

RECOBRIMENTO RADICULAR DE RT2+ CASO CLÍNICO



MAFALDA NEMÉSIO, CATARINA IZIDORO, MAFALDA SANTOS VILHENA, JOANA LOBATO, CARLA LORIGO, RICARDO ALVES
DEPARTAMENTO DE PERIODONTOLOGIA DO INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ



DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO:

Uma paciente do sexo feminino de 35 anos, saudável, não fumadora foi referenciada para a consulta assistencial de Periodontologia do I.U.E.M para tratamento da **recessão RT2+ associada ao dente 3.1**. Apresentava queixas de dor e desconforto à escovagem. Foi realizado tratamento periodontal não cirúrgico previamente, no entanto o dente 3.1 manteve bolsa, com sondagem quase até ao nível do ápex. O dente estava extruído e com alterações no posicionamento vestibulo-lingual. Considerando a extensão vertical da recessão e apresentando um fenótipo gengival espesso optou-se pela realização de cirurgia de retalho de reposicionamento lateral associado a um enxerto de tecido conjuntivo.

Condição mucogengival na presença de recessão gengival	
Extensão vertical	RT1 sem perda de inserção interproximal. JAC interproximal não detectável clinicamente (mesial/distal).
	RT2 perda de inserção interproximal, com distância da JAC ao fundo de sulco/bolsa \leq à perda de inserção vestibular.
	RT3 perda de inserção interproximal, com distância da JAC ao fundo de sulco/bolsa $>$ que a perda de inserção vestibular.
Degrau	Classe + presença de um degrau cervical $>$ 0,5 mm.
	Classe - ausência de degrau cervical $>$ 0,5 mm.

Tabela 1 – Resumo da Classificação das Condições e Deformidades Mucogengivais de 2018 de acordo com a Academia Americana de Periodontologia e a Federação Europeia de Periodontologia.

INICIAL



Fig. 1 – Situação inicial, vista frontal.



Fig. 2 – Deformidade mucogengival RT2+ associada ao dente 3.1 (vista frontal).



Fig. 3 – Deformidade mucogengival RT2+ associada ao dente 3.1 (vista lateral).

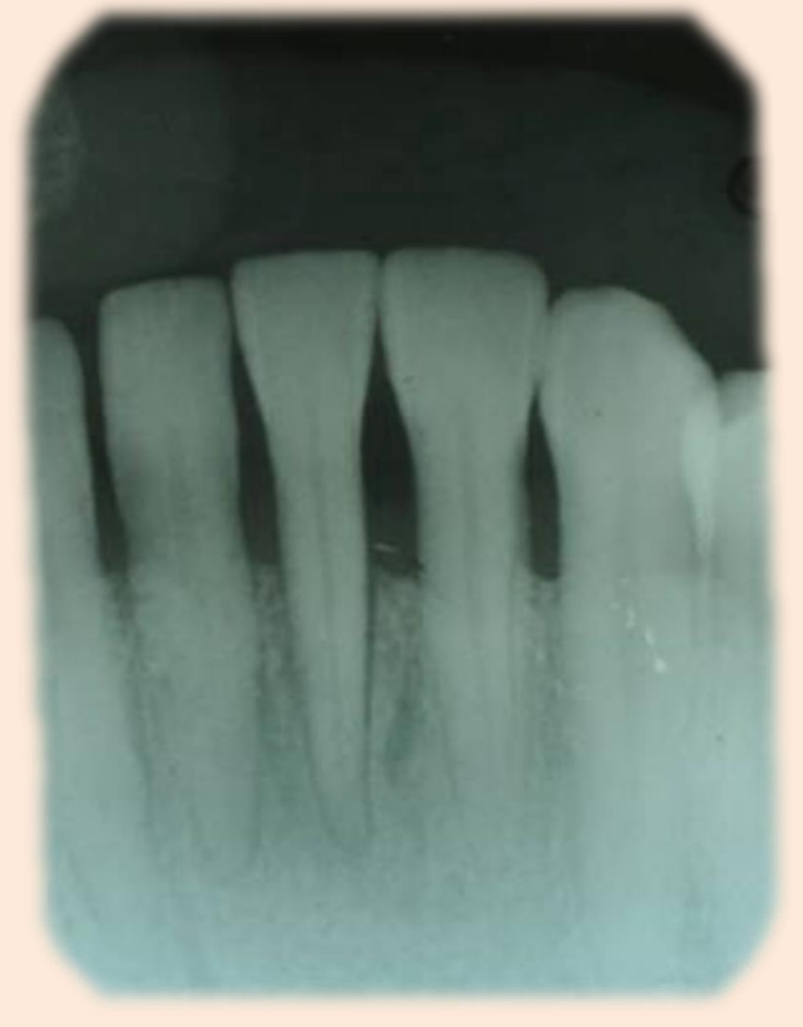


Fig. 4 – Rx apical do dente 3.1. Observa-se espessamento do ligamento periodontal.

