

AUMENTO DE TECIDO QUERATINIZADO POR MEIO DE ENXERTO GENGIVAL LIVRE

INCREASE IN KERATINIZED TISSUE THROUGH FREE GINGIVAL GRAFT

Hemelly Kawany Gomes Santos¹

Isabella Caetano Silva Pinto¹

Rafael Oliveira Silveira¹

Stephanie Diniz Freitas¹

Iuri Dornelas Prates Freitas¹

Simone Angelica de Faria Amormino¹

¹ Centro Universitário de Belo Horizonte. Belo Horizonte, Minas Gerais.

simoneamormino@hotmail.com

RESUMO

A recessão gengival é uma perda de inserção, resultante de uma migração apical da margem gengival livre. É uma condição de etiologia multifatorial e tem como consequências hipersensibilidade dentinária, predisposição a cárie radicular e problemas estéticos. O aumento da gengiva queratinizada é alcançado através de diversas técnicas, como enxerto autógeno de gengiva livre (EGL) que é uma técnica indicada para o aumento de largura e espessura de tecido queratinizado. O presente estudo tem por objetivo realizar um relato de caso clínico de enxertos gengivais livres múltiplos para aumento de tecido queratinizado, visando redução da sensibilidade dentinária e saúde periodontal. Paciente se queixava de hipersensibilidade nos dentes inferiores. O fator etiológico das recessões foi diagnosticado como faixa estreita de gengiva queratinizada e abrasão dentária, foi proposta a realização de EGL com a finalidade de aumento de tecido queratinizado. Notou-se migração coronária e durante o acompanhamento pode-se observar melhoria satisfatória. Neste relato de caso clínico, a escolha da técnica de enxerto gengival livre se deu pela alta previsibilidade de ganho tecidual, visto que, como causa da recessão gengival, foi dado o diagnóstico de falta de tecido queratinizado, e também em razão de ser uma área com pouca exigência estética, priorizando o aspecto funcional e saúde do tecido periodontal. O enxerto gengival livre é eficaz e de baixo custo, proporcionando resultados positivos e prognóstico favorável.

Palavras-chave: Recessão gengival. Falta de mucosa queratinizada. Enxerto gengival livre.

ABSTRACT

Gingival recession is a loss of attachment resulting from an apical migration of the free gingival margin. It is a condition of multifactorial etiology and has as consequences dentin hypersensitivity, predisposition to root caries and aesthetic problems. The increase of the keratinized gingiva is achieved through several techniques, such as autogenous free gingiva graft (FGG) which is a technique indicated for increasing the width and thickness of keratinized tissue. The present study aims to perform a clinical case report of multiple free gingival grafts to increase keratinized tissue, aiming at reducing dentin sensitivity and periodontal health. The patient complained of hypersensitivity in the lower teeth. The etiologic factor of the recessions was diagnosed as narrow band of keratinized gingiva and dental abrasion, FGG was proposed

with the purpose of increasing the keratinized tissue. Coronal migration was noted and during follow-up satisfactory improvement could be observed. In this clinical case report, the choice of the free gingival graft technique was due to the high predictability of tissue gain, since the cause of the gingival recession was the diagnosis of lack of keratinized tissue, and also because it is an area with little aesthetic demand, prioritizing the functional aspect and health of the periodontal tissue. The free gingival graft is effective and low cost, providing positive results and favorable prognosis.

Key words: Gingival recession; Lack of keratinized tissue; Free gingival graft.

INTRODUÇÃO

A recessão gengival (RG) compreende a perda de inserção, resultado de uma migração apical da margem gengival livre, e conseqüentemente exposição radicular. Ela pode estar presente em ambos arcos e faces de quaisquer dentes e é uma condição de etiologia multifatorial⁽¹⁾. Como conseqüências da RG destaca-se hipersensibilidade dentinária, predisposição a cárie radicular e dependendo do dente que ocorre pode gerar problemas estéticos². A RG tem como fatores etiológicos: acúmulo de biofilme, posicionamento dentário inadequado, inserção alta de freios e/ou bridas musculares, escovação traumática, movimentações ortodônticas iatrogênicas e quantidade pequena de gengiva queratinizada³.

