

Cirurgia de Bridectomia associada à técnica Enxerto Livre Gengival: Relato de Caso Clínico

Bridle procedure in association with free gingival graft surgery: a case report

Elizete dos Reis Borges¹

Antônio Luis Neto Custódio¹

Gheisa Caroline Monteiro de Oliveira¹

Raísa Jabour Bastos Leal¹

1- Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

raisa.leal@hotmail.com

RESUMO

Este estudo aborda a técnica de bridectomia associada ao Enxerto Gengival Livre com o intuito de melhorar a adaptação de uma prótese total removível, a estética do tecido gengival e evitar reinserção de bridas.

Descritores: Bridas. Bridectomia. Cirurgia pré-protética. Enxerto gengival livre

ABSTRACT

This work addressed the Bridectomy technique associated with Free Gingival Graft in order to improve the adaptation of full removable prosthesis, esthetics of soft tissue and prevent bridle reinsertion.

Key words: Bridle. Bridectomy. Pre-prosthetic surgery, free gingival graft

INTRODUÇÃO

As bridas são membranas mucosas que conectam lábio e mucosa jugal ao processo alveolar e gengiva subjacente. São formadas por tecido conjuntivo denso e fibras elásticas e podem ser congênicas ou adquiridas. Segundo Palma¹¹, as adquiridas são cicatrizes fibrosas causadas por processos infecciosos, acidentes ou intervenções cirúrgicas. As do tipo congênicas possuem a função de limitar os movimentos dos lábios e impedir a exposição excessiva da gengiva.

Se a inserção da brida estiver rente à gengiva marginal pode gerar problemas periodontais, fonéticos, estéticos e dificultar a execução de trabalhos protéticos. A brida pode se tornar um problema levando a recessões gengivais, instabilidade e dificuldade de retenção de próteses, bolsas periodontais, problemas estéticos e interferência na higienização bucal.

A técnica cirúrgica se refere à remoção total do tecido fibroso da área de

inserção periostal. Segundo Palma¹¹, a confecção de férulas de contenção, suturas ou mesmo a colocação de cimento cirúrgico devem ser realizadas para impedir uma recidiva quando da sua cicatrização, o que se assemelha à técnica proposta para as frenulectomias labiais.

Em alguns casos é realizado um enxerto gengival de mucosa mastigatória palatina que é selecionado quando há escassez de tecido na área vizinha a retração ou quando tecido marginal mais espesso é necessário. Segundo Freedman, citado por Nogueira¹⁰, sua associação à bridectomia evita a recorrência da brida e cria uma área de mucosa mastigatória adequada quando uma grande quantidade de tecido é removida. Esta técnica tem sido utilizada para melhorar os resultados da bridectomia, aumentar a faixa de gengiva inserida, cobrir recessões gengivais, aumentar o rebordo e aprofundamento do vestíbulo.

Este trabalho tem como finalidade relatar um caso clínico de bridectomia associada à técnica de enxerto livre gengival, tendo como objetivo principal devolver a estabilidade e a retenção da prótese total removível de uma paciente.

CASO CLÍNICO

Paciente E.M.C., de 75 anos, sexo feminino, leucoderma, procurou a Clínica de Cirurgia III do (FOPUC Minas) após ser encaminhada da Clínica de Prótese Total Removível do (FOPUC Minas) para cirurgia pré-protética. Submetida ao exame clínico, verificou-se que a inserção de freio e bridas (Figura 1), na região de incisivos centrais inferiores e pré-molares inferiores, respectivamente, causavam instabilidade, mal assentamento da prótese e feridas na mucosa.



Figura 1 – Inserção de Freio e Bidas

Foi realizada a assepsia da face e da cavidade bucal com clorexidina, respectivamente a 2% e 0,12%. Anestesiaram-se os nervos bucal, alveolar inferior e lingual através da técnica terminal submucosa. As bridas da região de pré-molares inferiores direita e esquerda e freio labial inferior foram tracionadas para permitir sua total remoção. Foi feita incisão inicialmente nas partes superior e inferior da brida (Figura 2).



Figura 2 – Incisão do freio e da Brida

Removeu-se o tecido e incisou-se horizontalmente para descolar as fibras elásticas do osso subjacente. Procedeu-se a limpeza do campo operatório com soro fisiológico e compressão com gaze para estancar o sangramento.

