

Sulco palato-gengival e sua importância para o clínico geral: do diagnóstico ao tratamento

Palate-gingival groove and its importance for the general practitioner: from diagnosis to treatment

Laís Alves Figueiredo¹
Alyssa Sales dos Santos¹
Frank Ferreira Silveira¹
Eduardo Nunes¹

¹Departamento de Odontologia da PUC-Minas

edununes38@terra.com.br

RESUMO

O sulco palato-gengival é uma condição rara, que acomete predominantemente os incisivos laterais superiores. Caracteriza-se por uma ranhura que se origina na fossa central, seguindo em direção disto-apical, podendo atingir o ápice. Dentre as ocorrências que essa variação anatômica pode acarretar, destacam-se problemas periodontais, necrose pulpar e em casos mais severos, indicação de exodontia. O diagnóstico precoce desta anomalia é muito importante para definir o prognóstico e plano de tratamento. Dessa maneira, esse trabalho apresenta uma revisão de literatura de alguns relatos de casos clínicos, com ênfase no tratamento para obter a recuperação de dentes com sulco palato-gengival. **Descritores:** Anormalidades dentárias. Periodontite. Raiz dentária.

ABSTRACT

The palate-gingival sulcus is a rare condition that affects mostly the upper lateral incisors. It is characterized by a groove that originates in the central fossa, moving toward it-apical, reaching the summit. Among the events that this anatomical variation may result, it highlights periodontal problems, pulp necrosis and in more severe cases, tooth extraction indication. Early diagnosis of this anomaly is very important to define the prognosis and treatment plan. Thus, this work presents a literature review of some case reports, with an emphasis on the treatment to obtain the recovery of teeth with palate-gingival groove.

Key words: Tooth abnormalities. Periodontitis. Tooth root. Periodontitis.

INTRODUÇÃO

O sulco palato-gengival é uma condição pouco frequente na população, mas com importante relevância clínica. É definido como uma ranhura que se origina na fossa central seguindo em direção disto-apical, interrompendo a margem distal e o tubérculo, podendo estender-se além da junção amelocementária e chegar ao ápice¹. Pinheiro e Consolaro² destacaram que a profundidade do sulco pode variar de uma linha tênue rasa e suave imitando uma ruga ou uma fissura profunda

A etiologia dessa condição ainda é incerta e as modalidades terapêuticas variam de acordo com a extensão dos problemas clínicos presentes. Pinheiro e

Consolaro² propõem um protocolo de atendimento para cada caso, variando de uma orientação ao paciente sobre os cuidados para manter a região saudável até a exodontia do elemento dental.

O objetivo deste trabalho é apresentar, através de uma revisão de literatura, as principais considerações que devem ser de conhecimento do Cirurgião-dentista, a respeito do diagnóstico, prognóstico e tratamento de uma lesão provocada pelo sulco palato-gengival, assim como levantar dados e analisar se há um consenso sobre o diagnóstico, etiologia, prognóstico e tratamento dessa condição clínica.

Para a elaboração deste trabalho foi realizada uma revisão bibliográfica recorrendo às bases de dados PubMed, eSciELO obtendo-se todos os artigos publicados entre 2000 e 2016, em acesso eletrônico nas bibliotecas da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas), com as seguintes palavras: sulco palato-radicular; sulco corono-radicular; sulco palatogengival. Após a leitura dos resumos, a seleção dos artigos foi efetuada de acordo com a especificidade do tema e com os limites temporais acima referidos.

REVISÃO DE LITERATURA

A produção de artigos com esse tema está escassa nos últimos anos e, em sua maioria, encontram-se relatos de casos clínicos. Apenas dois estudos recentes foram encontrados, uma revisão de literatura e seis relatos de casos clínicos, todos esses selecionados para construção dessa revisão.

Existem várias terminologias usadas para descrever essa mesma condição: sulco palato-radicular, sulco corono radicular, sulco palato-gengival, sulco disto lingual¹, anomalia do desenvolvimento radicular, sulco línguo-radicular, sulco radicular e sulco cingulo-radicular³.

