marcação em boca empregando a técnica proposta por Zucchelli e Sanctis (2000)

O retalho foi do tipo total e, por se tratar de cirurgia delicada, destaca-se a necessidade de utilizar meios auxiliares eficientes, como os microinstrumentos para o manuseio do tecido gengival, evitando possíveis traumas que venham a interferir na cicatrização. No momento em que foi levantado o retalho (Fig. 4), observaram-se as medidas das recessões ainda maiores.

Após o posicionamento coronário do retalho sem tensão, foram realizadas suturas simples, distantes da ponta da papila, com agulha atraumática e fio monofilamento de náilon 6.0. A sutura deve garantir a imobilidade do retalho sobre a superfície radicular para que se alcance o recobrimento desejado. Foi usado cimento cirúrgico sobre a região operada.

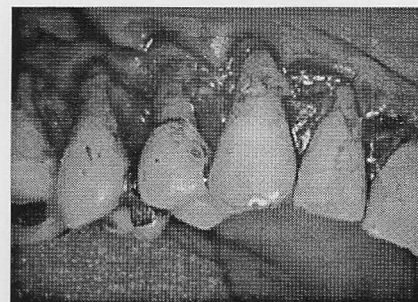


Figura 4. Foto do paciente do caso relatado exibindo as recessões gengivais após levantamento do retalho

Ao término da cirurgia, foi receitado o esquema profilático padrão, com analgésicos e anti-inflamatórios, e, mesmo sendo observadas as rigorosas normas da biossegurança, indicou-se o uso de antibiótico por uma semana, por se tratar de área cirúrgica extensa e de divulsão bastante profunda. Recomendou-se à paciente a aplicação de clorexedina 0,2% com cotonete pela manhã e à noite, manter-se em repouso, não utilizar gelo, não comprimir o local e não dormir de bruços.

As suturas foram removidas aos 14 dias, observando-se um resultado bastante satisfatório tanto em relação à cicatrização quanto ao recobrimento dos defeitos (Fig. 5). Nesse momento, foram revistas as instruções de higiene bucal, sendo recomendados creme dental contendo triclosam e realização de bochechos com solução de clorexedina (0,12%) duas vezes ao dia, durante trinta dias (controle semanal). Controles periódicos foram realizados aos noventa dias, seis meses e um ano após a cirurgia (Fig. 6). Durante esse acompanhamento, observou-se além da estabilidade dos resultados, uma melhor adaptação cervical (*creeping attachment*).

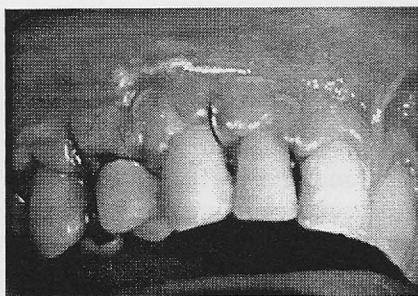


Figura 5. Foto do paciente do caso relatado após quatorze dias do procedimento cirúrgico

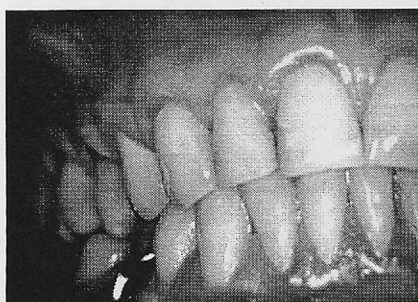


Figura 6. Foto do paciente do caso relatado após um ano do procedimento cirúrgico

Discussão

Vários foram os argumentos que conduziram a equipe à opção pelo procedimento descrito. Ao analisar as técnicas indicadas para recobrimento de recessões múltiplas em áreas estéticas, constatou-se que há escassa literatura sobre o assunto e que os trabalhos encontrados mostraram ser possível o recobrimento radicular em mais de um elemento com a realização de mais de uma intervenção cirúrgica (Livingston, 1975; Tolmie et al., 1991; Hant et al., 1983; Martins et al., 2001).

As condições da paciente, saúde e higiene bucal, qualidade da gengiva (espessura, largura e sanidade) e o custo/benefício favorável foram argumentos que se mostraram positivos no caso relatado e serviram para auxiliar e confirmar a decisão do tratamento. Orientada por uma filosofia conservadora, a equipe optou por reproduzir o trabalho descrito por Zucchelli e Sanctis (2000), no qual os autores usaram a técnica do deslocamento coronário do retalho com desenho específico, realizada em um único procedimento e leito cirúrgico. A

variação feita pelos autores consistiu na forma da incisão, ou seja, no desenho modificado, não sendo realizadas incisões verticais relaxantes e, ao invés de incisões contornando as papilas, essas foram feitas obliquamente (Fig. 2), de modo que, quando o tecido é deslocado coronariamente, posiciona-se perfeitamente na região papilar. A resolução do caso em apenas uma sessão e num sítio cirúrgico eliminou diversos inconvenientes decorrentes de procedimentos repetidos, como no trabalho de Martins et al. (2001), que descrevem, primeiramente, um enxerto gengival livre e, em segunda etapa (seis semanas após), um deslocamento coronal do retalho.