O aumento da gengiva queratinizada é alcançado através de diversas técnicas, como enxerto autógeno de gengiva livre (EGL). O EGL é uma técnica indicada para o aumento de largura e espessura de tecido queratinizado e é alternativa viável de tratamento e com prognóstico favorável a longo prazo, tornando os procedimentos cirúrgicos mais previsíveis³.

A partir disso, o presente estudo tem por objetivo de realizar um relato de caso clínico de enxerto gengival livre múltiplos para aumento de tecido queratinizado, visando uma redução da

sensibilidade dentinária e saúde periodontal.

RELATO DE CASO

Paciente, gênero masculino, leucoderma, 27 anos de idade, compareceu à clínica escola de uma universidade de ensino superior na região de Belo Horizonte queixando-se de hipersensibilidade em todos os dentes inferiores. Durante anamnese o paciente afirmou não ter qualquer comprometimento sistêmico ou uso de medicação contínua.

Após exame intraoral foi observada a presença de RG classificada nos dentes 41 e 31 como Recessão tipo 2 (RT2) de Cairo (Classe III de Miller), e os dentes 33, 34, 35, 44 e 45 RT1 de Cairo (Classe II de Miller) e presença de estreita faixa de tecido queratinizado, índice de placa de 15% (Índice O'Leary) e ausência de profundidade de sondagem maior que 3mm (Figura 1). Não havia mobilidade dentária ou evidências de hábitos parafuncionais.



Figura 1 – Aspectos clínicos intraoral, onde verifica-se a presença de recessão gengival nos dentes 41 e 31 RT2 de Cairo (Classe III de Miller), e os dentes 33, 34, 35, 44 e 45 RT1 de Cairo (Classe II de Miller)

O fator etiológico das RG foi diagnosticado como faixa estreita de gengiva queratinizada e escovação traumática. O paciente foi instruído a usar escova de dente macia e a modificar a técnica de escovação para diminuir o trauma mecânico sobre as margens gengivais.

No plano de tratamento foi proposta a realização do EGL com a finalidade de aumento de tecido queratinizado. O paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e autorizou o uso das imagens. Na primeira sessão realizou-se o procedimento nos dentes 31 e 41. No pré-operatório foi prescrito para o paciente medicação via oral com intuito de um conforto e um pós operatório seguro de 4 comprimidos de Dexametasona 4mg sendo 2 comprimidos 01 horas antes.

No preparo do paciente antes da cirurgia foi realizada assepsia extra oral com digluconato de clorexidina a 2%, e bochecho com clorexidina, a 0,12% por um minuto. Em seguida, realizou a anestesia do nervo mental associada a técnica infiltrativa na região anterior utilizando Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000. Posteriormente, utilizando uma lâmina 15C (Swann Norton) realizou uma incisão na altura da junção cimento-esmalte (JCE) e duas incisões verticais dos dentes 42 ao 32 (Figura 2.A) e realizou um descolamento mucoperiosteal (Figura 2.B).



Figura 2 – Incisões intrasulculares na altura da junção cimento-esmalte e duas incisões verticais dos dentes 42 ao 32.



Figura 3 – Obtenção de um retalho mucoperiosteal na região de mesial do 42 a mesial do 32.

Após descolamento, foi realizado o procedimento de raspagem e alisamento utilizando as Curetas de Gracey e aplicação de EDTA 24%, pH neutro por três minutos. Em seguida, utilizando um papel estéril foi realizado um gabarito (Figura 4) para obtenção das medidas precisas para a remoção do EGL do palato.

