

INTRODUÇÃO: A recessão gengival é uma causa frequente de hipersensibilidade dentária e comprometimento estético. As doenças periodontais e o trauma de escovagem são os principais factores causais da recessão gengival, sobretudo quando associados a factores predisponentes como: biotipo gengival fino, raízes proeminentes, dentes vestibularizados, inserção alta de freios, deiscências ósseas e trauma oclusal. As evidências sugerem que o movimento ortodôntico não sendo a causa primária da recessão, pode criar o ambiente que a predispõe. No entanto, o tratamento ortodôntico pode também ajudar a criar condições que favoreçam o tratamento da recessão, com a correcção da posicionamento do dente na arcada.

Descrevem-se três casos clínicos que ilustram a abordagem das recessões gengivais **antes**, **durante** e **após** tratamento ortodôntico:

Caso Clínico I

- Paciente sexo feminino, 18 anos, não fumadora, história clínica não relevante.
- Motivo de consulta: "Realizar tratamento ortodôntico para melhoria do sorriso" (SIC)
- Apinhamento dentário e recessão gengival classe III de Miller no dente 4.1 associada a um freio labial inferior proeminente



Fig. 1: Recessão gengival 4.1 Classe III Miller associada a um freio labial inferior proeminente.

A eliminação do freio e a correcção do defeito mucogengival está indicada para garantir maior resistência dos tecidos gengivais ao movimento ortodôntico previsto, bem como possibilitar um melhor controlo de placa. Neste caso, optou-se por intervir previamente ao tratamento ortodôntico, tendo sido realizado um enxerto gengival livre e frenectomia no mesmo acto cirúrgico.



Fig. 2: Pós-operatório imediato. Enxerto suturado ao leito receptor.

Preparação do leito receptor: alisamento e polimento da superfície radicular seguida de retalho de espessura parcial que permitiu eliminar concomitantemente as fibras do freio. O enxerto, com uma espessura de cerca de 1,5 mm, foi recolhido do palato duro e suturado à zona receptora com pontos simples e pontos cruzados dento-ancorados com sutura nylon monofilamento 5/0. A zona dadora foi suturada com seda 4/0 com o objectivo de estabilização do coágulo. Utilizou-se uma goteira para protecção do palato e melhor conforto pós-operatório.



Fig. 3: Pós-operatório 4 semanas.

A paciente foi acompanhada em consultas de follow-up às 4 semanas e 4 meses, tendo iniciado tratamento ortodôntico após a última avaliação.



Fig. 4: Vista Frontal: Apinhamento dentário, Recessão gengival 41 Classe III Miller.



Fig. 5: Pós-operatório 4 meses.

Caso Clínico II

- Paciente sexo feminino, 14 anos, saudável; Tratamento ortodôntico em curso.
- Diagnóstico de defeito mucogengival no dente 4.1, recessão gengival classe III de Miller.



Fig. 6: Dente 41 com recessão gengival classe III de Miller.

Para além do mau posicionamento do dente na arcada, o defeito mucogengival associado a uma dificuldade no controlo de placa bacteriana definiram-se como os principais factores de risco da recessão. A zona apresentava-se com inflamação persistente, o que inviabilizava a continuidade do tratamento.