CIRURGIA



Fig. 5 – Medição da altura do defeito com sonda CP12.



Fig. 6 – Medição da largura do defeito com sonda CP12.



Fig. 7 – Ajuste oclusal com broca diamantada para retirar o dente de trauma.



Fig. 8 – Destartarização e alisamento radicular para descontaminação da superfície radicular.



Fig. 9 – Redução da proeminência radicular com broca do kit PerioSet®.

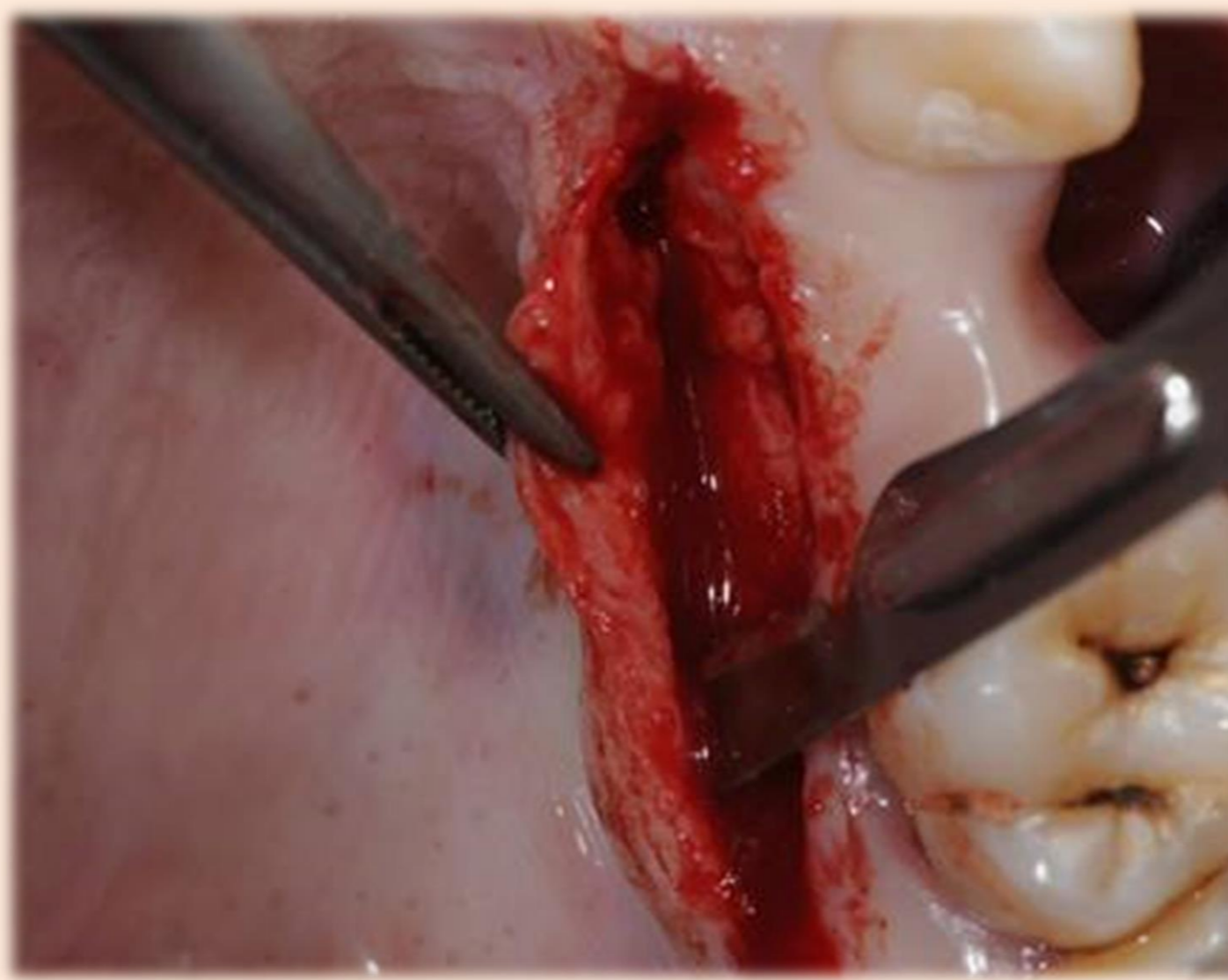


Fig. 10 – Recolha de enxerto de tecido conjuntivo sub-epitelial do palato.