O protocolo cirúrgico do leito doador inicia-se com anestesia do nervo palatino maior na altura do segundo molar e do nasopalatino utilizando Lidocaína 2% + epinefrina 1:100.000. O EGL (Figura 5 a e b) foi removido do palato do lado esquerdo distante 3mm da margem gengival dos pré-molares e molares superiores, posteriormente essa área foi protegida com hemospon e suturada com fio de nylon 5.0 (Biosut) (Figura 6) e protegida com uma placa de acetado (Figura 7).



Figura 4 – Medição da área receptora (gabarito) com papel estéril.



Figura 7 – Proteção da área doadora com placa de acetato.



Figura 5 – Remoção do enxerto gengival livre da região esquerda do palato 3mm da margem gengival dos pré-molares e molares superiores e obtenção do enxerto gengival livre de 1mm de espessura.

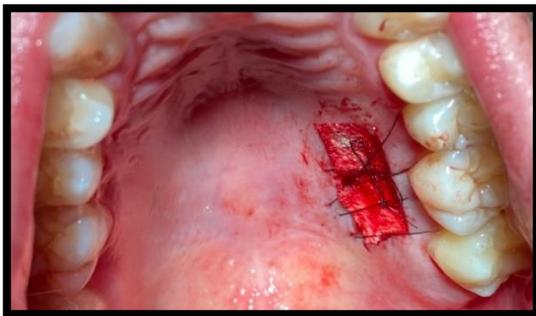


Figura 6 – Proteção da área doadora com hemospon e realizado suturas em "X" para estabilização da área.



Figura 8 – Enxerto estabilizado com suturas simples e suspensórias utilizando fio de Nylon 6-0.

O acompanhamento pós-operatório após 15 dias possibilitou a observação de criação de uma faixa de mucosa queratinizada e recobrimento parcial das superfícies radiculares, suprimindo os objetivos inicialmente propostos pela técnica (Figura 9).



Figura 9 – Resultado pós-operatório de 15 dias.

Após 30 dias foi observado uma migração coronária da margem gengival sobre a superfície radicular exposta (creeping attachment), que proporcionou recobrimento radicular satisfatório para diminuir a hipersensibilidade do paciente, não sendo necessário um segundo passo cirúrgico para reposicionamento coronário da margem gengival. E o resultado final da cirurgia (Figura 10 a) e b)).



Figura 10 – Resultado pós-operatório de 60 dias evidenciando o creeping attachment (a) e resultado pré-operatório (b).

Após 90 dias da primeira cirurgia de enxerto gengival livre, foi realizada uma segunda etapa para ganho de tecido queratinizado nas áreas de caninos e pré-molares bilaterais, seguindo os mesmos passos da primeira etapa do tratamento (Figuras 11, 12, 13, 14 a e b).



Figura 11 – Visão pré-operatória de canino e pré-molares esquerdos.



Figura 12 – Visão pré-operatória dos pré-molares direitos.



Figura 13 – Sutura nas áreas doadoras utilizando fio de Nylon 5.0 e proteção com hemospôn.



Figura 14 – Enxerto gengival livre suturado com fio de Nylon 6-0 no leito receptor direito (a) e esquerdo (b).

O acompanhamento após 30 dias também possibilitou a observação da criação de uma faixa de mucosa queratinizada (Figuras 15 a e b). Após análise de pós-cirúrgico, constatou-se a necessidade de um segundo passo para recobrimento das raízes dos caninos e pré-molares bilaterais utilizando a técnica de reposicionamento coronário da margem gengival. Este passo deve ser realizado em média, após 90 dias de cicatrização.



Figura 15 – Resultado pós-operatório após 30 dias, lado direito (a) e lado esquerdo (b).

DISCUSSÃO

A qualidade e quantidade baixa do tecido queratinizado, e escovação traumática, podem levar ao deslocamento apical da margem gengival, fisiologicamente posicionada sobre a JCE e como resultado desta movimentação, ocorre à exposição da superfície radicular na cavidade oral⁴.