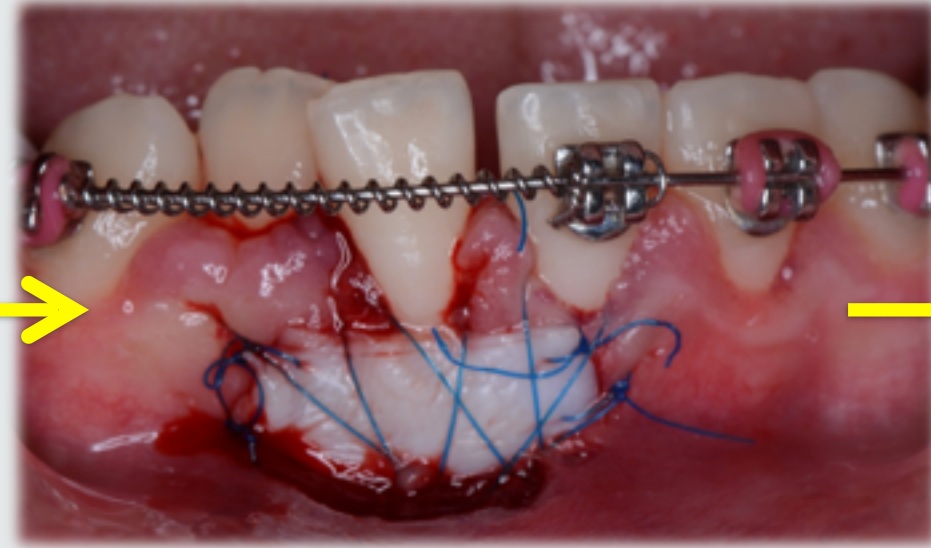


Fig. 7: Pós-operatório imediato de enxerto gengival livre.

Foi realizado **enxerto gengival livre para aumento de banda de gengiva queratinizada**. O enxerto foi recolhido do palato com uma espessura média de 2mm e suturado à zona receptora previamente preparada com pontos simples e cruzados dentoancorados com sutura nylon monofilamento 5/0. A zona dadora foi suturada com seda multifilamento 4/0 com o objectivo de estabilização do coágulo. Utilizou-se uma goteira para protecção do palato e melhor conforto pós-operatório. A paciente foi observada para follow-up e monitorização do controlo de placa, ao fim de 1 mês, 2 meses e 3 meses, onde retomou o tratamento ortodôntico. Foi novamente observada aos 6 meses, 1 ano, 2 anos e 3 anos.



Fig. 8: Follow-up 1 ano.



Fig. 9: Follow-up 3 anos.



Fig. 10: Defeito mucogengival 41 e consequente inflamação da zona.



Fig. 11: Follow-up 3 anos.

Caso Clínico III

- Paciente sexo feminino, 22 anos, não fumadora, saudável, tratamento ortodôntico prévio.
- Recessões gengivais múltiplas classe I de Miller nos dentes 1.4, 2.3 e 2.4, queixas de hipersensibilidade dentária e descontentamento estético.



Fig. 12: Follow-up 2 meses 1º Quadrante.



Fig. 13: Pós-operatório imediato: Tunelização com enxerto tecido conjuntivo sub-epitelial- 1º Quadrante.



Fig. 14: Sorriso lateral à direita.



Fig. 15: Sorriso lateral à esquerda.



Fig. 16: Pós-operatório imediato: Tunelização com enxerto tecido conjuntivo sub-epitelial- 2º Quadrante.



Fig. 17: Follow-up 2 meses - 2º Quadrante.

Realizou-se a técnica de **tunelização com enxerto de tecido conjuntivo sub-epitelial**, por ser uma técnica minimamente invasiva e se tratar de uma zona estética. Iniciou-se pelo tratamento do primeiro quadrante. Realizaram-se incisões intrasulculares de 1.3 a 1.5 com elevação do túnel subperiosteal com recurso a tunelizadores. O enxerto de tecido conjuntivo foi recolhido do palato, introduzido no leito receptor e suturado com nylon monofilamento 5/0. A sutura do palato foi removida aos 8 dias e a sutura do enxerto aos 15 dias. Ao fim de 2 meses procedeu-se à cirurgia plástica periodontal do segundo quadrante, utilizando a mesma técnica. A paciente foi observada em consultas de follow-up.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O recobrimento radicular previamente ao tratamento ortodôntico pode estar indicado em localizações com pouca espessura gengival, ausência ou insuficiente gengiva queratinizada e em localizações com deiscências ou fenestrações ósseas previamente diagnosticadas. Contudo, se no tratamento ortodôntico estiver programado o movimento do dente com recessão gengival na direcção do rebordo alveolar, poderá não ser necessário realizar a cirurgia de recobrimento radicular, uma vez que o próprio movimento ortodôntico irá contribuir para uma melhoria da situação do periodontal. Por outro lado, para deiscências e fenestrações que possam agravar durante o tratamento ortodôntico, os procedimentos prévios para aumento da espessura gengival estão indicados. A decisão clínica da melhor sequência de tratamento deve compreender um trabalho de equipa entre a ortodontia e a periodontologia.