Em relação ao enxerto gengival livre, além de ser um procedimento com dois sítios cirúrgicos, sabe-se não haver previsibilidade de aderência do enxerto à raiz exposta, nem da migração em direção coronal. Além disso, quando a estética é fundamental, e essa era a queixa da paciente, o enxerto gengival livre não tem razão de ser, pois a cor do tecido enxertado não é compatível com a área receptora; portanto, não pode ser considerada a técnica ideal para recobrimento em áreas estéticas.

Zucchelli e Sanctis (2000) destacaram em seu relato que não há necessidade de grande quantidade de gengiva inserida para o sucesso do deslocamento coronário, tanto que observaram um sucesso ainda maior no recobrimento radicular em muitos casos em que esse tipo de gengiva estava ausente. Ao contrário, autores como Wennström e Zucchelli (1996) e Allen e Miller Jr. (1989) afirmam que a ausência de uma ampla faixa de gengiva inserida é uma das limitações para o uso de técnica do deslocamento coronário do retalho. No caso relatado, a observação após um ano da realização do recobrimento radicular múltiplo permite discordar-se de Zucchelli e Sanctis (2000) e concluir que o sucesso alcançado e mantido deve-se, em grande parte, à existência de uma boa faixa de gengiva inserida sadia e espessa.

Conclusões

A técnica utilizada no caso relatado é aplicável para corrigir recessões múltiplas Classes I e II, porém a literatura relacionada ao recobrimento radicular de múltiplos elementos, em etapa e sítio cirúrgico únicos, é escassa, sugerindo a necessidade de serem adaptadas técnicas já existentes ou de se criarem novas, com vistas ao aperfeiçoamento das cirurgias plásticas periodontais.

Quando não identificados ou corrigidos os fatores determinantes da recessão, não estão indicados procedimentos cirúrgicos plásticos, em virtude da probabilidade de recidiva. Igualmente, a presença de doença periodontal ou o precário controle de placa contra-indicam procedimentos cirúrgicos plásticos.

Abstract

Several surgical procedures to treat local gingival recession have been reported by many authors. There is no description of a particular technique to treat multiple gingival recessions and, therefore, many local corrective surgery procedures are used for these cases. This case study reports on corrective surgery to cover the root surface of multiple teeth using only one surgical procedure. The results were very satisfactory, showing complete coverage of the multiple gingival recessions, despite of different defect sizes. These observations were confirmed after one year, including a better creep attachment, which allows one to conclude that the procedure used in this study can be successfully applied to multiple gingival recessions.

Key words: root coverage, multiple gingival recessions, esthetics, gingival graft.