Anestesiou-se o nervo palatino maior para remoção do enxerto gengival livre. Foi feito molde com um pedaço de papel de fio sutura estéril. Incisou-se a porção média da face palatina do segundo molar até a porção média da face palatina do segundo pré-molar (Figura 3).



Figura 3 – Inserção do Palato

Após a incisão, o enxerto foi removido (Figura 4) e dividido em três fragmentos, reservados em soro fisiológico enquanto o palato era suturado com fio de seda 03 para que a cicatrização ocorresse por primeira intenção.

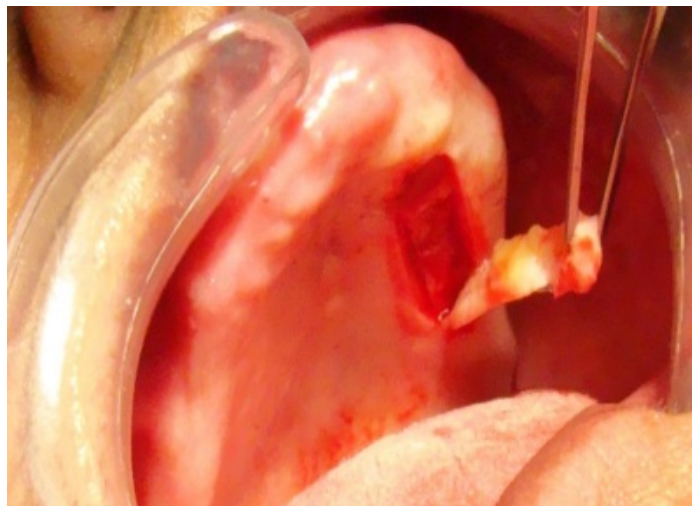


Figura 4 – Remoção do Enxerto

Os fragmentos foram posicionados nos sítios receptores e suturados com fio de nylon 06 (Figura 5).



Figura 5 – Sutura do Enxerto

A paciente retornou após quinze dias para a remoção das suturas quando foi constatada reinserção e formação de novo freio labial inferior. Foi realizada a cauterização da região e a paciente foi encaminhada para a Clínica de Prótese Total Removível da FOPUCMINAS para reembasamento da prótese removível inferior.

Após 6 meses a paciente retornou para avaliação da prótese e cicatrização. A cicatrização no palato ocorreu normalmente e houve hiperplasia do tecido na região de incisivos e pré-molares direita inferiores devido a trauma por uso da prótese.

DISCUSSÃO

Como Carranza³ destacou, a brida é uma prega da membrana mucosa que conecta lábios, bochecha, mucosa alveolar, gengiva e periósteo. Sua disposição anormal pode prejudicar a higienização, fonética, estética e estabilidade de próteses totais removíveis. Além da variação no nível de inserção em relação ao rebordo da brida, o recorte inadequado da prótese nessa região pode levar ao surgimento de úlceras traumáticas e interferência na sua estabilidade¹². A dificuldade de estabilizar e reter a prótese total removível inferior no rebordo alveolar da paciente foi, portanto, indicação para cirurgia de bridectomia neste estudo.

O procedimento de bridectomia é simples, geralmente é associada a outras terapias cirúrgicas periodontais tal como o enxerto gengival livre.

Segundo Lascala citado por Bubniak, Geiser e Silva², a região doadora deve ter lâmina própria com estrutura tecidual densa, epitélio queratinizado e formação de nova rede vascular, por isso escolhemos o palato como tecido doador, pois ele mantém suas características originais após o transplante.

A região palatina apresenta como limitações anatômicas vasos e nervos, sendo a sua profundidade muito importante na quantidade de mucosa a ser removida. Nas regiões onde a

profundidade do palato é rasa existe maior chance de lesar a artéria palatina maior, causando hemorragia excessiva ou prolongada, sendo esta a complicação mais preocupante e comum na realização do enxerto gengival livre. A incisão foi feita na porção média da face palatina do segundo molar até a porção média da face palatina do segundo pré-molar devido à grande espessura dessa região.

Bubniak, Geiser e Silva² destacam que a sutura do enxerto retarda o processo de cicatrização, pois lesa a microcirculação existente entre o enxerto e o leito receptor responsável pela anastomose dos vasos sanguíneos. Mas optamos pela realização da sutura, pois ela estabiliza o enxerto ao sítio receptor, importante para um bom resultado da técnica e para um melhor pós-operatório da paciente⁷.

