

Enxerto gengival livre

Ricardo Shibayama¹ & Walter Massayoshi Fugii²

Resumo

O presente artigo relata um caso clínico em que se fez necessário aumentar a largura de gengiva inserida através de um enxerto autógeno de mucosa ceratinizada devido à recessão gengival na vestibular do elemento 31, que foi ocasionada pela não observância adequada do planejamento pré-operatório de uma intervenção antecessora.

Palavras-chave: enxerto gengival livre; estimulação do periosteio; ácido cítrico; planejamento pré-operatório.

SHIBAYAMA, R.; FUGII, W. M. Enxerto gengival livre. *UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde*, Londrina, v. 2, n. 1, p. 107-111, out. 2000.

Introdução

O enxerto gengival livre é o procedimento mais utilizado para indução de nova mucosa queratinizada. O enxerto livre gengival autógeno é obtido por meio da remoção completa de um retalho de mucosa mastigatória e transferido para outra região no mesmo indivíduo. A região onde obtivemos o retalho é conhecida como área doadora, e a região na qual o retalho é colocado é conhecida como região receptora. No enxerto livre, o tecido é completamente separado da área doadora, permanecendo o retalho sem conexões com a rede vascular.

A utilização dos enxertos gengivais livres apresenta potencialidade para substituir, com vantagens, muitos procedimentos cirúrgicos mucogengivais. A evolução dos enxertos livres e pediculados incrementou a conceituação de modalidade terapêutica construtiva.

A largura da gengiva inserida e a sua importância para a saúde periodontal têm sido objetivo de muitos estudos. O enxerto gengival livre, visando criar ou aumentar a faixa de gengiva inserida, vem sendo largamente utilizado há duas décadas. Essa técnica teve grande difusão no tratamento dos problemas mucogengivais e, atualmente, devido à sua versatilidade e previsibilidade, tem sido indicada também para o tratamento das recessões gengivais.

Diversos obstáculos de técnicas são observados nos procedimentos dos enxertos gengivais livres. Um obstáculo da técnica é o aparecimento de espaço entre o leito receptor/tecido enxertado. Normalmente esse espaço é preenchido por coágulo, que será reorganizado na forma de tecido de granulação, orientando a reparação da ferida cirúrgica. A necessidade de dois campos operatórios e a falta de planejamento pré-operatório constituem-se em outros dois obstáculos.

Com o propósito de minimizar algumas das dificuldades inerentes ao procedimento de enxerto gengival livre, propusemos uma seqüência de um caso clínico de retração gengival localizada, a qual foi

¹ Docente da disciplina de prótese fixa, oclusão e prótese total da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). Rua Espírito Santo, 786, 1º andar. 86010-450. Londrina, Paraná, Brasil.

² Cirurgião-dentista. Rua Prefeito Hugo Cabral, 957. 86020-070 Londrina, Paraná, Brasil.

tratada com enxerto gengival livre – raspagem, ativação do periosteio e aplicação de ácido cítrico (pH 1) por 3 minutos, sobre a superfície radicular exposta. Avaliou-se o caso ao longo do tempo de 5 anos, restituiu-se a parede gengival perdida e, conseqüentemente, a estética. Ganhou-se gengiva inserida e inserção clínica.

A paciente W.F., 15 anos, sexo feminino, apresentava recidiva de recessão gengival no elemento 31 (Figura 1) após ter realizado uma cirurgia de enxerto gengival livre. Após o exame clínico, observou-se um contato prematuro em protusiva que atingia o elemento 31, além do que existia uma faixa muito estreita de tecido queratinizado por vestibular.

Assim sendo, optou-se, primeiramente, pela remoção do contato prematuro, raspagem com posterior ajuste oclusal, ativação do periosteio, 12 dias antes de intervenção (Figura 2), e aumento da largura da gengiva, através de um enxerto autógeno de tecido ceratinizado retirado do palato.

A paciente queixava-se quanto à estética, dor devido à hipersensibilidade dentinária e medo de perder o dente, pois a perda da estrutura era visível. Como a retração se estendia além da junção mucogengival, ela quebrou a continuidade da gengiva inserida, constituindo um nicho, o qual a paciente sentia dificuldades em mantê-lo livre de placa bacteriana.

Nos períodos pré e pós-cirúrgicos procedeu-se à aferição dos índices de placa (IP) proposta por Silness e Løe (1964), e gengival (IG) segundo Løe (1964): sondagem do sulco gengival, medidos largura e comprimento das retrações, bem como feitas tomadas radiográficas e fotografias.

A cirurgia do enxerto foi realizada preparando-se o leito receptor através da ativação do periosteio, retalho dividido e ataque ácido da raiz.

