

COMBINAÇÃO ENTRE TÉCNICA DO RETALHO FECHADO LATERALMENTE E ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL

Julio Augusto Seidel da Silva¹; Guilherme Bica Antunes²; Matheus Pereira Cezar³

RESUMO:

Como consequência da liberação de mediadores inflamatórios catabólicos, a perda de inserção gera risco às estruturas dentárias. O presente trabalho se baseia em um relato de caso sobre recessão gengival e descreve a técnica cirúrgica utilizada para restabelecimento dos níveis de margem gengival em dentes anteriores de mandíbula. A partir disso, apresenta-se uma abordagem cirúrgica de enxerto a partir de uma técnica indicada para recessões profundas descrita por SCUELEN et al a qual lança mão de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (ETCS) combinado com a técnica de Retalho Fechado Lateralmente e seu desfecho conclui com um completo recobrimento da raiz, o qual foram observados ganhos teciduais condizentes com a literatura. Os achados clínicos serão avaliados novamente em 12 meses

Dentro da complexa estrutura do periodonto, um agressor físico, químico ou biológico pode gerar a liberação de mediadores inflamatórios tendo como consequência a perda de inserção óssea, possibilitando problemas na estrutura dental como um todo, principalmente existindo o risco de perda dentária. Uma das principais causas físicas é determinada pelo contato prematuro em oclusão, tendo como base a alterações das condições ideais de: força resultante oclusivas, contato oclusal e guias laterais e anterior.

A partir da delimitação aguda e crônica para uma resposta periodontal a forças externas ainda podemos definir uma lesão sendo traumática quando existe lesão periodontal, indiferente das relações de carga oclusal, desde que a estrutura periodontal permita receber determinada força. Dentro desta perspectiva, ainda podemos diagnosticar os traumas oclusais como primário onde existe alterações de força oclusal sem sofrer mudanças no tecido gengival impedindo a migração apical do epitélio juncional, diferentemente do trauma secundário, onde existe a redução do epitélio causado pela perda óssea.

Miller Jr. definiu 4 classes de recessão gengival, na classe I não ocorre a perda óssea, papilas interdentárias, gengiva inserida ou tecido, mas que se delimitam até o a região de gengiva inserida e mesmo com tal delimitação ainda possuíam possibilidade completa de recobrimento radicular; a classe II segue as mesmas características da classe I porém, a margem gengival retraída se estende além da junção mucogengival; na classe III de Miller há perda gengival até, ou além, a junção mucogengival, havendo perda interproximal. Entretanto a crista óssea está coronal em relação a base de retração; para finalizar, na classe IV ocorre perda gengival até, ou além, da linha mucogengival, com perda óssea interproximal, a qual está apical em relação a base da retração.

As cepas microbióticas presentes na estrutura periodontal saudável e doente são semelhantes, mas variam entre gram positivas e negativas. Para realizar a

descontaminação adequada da raiz e estruturas próximas, evitando possíveis problemas infecciosos e buscando a reinserção completa do tecido gengival a raiz exposta. Ando Y et al. Trabalhou com descontaminação a laser de bactérias do tipo *A. actinomycetemcomitans* mostrando eficiência em frequências mais baixas, além disso, existem meios mais simples de descontaminação, como por exemplo EDTA utilizado para o caso relatado.

A técnica de Langer & Langer segue a ideia de realizar uma incisão vertical e horizontal nos tecidos distais e mesiais para relaxamento e que servirão para delimitar o posicionamento do retalho retirado de um tecido conjuntivo; diferente da técnica de Bruno modificada da qual é baseada apenas em uma incisão horizontal adjacente a área de recessão em nível de junção amelocementaria. Sua modificação buscou diminuir o desconforto pós-operatório, o suprimento sanguíneo para o enxerto e melhor o tempo de cicatrização

A RFL se baseia na realização de duas incisões na margem gengival do sítio com retração, uma na parte mesial e outra na distal, utilizando-se o bisturi de lâmina 15c. Além disso uma incisão intrasulcular é realizada e um retalho dividido é feito na região mesial, apical e distal em relação a retração, se estendendo até os dentes adjacentes. Nesta região o enxerto excisado do palato, é envelopado e posicionado de forma que cubra a raiz exposta. Assim as incisões marginais à retração são suturadas com suturas simples de forma que se evite maior tensão no local. Para tal procedimento, realizam-se anestésias infiltrativas e transpapilares. A descontaminação da raiz realiza-se com gel EDTA 24%. Para a remoção de tecido conjuntivo na região doadora, opta-se a incisão palatal linear, retirando um enxerto com cerca de 1mm a 1,5mm de espessura. Esta região é suturada com sutura festonada com fio de nylon 6-0.

Palavras-chave: *Recessão gengival, contato oclusal prematuro, enxerto*

Eixo Temático: Atenção integral e promoção a saúde (AIPS)

REFERÊNCIAS.

1. Sculean A, Allen EP. The Laterally Closed Tunnel for the Treatment of Deep Isolated Mandibular Recessions: Surgical Technique and a Report of 24 Cases. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2018 Jul/Aug;38(4):479-487. doi: 10.11607/prd.3680. PMID: 29889911.
- 2 Sculean A, Cosgarea R, Stähli A, Katsaros C, Arweiler NB, Brex M, Deppe H. The modified coronally advanced tunnel combined with an enamel matrix derivative and subepithelial connective tissue graft for the treatment of isolated mandibular Miller Class I and II gingival recessions: a report of 16 cases. *Quintessence Int*. 2014 Nov-Dec;45(10):829-35. doi: 10.3290/j.qi.a32636. PMID: 25191672.
3. Miller Jr PD. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1985;5(2):9-13
4. Ando Y, Aoki A, Watanabe H, Ishikawa I. Bactericidal effect of erbium YAG laser on periodontopathic bacteria. *Lasers Surg Med*. 1996;19(2):190-200. doi: 10.1002/(SICI)1096-9101(1996)19:2<190::AID-LSM11>3.0.CO;2-B. PMID: 8887923.
5. Langer, B., Langer, L. (1985). "Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage". *Journal of Periodontology*, 56(12), pp. 715-20.
6. Bruno, J. (1994) "Connective tissue graft technique assuring wide root coverage". *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*, 14(2), 126–137.