A cicatrização pode ser dividida em três fases: Fase inicial (0 a 3 dias): O enxerto sobrevive com uma circulação avascular plasmática do leito receptor. Forma-se uma rede de fibrina, responsável pela fixação inicial do enxerto. O epitélio degenera, tornando-se cinza e descamado. Na segunda fase, a revascularização ocorre durante 2 a 14 dias. Ocorre a anastomose entre os vasos sanguíneos do leito e do enxerto, estabelecendo uma circulação nas veias existentes no enxerto, ocorrendo depois uma proliferação capilar. É estabelecida uma união não fibrosa entre enxerto e leito. A epitelização do enxerto ocorre pela proliferação do epitélio das margens dos tecidos vizinhos.

A fase de maturação tecidual (11 a 42 dias): Ocorre a diminuição do número de vasos. Após 14 dias o suprimento vascular do enxerto é similar ao de uma gengiva inserida normal. O epitélio sofre maturação, formando uma camada de ceratina.

No nosso caso clínico, após 15 dias, ao exame clínico a área apresentava-se com coloração normal, sem edemas e alterações visíveis clinicamente. Em seu trabalho NOGUEIRA et, al.¹⁰ relatam cicatrização pós-operatórias em cirurgias de bridectomia semelhante aquela observada no caso clínico em questão,

atribuindo esse aspecto à revascularização dos vasos sanguíneos e epitelização do enxerto ocorrendo proliferação do epitélio das margens dos tecidos vizinhos.

Após 6 meses houve hiperplasia do tecido na região de incisivos e pré molares direita inferiores devido a trauma por uso da prótese. A cicatrização na região de pré molares esquerda inferior ocorreu de acordo com a literatura formando gengiva inserida normal¹.

Isso também foi observado por COELHO et, al. citado por Batista¹, a hiperplasia fibrosa inflamatória ocorre nas bordas e flanges dos rebordos maxilares e/ou mandibulares decorrentes de um trauma constante causada pela pressão das bordas desadaptadas da prótese perante força de oclusão desequilibrada.

CONCLUSÃO

A presença de bridas anormais altera a estabilidade da prótese total removível. A técnica de bridectomia é importante para estabilização da prótese total removível e quando associada ao enxerto gengival livre promove resultado estético satisfatório podendo evitar a recidiva das bridas.

REFERÊNCIAS

1. Batista V, Batista F, Pavan A, Matheus G, Silva M. Hiperplasia fibrosa inflamatória ocasionada por prótese total desadaptada. **Rev Odontol Araç.** 2013; 34(2): 70-2.
2. Bubniak A, Geiser C, Silva T. Enxerto gengival livre. **RGO** Porto Alegre. 1999; 47(1).
3. Carranza FA, Newman MG, Takei H, Klokkevold PR. **Periodontia clínica.** 10^a ed. Rio de Janeiro; 2010.
4. Duarte CA. Cirurgia periodontal: pré-protética e estética. 1^a ed. São Paulo; 2002.
5. Duarte CA, Pereira CA, Pinotti A, Gaieski K. Técnicas de sutura na área receptora para o enxerto gengival livre. **J. bras. endo/perio.** 2000; 1(3).

6. Genco R, Cohen D, Goldman H. Periodontia contemporânea. 1ª ed. São Paulo; 1996.
7. Lindhe J, Karring T, Lang N. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 4ª ed. Rio de Janeiro; 2005.
8. Machado B, Dias MS. Cirurgia de bridectomia e enxerto gengival livre. Disponível em: <<http://periocuritiba.com/2013/01/30/cirurgia-de-bridectomia-e-enxerto-gengival-livre/>> Acesso em: 26 de fevereiro de 2014.
9. Miranda CC. Atlas de reabilitação oral. 1ª ed. São Paulo; 1984.
10. Nogueira GR, Benatti BB, Bittencout S, Peruzzo DC, Casati MZ, Nociti, FH. Frenectomia associada ao enxerto gengival livre. **RGO** Porto Alegre. 2005; 53(2): 85-164.
11. Palma, V. Cirurgia dos freios e bridas. Disponível em <<http://www.odontologiamt.com.br/procedimentos/item.asp?id=47>> Acesso em: 26 de fevereiro de 2014.
12. Telles D. Prótese total convencional e sobre implantes. 1ª ed. Rio de Janeiro; 2011.