Sua etiologia ainda é muita controversa na literatura. Alguns pesquisadores sugerem uma invaginação do órgão do esmalte e da bainha epitelial de Hertwing^{1,3-5} ocorrendo pela ação de forças dos vetores de crescimento crânio facial e deslocamentos eruptivos que, atuando sobre os incisivos laterais superiores, geraria forças locais que promoveriam o dobramento do germe do incisivo lateral superior². Já para Neves, Silveira e Faig-Leite⁶ essa ranhura é uma tentativa fracassada do germe do dente para formar outra raiz e ocorreria pela modificação de mecanismos genéticos.

Gu⁷ propôs a classificação dessas ranhuras em três tipos, relacionando a extensão da ranhura com a sua profundidade. No tipo I, a ranhura é superficial, não ultrapassando o terço

cervical da raiz; o tipo II também se trata de uma ranhura superficial, porém se estende até ao terço médio da raiz; já o tipo III a ranhura é profunda e chega até o terço apical da raiz, podendo se comunicar com o sistema de canais radiculares. Ainda relata que os dentes classificados com tipo III podem apresentar o canal em formato de "C" ou em canal acessório. Naik et al³ também propõem essa classificação e destacam o tipo III como tendo um pior prognóstico.

A prevalência na população geral é de 2,88% a 8,5% sem predileção por gênero. Porém Castelo-Baz et al⁸ encontraram uma relação étnica/racial, com uma prevalência de até 44,6% na população chinesa^{1,3,5}.

A presença de um sulco palato-gengival favorece o acúmulo de placa bacteriana e posterior destruição do epitélio juncional podendo levar à uma periodontite severa e localizada^{8,9}. Nos casos de ranhuras do tipo III e em alguns casos do tipo II, pode haver implicações endodônticas importantes, pois a ranhura pode comunicar-se com o canal radicular através de canais acessórios e do forame³. Desta forma, pode acontecer uma contaminação da polpa dental e desencadear um processo de necrose pulpar^{1,3}.

Pinheiro e Consolaro² trazem em sua revisão de literatura a prevalência desse sulco, que variou entre 1,01% e 44,6%. Neves, Silveira e Faig-Leite⁶ analisaram 1668 incisivos e encontraram uma prevalência de 1,61%, com uma maior ocorrência de alterações do tipo II.

Nos trabalhos avaliados, os autores ressaltam a importância da avaliação endodôntica, periodontal e principalmente da extensão do sulco palato-gengival. Para definir precisamente qual a extensão do sulco palato-gengival, Rajput⁴ e Castelo-Baz⁸ utilizaram tomografia computadorizada, enquanto Gu⁷ associou a profundidade da sondagem da bolsa periodontal com o encontrado clinicamente durante a fase cirúrgica do tratamento. Uma constatação unânime entre os autores é a possibilidade de

detecção do sulco palato-gengival clinicamente, porém sem definição de sua extensão^{3,5,8,10,11}. Um relato comum entre os autores foi a pesquisa e diagnóstico do comprometimento periodontal e endodôntico concomitantemente^{3,5,8,10,11}. Apenas Castelo-Baz et al.⁸ não encontraram uma associação da lesão periodontal com a lesão endodôntica, pois no caso relatado a paciente apresentou um histórico de trauma, causando a necrose pulpar. Todos os outros autores relacionaram uma infecção retrograda da polpa dental através da lesão periodontal.

As modalidades de tratamento variam de autor para autor, indo desde o tratamento mais conservador com endodontia, raspagem e polimento da raiz e restauração do sulco palato gengival³, até um tratamento mais agressivo com exodontia atraumática, restauração do sulco com remoção de todo tecido de granulação, reimplante do dente e tratamento endodôntico do elemento dentário¹¹.

Para o preenchimento da fissura, materiais como amálgama e compósito são descritos para tal finalidade¹². O Agregado de Trióxido Mineral também tem sido sugerido devido à sua biocompatibilidade e o seu comportamento na presença de umidade, mas ele não possui adesão à superfície dentária e pode facilmente ser removido do defeito¹³. O ionômero de vidro tem sido bem aceito para tal objetivo, uma vez que possui adesão química à estrutura dentária e consequentemente permite uma adequada vedação do sulco¹⁴.