Referências bibliográficas

- ALLEN, E. P. Use of mucogingival surgical procedures to enhance esthetics. *Dent. Clin. Nort. Am.*, v. 32, p. 307-330, 1988.
- ALLEN, E. P.; MILLER JR., P. D. Coronal positioning of existing gingiva. Short-term results in the treatment of shallow marginal tissue recession. *J. Periodontol.*, v. 60, n. 6, p. 316-319, 1989.
- BERNIMOULIN J. P.; LUCHER, B.; MUHLEMANN, H. R. Coronally repositioned periodontal flap. *J. Clin. Periodontol.*, v. 2, n. 1, p. 1-13, 1975.
- BRUNO, F. J. Connective tissue graft technique assuring wide root coverage. *Int. Period. Rest. Dent.*, v. 14, n. 2, p. 127-137, Apr. 1994.
- BRUSTEIN, D. Cosmetic periodontics. Coronally repositioned pedicle graft. *Dent Surv.*, v. 46, p. 22-25, 1970.
- CABRERA, P. O. Esthetic root coverage in periodontics: a review. *Rev. Chicago Dent. Soc.*, v. 88, n. 2, p. 30-34, Mar. 1995.
- FANGANIELLO, C. L. S.; OLIVEIRA, M. L. S.; NOVAES, A. B. Retração gengival - discussão de suas causas. *Rev. Bras. de Odont.*, v. 44, n. 2, p. 46-52, mar/abr. 1987.
- GRIGOLLI, J.; SENDYK, W. R.; ESPINOSA, C. R. et al. Variação da técnica de enxerto de tecido conjuntivo interposto para recobrimento de raízes com retrações gengivais localizadas e múltiplas. *Rev. de Odont.*, v. 12, n. 4, p. 2-8, jul/ago. 1990.
- GRUPE, J.; WARREN, R. Repair of gingival defects by a sliding flap operation. *J. Periodontol.*, v. 27, n. 2, p. 90-95, Apr. 1956.
- HANT, J.; TAKEY, H. H.; CARANZA, F. A. The strip gingival autograft technique. *Int. J. of Periodont and Rest. Dent.*, v. 3, n. 2, p. 180-187, 1983.
- HOLBROOK T.; OCHSENBEIN, C. Complete coverage of denuded root surface with a one stage gingival graft. *J. Periodont. Rest. Dent.*, v. 3, p. 9-27, 1983.
- LANGER, B.; LANGER, L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J. Periodontol.*, v. 5, p. 715-720, 1985.
- LIVINGSTON, H. L. Total coverage of multiple and adjacent denuded root surfaces with a free gingival autograft. *J. Periodontol.*, v. 46, n. 4, p. 209-216, 1975.
- MARTINS, G. A.; CAETANO, M. M.; DUARTE, C. A. *Tratamento cirúrgico mucogingival escalonado: relato de caso clínico*. Capturado em 11 mai. 2001. Online. Disponível em: <http://www.ibmol.com.br/abo2001/temas livros/integral/escalonado.htm>
- MAYNARD, J. G. Jr. Coronal positioning of a previously placed autogenous gingival graft. *J. Periodontol.*, v. 48, p. 151, 1977.
- MILLER P. D. Root coverage using the free soft tissue autograft following citric acid application I. Technique. *J. Periodont. Rest. Dent.*, v. 2, p. 65-70, 1982.
- MILLER, P. D. Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int. J. of Periodont and Rest. Dent.*, v. 5, n. 2, p. 9-13, 1985.
- PENNEL, B. M.; HIGGASON, J. D.; TOWNER, J. D. et al. Oblique rotated flap. *J. Periodontol.*, n. 36, p. 305, 1965.
- PFEIFER, J.; HELLER R. Histologic evaluation of full and partial thickness lateral repositioned Flaps. A Pilot Study. *J. Periodontol.*, v. 42, p. 331-333, 1971.
- PINI PRATO, G. P.; TINTI, C.; VINCENZI, G. et al. Guided tissue regeneration versus mucogingival surgery in the treatment of human buccal gingival recession. *J. Periodontol.*, v. 63, n. 11, p. 919-928, Nov. 1992.
- RACHLIN, G.; DEJOU, J. C. The use of a resorbable membrane in mucogingival surgery. Case series. *J. Periodontol.*, v. 67, n. 6, p. 621-626, June 1996.
- RESTREPO, O. J. Coronally repositioned flap. Report of four cases. *J. Periodontol.*, v. 44, n. 8, p. 564-567, 1973.
- STAFFILENO, H. Management of gingival recession and root exposure problems associated with periodontal disease. *Dent. Clin. of Nort. Am.*, p. 111-120, Mar. 1964.
- SULLIVAN, H. C.; ATKINS, J. H. Free autogenous gingival grafts. Utilization of grafts in the treatment of gingival recession. *J. Periodontol.*, n. 6, p. 152-160, 1968.
- TINTI, C.; VINCENZI, G.; CORTELLINI, P. et al. Guided tissue regeneration in the treatment of human recession. A 12-case report. *J. Periodontol.*, v. 63, n. 6, p. 554-560, June 1992.
- TINTI, C.; PARMA-BENFENATI, S. The free rotated papilla autograft: a new bilaminar grafting procedure for the coverage of multiple shallow gingival recessions. *J. Periodontol.*, v. 67, n. 10, p. 1016-1024, Oct. 1996.
- TOLMIE, P. N.; RUBINS, R. P.; BUCK, G. S. et al. The predictability of root coverage by way of free gingival autografts and citric acid application: an evaluation by multiple clinicians. *Int. J. Period. e Rest. Dent.*, v. 11, n. 4, p. 261-271, 1991.
- VON MEUSEL, D. R. D. Z.; FLÓRES, M. M. D. Z. A estética na periodontia - I parte: recobrimento radicular. *RFO UPF*, v. 3, n. 2, p. 41-48, jul/dez. 1998.
- WENNSTRÖM, J. L. Mucogingival therapy. *Annals of Periotontol.*, v. 1, n. 1, section 8, p. 671-706, Nov. 1996.
- WENNSTRÖM, J. L.; ZUCCHELLI, G. Increased gingival dimensions. A significant factor for successful outcome of root coverage procedures? A 2-year prospective clinical study. *J. Clin. Periodontol.*, v. 23, p. 770-777, 1996.
- ZUCCHELLI, G.; SANCTIS, M. Treatment of multiple recession type defects in patients with esthetic demands. *Journal of Periodontology*, v. 71, n. 9, p. 1506-1513, Sept. 2000.

Endereço para correspondência

Flávia Benetti Piccinin
Endereço: José Passobom, 300 / Centro
CEP: 98770-000
Catuípe - RS
Tel.: (55) 3336-1389 - (55) 3336-1125
E-mail: flapiccinin@bol.com.br