O tratamento para esses casos inclui as técnicas de enxerto gengival livre e conjuntivo, que podem ser indicadas como formas de estimular o ganho de mucosa queratinizada, promovendo uma adequada reabilitação estética e funcional dos pacientes⁵.

Madeley e Duane (2017) afirmam que os retalhos associados as técnicas de retalho associados ao enxerto de tecido conjuntivo apresentam um resultado estético superior ao EGL (6). Entretanto, Cunha (2014) afirma que alguns critérios são fundamentais para a escolha do procedimento como: estética, nesse caso o EGL não é indicado e a faixa estreita ou ausência de mucosa queratinizada, nesses casos o EGL é a técnica mais preconizada⁷.

Neste relato de caso clínico, a escolha da técnica de enxerto gengival livre se deu pela alta previsibilidade de ganho tecidual, visto que, como causa da recessão

gingival, foi dado o diagnóstico de falta de tecido queratinizado, e em razão de ser uma área com pouca exigência estética, priorizando o aspecto funcional e saúde do tecido periodontal.

O EGL não é indicado para recobrimento gengival, entretanto, em alguns casos ocorre o creeping attachment que promove o recobrimento gengival. Para que ele ocorra, é necessário algum fator como: largura da recessão, posição do enxerto e grau de higiene oral do paciente (8,9). Visto que tais fatores são apresentados clinicamente no presente relato de caso, obteve-se a migração da margem gengival em direção coronal ao longo da recessão radicular. Posteriormente ao EGL, para recobrimento radicular é realizado o retalho reposicionado coronalmente, porém após observar o creeping attachment nos dentes 31 e 41 e melhora significativa da sensibilidade dentinária o paciente optou por não realizar o segundo momento cirúrgico. Esse segundo momento poderá ser realizado nos dentes 33, 34, 35, 43, 44 e 45 que com o ganho significativo de tecido queratinizado, há indicação de avanço coronal do retalho para tratamento das recessões gengivais.

CONCLUSÃO

O enxerto gengival livre é eficaz e de baixo custo, proporcionando resultados positivos e prognóstico favorável. Portanto, é possível detalhar que através da indicação correta do EGL, é um procedimento aplicável ao aumento de tecido queratinizado e capaz de provocar o creeping attachment que contribui para o recobrimento radicular, permitindo alcançar uma adequada morfologia do periodonto.

REFERÊNCIAS

1. Feitos DS, et al. Indicações atuais dos enxertos gengivais livres. *RGO. Revista Gaúcha de Odontologia*. **RGO** (Porto Alegre);56(2):1-6, abr.-jun. 2008.
2. Schrederhof VCV, et al., Postoperative complications following free gingival graft: a case report. **J Health Sciences**. 2021
3. Feitosa DS, et al. Indicações atuais dos enxertos gengivais livres. **RGO. Revista Gaúcha de Odontologia**
4. Pereira Neto ARL, et al., Creeping attachment após enxerto gengival livre: relato de caso. **Sociedade Brasileira de Periodontologia**, 2019
5. Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. **J Clinical Periodontol**. 2018
6. Tavelli L, Ravidà A, Saleh MHA, Maska B, Del Amo FL, Rasperini G, et al. Pain perception following epithelialized gingival graft harvesting: a randomized clinical trial. **Clin Oral Invest** 2019;23:459-68.
7. Madeley E, Duane B. Coronally advanced flap combined with connective tissue graft; treatment of choice for root coverage following recession? **Evid Based Dent**. 2017 Mar;18(1):6-7.
8. CUNHA FA, Decisão quanto à escolha da técnica de recobrimento radicular: relato de caso clínico. **Cient Ciênc Biol Saúde** 2014;16(4):321-7
9. Keskiner I, Alkan BA, Tasdemir Z. (2016). Free gingival grafting procedure after excisional biopsy, 12-year follow-up. **Europ J Dent**, 10(3), 432-434