CONCLUSÃO

O sulco palato-gengival é uma condição de incidência baixa, mas sua importância no diagnóstico clínico é muito relevante. Nesse trabalho foram identificados relatos de casos com diferentes métodos de diagnóstico bem como formas de tratamentos que variavam de autor para autor, não havendo padronização da conduta clínica, embora todos tiveram como objetivo principal a

eliminação do sulco palato-gengival na tentativa de reduzir o acúmulo de placa bacteriana, evitando assim o comprometimento periodontal e endodôntico. Também é importante salientar que quanto mais precoce for o diagnóstico, melhor o prognóstico do dente com a presença do sulco, uma vez que a progressão de um problema periodontal pode levar à perda do dente.

REFERÊNCIAS

1. Vieira TR, Costa FO, Zenóbio EG, Soares RV. Anatomia radicular e suas implicações na terapêutica periodontal. **R. Periodontia**. 2009;19(1):7-13.
2. Pinheiro TN, Consolaro AS. Palatogengival: freqüente, pouco conhecido e com severas implicações clínicas. **R Dental Press Estét**. 2005;2(4):134-5.
3. Naik M, Ataide IN, Fernandes M, Lambor R. Treatment of combined endodontic: periodontic lesion by sealing of palato-radicular groove using biodentine. **J Conserv Dent**. 2014;17(6):594-7.
4. Rajput A, Talwar S, Chaudhry S, Khetarpal. Successful management of pulpoperiodontal lesion in maxillary lateral incisor with palatogingival groove using CBCT scan. **Indian J Dent Res**. 2012;23(3):415-8.
5. Kishan KV, Ponnappa TN, Ponappa MC. Management of palato radicular groove in a maxillary lateral incisor. **J Nat Sci Biol Med**. 2014;5(1):178-81.
6. Neves FL, Silveira CA, Faig-leite H. Anatomical study of palatogingival groove on maxillary central incisors. **Braz Dent Sci**. 2015;18(7):59-67.
7. Gu Y. A Micro-Computed Tomographic analysis of maxillary lateral incisors with radicular grooves. **J Endod**. 2011;37(6):789-92.
8. Castelo-Baz P, Ramos-Barbosa I, Martín-Biedma B, Dablanca-Blanco AB, Varela-Patiño P, Blanco-Carrión J. Combined endodontic-periodontal

- treatment of a palatogingival groove. **J Endod.** 2015;41(11):1918-22.
9. Cho YD, Lee JE, Chung Y, Lee WC, Seol YJ, Lee YM, et al. Collaborative management of combined periodontal-endodontic lesions with a palatogingival groove: A Case Series. **J Endod.** 2016;43(2):332-7.
 10. Mittal M, Vashisth P, Arora R, Dwivedi S. Combined endodontic therapy and periapical surgery with MTA and bone graft in treating palatogingival groove. **BMJ Case Rep.** online: [01/03/2017] doi:10.1136/bcr-2013-009056.
 11. Al-Hezaimi K, Naghshbandi J, Simon JH, Rotstein I. Successful treatment of a radicular groove by intentional replantation and Emdogain therapy: four years follow-up. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** 2009;107(3):e82-5.
 12. Jeng J, Lu HKJ, Hou LT. Treatment of an osseous lesion associated with a severe palato-radicular groove: a case report. **J Periodontol.** 1992;63(8):708-12.
 13. Attam K, Tiwary R, Talwar S, Lamba AK. Palatogingival Groove: Endodontic-Periodontal Management-Case Report. **J Endod.** 2010;36(10):1717-20.
 14. Vermeersch G, Leloup G, Delmée M, Vreven J. Antibacterial activity of glass-ionomer cements, compomers and resin composites: relationship between acidity and material setting phase. **J Oral Rehabil.** 2005;32(5):368-74.