

Vascan, O¹; Breda, D²; Marques, A. M¹; Morais, M³; Marques, F^{4,5}; Figueiredo J.P.^{6,7}.

.IFE de Estomatologia - 2º ano - CHUC; 2. IFE de CMF - 2º ano - CHUC; 3. IFE de Estomatologia - 1º ano - CHUC; 4. Assistente Convocado do MIMD - FMUC; 5. Assistente Graduado de Estomatologia do CHUC; 6. Professor Auxiliar do MIMD - FMUC; 7. Diretor do Serviço de Estomatologia no CHUC.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

A recessão gengival pode ser definida como a localização apical da margem gengival em direção à junção muco-gengival, ocasionando exposição da superfície radicular. Múltiplas ou isoladas, as recessões gengivais têm diversos fatores desencadeantes, como inflamação, escovagem traumática, mal-posicionamento dentário e fatores iatrogênicos; sendo necessária a sua resolução antes do tratamento.¹ A terapêutica é influenciada pela quantidade de gengiva queratinizada, espessura gengival, lesões cervicais, altura/largura das papilas. O tratamento mais indicado é a cirurgia de enxerto gengival de epitélio (enxerto gengival livre) e o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial.^{2,3} Relatamos um caso clínico de uma cirurgia de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial pela técnica de tunelização.

CASO CLÍNICO

Doente de 42 anos, sexo masculino.
Observado na consulta de Estomatologia do CHUC, por sensibilidade dentária no dente 31 e comprometimento estético relacionado com recessão gengival de 5mm.

Antecedentes patológicos e familiares: Nega.

Medicação habitual: Não faz.

Alergias medicamentosas ou alimentares:

Nega.

Exames complementares: Ortopantomografia.

Avaliação clínica e radiográfica:

- Bom controlo de biofilme dentário
- Ausência de inflamação gengival
- Ausência de perda óssea interproximal

Diagnóstico:

- Recessão gengival RT1- (Caton, 2018) ou classe II de Miller.⁴

Tratamento:

- Recobrimento radicular através de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial pela técnica de tunelização.

Seguimento:

- 2 semanas pós-operatório
 - 2 e 4 meses pós-operatório
- Actualmente, o doente encontra-se no 4º mês de seguimento, não apresentando qualquer recidiva.



Figura 1 - Recessão gengival RT1- (Caton, 2018) ou classe II de Miller.



Figura 2 e 3 - Foi efetuado destaratarização e desbridamento radicular com curetas de Gracey.



Figura 4 - Kit de microinstrumentos cirúrgicos.



Figura 5 - Realizou-se uma incisão intrassulcular no dente 31 sem envolvimento das papilas adjacentes.



Figura 6 - Com o bisturi de tunelização, foi criado um túnel suprapariosteal até aos dentes contíguos, para a colocação do enxerto.



Figura 7 - Com o leito receptor preparado, foi obtido o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial do palato, pela técnica de envelope de Zucchelli.



Figura 8 - Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial.



Figura 9 - Sutura do local de colheita do enxerto subepitelial.



Figura 10 - O enxerto foi guiado através do túnel, localizado 1mm acima da junção amelocementária. Posteriormente foram realizadas suturas com fio monofilamento e suturas suspensórias, fixas com compósito flow.



Figura 11 e 12 - Controlo enxerto de tecido conjuntivo subepitelial aos 8 dias.



Figura 13 - Reavaliação e remoção dos pontos aos 20 dias.



DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A selecção da técnica cirúrgica depende de cada caso. O objetivo do recobrimento radicular visa a obtenção de um bom resultado estético, prevenção de cárie radicular e eliminação da sensibilidade, possibilitando assim, uma melhor higienização.⁵ No caso abordado, conseguiu-se um aumento de gengiva queratinizada com um bom recobrimento radicular, que conduziu a uma diminuição significativa da hipersensibilidade dentinária e a uma melhoria significativa da estética.

Bibliografia

