

Enxerto Interposto de Conjuntivo

VIEIRA, JA; SANTANA, JC

Orientador: MISTURA, NQ

Introdução

ETIOLOGIA

A recessão gengival é a perda considerável de gengiva localizada, desnudando a superfície radicular a partir da junção cimento-esmalte. Tais modificações podem ser vistas nas faces livres dos dentes. A origem da recessão é considerada multifatorial e seu principal fator predisponente é a deiscência óssea. ⁽¹⁾

CLASSIFICAÇÃO

Segundo a classificação de Miller, recessões de: classe I, não atinge a linha mucogengival e não há perda tecidual interproximal; classe II, atinge ou ultrapassa a linha mucogengival e não há perda tecidual interproximal; classe III, atinge ou ultrapassa a linha

mucogengival e há perda óssea ou tecido mole interproximal; classe IV, atinge ou ultrapassa a linha mucogengival e os tecidos interproximais estão situados na base da recessão. ⁽²⁾

INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

Indicação: sensibilidade dentinária, cáries cervicais, estética e nas recessões de classes I e II, nas quais os recobrimentos são totais.

Contraindicação: doença periodontal ativa, fumantes, fator psicológico e em casos de recessões de classes III e IV, visto que na classe III é possível apenas um recobrimento parcial e na classe IV, nenhum recobrimento é possível. ⁽³⁾

Objetivo

Este trabalho teve como objetivo analisar a técnica de enxerto interposto de conjuntivo, analisando a área doadora mais adequada e suas características, analisando o preparo do sítio receptor e a instalação do enxerto no mesmo.

Técnica Cirúrgica

SITIO DOADOR

A região escolhida foi a palatina. Deve-se levar em consideração o nervo palatino anterior e a artéria palatina anterior, tendo em vista que a região entre pré-molares e molares é a região mais adequada para retirada do enxerto, por ser a mais espessa.

A técnica mais utilizada é a proposta por Langer e Langer (1985), denominada como técnica do alçapão. Na qual é feita uma incisão com lâmina nº 15C em três lados de um retângulo, conservando o quarto lado como um pedículo irrigador, respeitando de 1 a 2mm da margem gengival até a largura desejada. O alçapão é dissecado para a remoção do tecido conjuntivo, e após a remoção do enxerto do sítio doador, deve-se cortar a pequena camada de tecido epitelial encontrada no mesmo. Armazenando-o em soro fisiológico até a adaptação do enxerto, a região foi suturada com fio de seda 4-0. ⁽⁴⁾



Figura 1: Remoção do enxerto. Imagem retirada da internet. ⁽⁵⁾



Figura 2: Enxerto antes da adaptação. Imagem retirada da internet. ⁽⁶⁾

SITIO RECEPTOR

Previamente à cirurgia, é realizado o controle de placa por meio de raspagem e orientações de higiene oral. Na cirurgia, é realizado um retalho com afastamento parcial na qual são feitas: duas incisões relaxantes e uma incisão sulcular, com bisturi simples com lâmina nº 15C. Após a adaptação do enxerto, deve-se imobilizar com uma sutura simples interdental e em seguida, deve-se posicionar o retalho em sua posição original, realizando a sutura final com fio de seda 6-0. ⁽⁷⁾



Figura 3: Preparo da região receptora. Imagem fornecida pelo Dr. Henrique Fukushima.

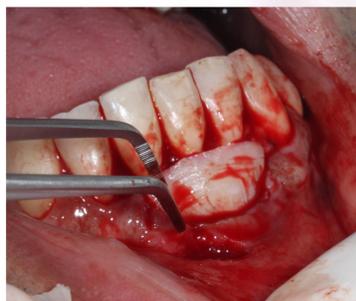


Figura 4: Adaptação do enxerto. Imagem fornecida pelo Dr. Henrique Fukushima.



Figura 5: Antes e depois. Imagem retirada da internet. ⁽⁸⁾

PÓS OPERATÓRIO

Deve-se prescrever além da medicação sistêmica (antibiótico, anti-inflamatório e analgésico), o uso de cimento cirúrgico para proteger a região e bochechos de clorexidina 0,12%, com o primeiro uso 24 horas após a cirurgia, por aproximadamente 15 dias. ⁽⁹⁾

Conclusão

Conclui-se que a técnica de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial é o tratamento cirúrgico padrão-ouro em casos de recessões gengivais, pois há maior probabilidade de alcançar a cobertura radicular completa em comparação com outras técnicas. ⁽¹⁰⁾

Referências

- Chatterjee A, Sharma E, Gundanavar G, Subbaiah SK. Treatment of multiple gingival recessions with vista technique: A case series. J Indian Soc Periodontol. 2015; Bellver-Fernández R, Martínez-Rodríguez AM, Gioia-Palavecino C, Caffesse RG, Peñarocha M. Microsurgical treatment of gingival recession by subepithelial connective tissue graft: a case report. Med Oral Patol Cir Bucal. 2016.
- Borghetti A, Monnet-Corti V. Cirurgia Plástica Periodontal. Porto Alegre: Artmed; 2002. P 117-129.
- Borghetti A, Monnet-Corti V. Cirurgia Plástica Periodontal. Porto Alegre: Artmed; 2002. P159-161.
- Landim FS, Andrade KHM, Freitas GB, Xavier JC, Santos SC, Alves RV. Enxerto subepitelial de tecido conjuntivo para recobrimento radicular. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac. 2009; Langer B, Langer L. Subepithelial Connective Tissue Graft Technique for Root Coverage. J Periodontol. 1985; Borghetti A, Monnet-Corti V. Cirurgia Plástica Periodontal. Porto Alegre: Artmed; 2002. P 201-208.
- Imagem 1: <http://implantodontia.zip.net/images/cblog.jpg>.
- Imagem 2: <https://www.ident.com.br/public-img/user/1/22/22519/content/11634/1262699203L.jpg>.
- Borghetti A, Monnet-Corti V. Cirurgia Plástica Periodontal. Porto Alegre: Artmed; 2002. P 162-180.
- Imagem 5: https://scontent-sea1-1.cdninstagram.com/151.2885-15/s480x480/e35/13573636_1767367753477299_906356271_n.jpg?ig_cache_key=MTI4NzMTODM4Nzk0NDU1ODQ1NQ%3D%3D.2.
- Bellver-Fernández R, Martínez-Rodríguez AM, Gioia-Palavecino C, Caffesse RG, Peñarocha M. Microsurgical treatment of gingival recession by subepithelial connective tissue graft: a case report. Med Oral Patol Cir Bucal. 2016.
- Dhir V, Jha AK. Microsurgical treatment of gingival recession by subepithelial connective tissue graft: a case report. Med J Armed Forces India. 2011; Borghetti A, Monnet-Corti V. Cirurgia Plástica Periodontal. Porto Alegre: Artmed; 2002. P 260-281.