Fig. 11 – Estabilização do enxerto de tecido conjuntivo sub-epitelial no leito receptor com pontos simples. Sutura reabsorvível PGA 5/0.



Fig. 12 – Sutura do retalho com pontos simples. Sutura de poliamida 5/0. Ponto simples no fundo do vestibulo para imobilização da zona com sutura de seda 3/0.

PÓS-OPERATÓRIO



Fig. 13 – Pós-operatório de 3 semanas. Visível ganho de banda de gengiva queratinizada em apical e recobrimento parcial da recessão.

RESULTADOS



Fig. 2 – Estado inicial. Deformidade mucogengival RT2+ associada ao dente 3.1.



Fig. 14 – Follow-up 3 anos. Estabilidade dos resultados. Visível harmonia estética dos tecidos.

DISCUSSÃO:

Os enxertos gengivais pediculados baseiam-se na utilização do tecido gengival apical ou lateral à recessão e na sua movimentação com o objectivo de recobrir a raiz.

Neste caso como a banda de gengiva queratinizada disponível era maior lateralmente à recessão optou-se pelo retalho pediculado de reposicionamento lateral. Esta é aliás uma situação frequente na mandíbula onde a gengiva apical é normalmente escassa e/ou demasiado fina e a presença de freios gengivais pode dificultar a sua movimentação no sentido coronal.

Atendendo à falta de espessura gengival apicalmente à recessão optou-se por associar um enxerto de tecido conjuntivo, garantindo um aumento maior da espessura do que a alcançada com o enxerto pediculado isoladamente.

O recurso a esta técnica requer a presença de alguns requisitos:

- 1 Quantidade suficiente de gengiva aderida (\geq 4 mm) apical ou lateralmente à recessão, para movimentar;
- 2 Idealmente, um fenótipo gengival espesso (\geq 1 mm de espessura) por forma a dividir o retalho pediculado em espessura parcial;
- 3 Recessão gengival relativamente estreita (\leq 4 mm da largura radicular).

CONCLUSÕES:

A correta seleção dos casos é fundamental para a obtenção dos resultados pretendidos, mas também para uma melhor gestão das expectativas do clínico e, sobretudo, dos pacientes.

A extensão vertical da recessão e a quantidade de gengiva queratinizada apicalmente à recessão determinam a técnica cirúrgica adequada.

Neste caso o enxerto pediculado foi a opção por ser mais previsível do que o gengival livre num dente vestibularizado. Combinado com o ETC, permitiu restituir as condições necessárias para manutenção adequada do controlo de placa, bem como devolver a estética perdida, garantindo estabilidade de resultados a médio prazo.

1. Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. J Clin Periodontol. 2018 Feb;45(Suppl 20):S190-S198. 2. Steffens JP, Marcantonio RAC. 2018 Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions: a Practical Guide and Key Points. Rev Odontol UNESP. 2018 July-Aug; 47(4):189-197. 3. Pandit N, Gaba AK, Malik R, Pandik IK. A new index proposed for determination of outcome of recession coverage procedures. Clinical Advances in Periodontics. 2012 Feb; 2(1): 49-55. 4. S. Wernström JL, Zuchelli G, Rini Prato GP. Mucogingival therapy - periodontal plastic surgery. In: Lindhe J, Lang N, Karring T eds. Clinical Periodontology and Implant Dentistry, 5th ed. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2008: 955-1028. 5. COSTA MR, FERNANDES JMA, CIRELLI JA. Técnica do deslocamento lateral de retalho para recobrimento radicular: relato de caso. Rev. ABO Nac. 2008; 16(4). 6. PRADEEP K, RAJABABU P, SAGAR V. Gingival recession: Analysis and Treatment Strategies of recession. Rev. Dent. Caso Rep. 2012; 7. OLIVEIRA GHC, et al. Retalho Posicionado Lateralmente e Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial no Tratamento das Recessões Teciduais Marginais. Rev. Odontol. Bras. Central. 2011; 20(S2). 8. Borgetti A, Monnet-Corti V. Enxerto de tecido conjuntivo associado ao retalho posicionado lateralmente. In: Borgetti A, Monnet-Corti V. Cirurgia plástica periodontal. Porto Alegre: Artmed; 2000:230-7. 9. Harris RI. A comparative study of root coverage obtained with guided tissue regeneration utilizing a bioabsorbable membrane versus the connective tissue with partial thickness double pedicle graft. J Periodontol. 1999;68:890-9. 10. Harris RI. The connective tissue and partial thickness double pedicle graft: the result of 100 consecutively treated defects. J Periodontol. 1994;65:448-61.