Realizou-se uma estimulação perióstica por uso mecânico-manual de uma agulha hipodérmica. A agulha deveria atingir o plano ósseo, ultrapassando o periosteio, e estimulando-o cirurgicamente, visando ativar sua capacidade osteogênica, fibrinogênica, cimentogênica, vascular proliferativa e neutrofílica.

Utilizou-se o ácido cítrico (pH 1) para o tratamento da superfície radicular exposta pela retração gengival. Este tratamento foi realizado da seguinte maneira: após vigorosa raspagem e alisamento radicular, isolou-se e secou-se o campo com gaze. Aplicou-se uma bolinha de algodão embebida em ácido cítrico durante 3 minutos, em duas aplicações de um 1,5 minuto. O objetivo foi obter a desmineralização superficial da raiz, de forma a expor fibrilas conjuntivas da dentina ou do cimento radicular, e eliminar detritos e substâncias tóxicas de origem bacteriana ou salivar, favorecendo-se a união das células do retalho à superfície radicular e obtendo-se nova inserção.

A neutralização e a lavagem do ácido cítrico da região receptora (Figura 3) com soro fisiológico e a remoção do coágulo foram obtidas por irrigação e aspiração. Protegeu-se a área receptora de qualquer contaminação pela saliva. Deslocou-se o enxerto de tecido ceratinizado para o novo leito receptor, procurando adaptá-lo corretamente à superfície radicular na altura dos dentes vizinhos.

O enxerto posicionado foi suturado com fio 4-0 (Figura 4), mantendo-o no alinhamento dos dentes vizinhos. Protegeu-se a área operada com cimento cirúrgico sem eugenol, por uma semana. Na área doadora, adaptou-se um fio ortodôntico 0,10 para melhorar a retenção do cimento cirúrgico (Figura 5). Receitou-se medicamento analgésico e antiinflamatório. Após uma semana, removeu-se o cimento cirúrgico e as suturas, fez-se a limpeza profissional da área e procedeu-se ao reforço das técnicas de higienização. O paciente foi instruído que deveria retornar para manutenção, ou a qualquer momento em que houvesse queixas.

Após a remoção definitiva do cimento cirúrgico, o paciente foi incluído em um programa de controle de placa por um período de 30 dias (Figura 6). Avaliou-se o caso ao longo do tempo de 5 anos (Figura 7). Evidenciaram-se a estética e a restituição da parede gengival que facilitou o controle da placa e da gengivite. Observou-se alto ganho de inserção clínica e de gengiva inserida em concordância com Sullivan *et al.* (1971) e Chambrone *et al.* (1995).

Após o tratamento das retrações gengivais, eliminaram-se os nichos de retenção de placa, aumentou-se a faixa de mucosa queratinizada, ganhou-se inserção clínica e restabeleceu-se a anátomo-morfologia gengival, facilitando o controle da placa e da gengivite do paciente.

A eliminação dos agentes causadores da inflamação gengival e o rigoroso controle de placa, tanto pelo profissional como pelo paciente, são fatores importantes dentro do tratamento periodontal. Estudos atuais demonstram que, se a higiene bucal é correta, a eliminação diária da placa bacteriana pode manter a saúde periodontal, mesmo em áreas com faixa estreita de tecido queratinizado.

Considerando-se que o periósteo é responsável pela inserção da gengiva e mucosa ao próprio periósteo, não foram medidos esforços na intenção de um aperfeiçoamento de técnicas cirúrgicas muco-gengivais, visando a preservação da gengiva inserida, sua criação quando ausente e, em largura mínima, a criação de condições para sua preservação. No periodonto de proteção, a gengiva inserida impede que os movimentos dos tecidos moles afetem a margem gengival.

Com intuito de preservar o elemento dental, através de seu periodonto de proteção e inserção, foi apresentada uma técnica de estimulação perióstica em enxerto gengival livre.

A contaminação da superfície radicular exposta ao ambiente bucal é um fator determinante na obtenção de nova inserção. A presença de substâncias tóxicas no cimento radicular inibia a adesão, o crescimento e proliferação de células sobre as raízes. É adequado associar-se às manobras mecânicas o tratamento químico da superfície radicular, com o objetivo de torná-la biologicamente aceitável pelos tecidos que a rodeiam.

O ácido cítrico, nas condições em que foi usado, não produziu alterações pulpares clinicamente susceptíveis. Procuramos usá-lo somente na área radicular que efetivamente seria coberta pelo enxerto. Quanto ao tecido ceratinizado, a reparação ocorreu normalmente, semelhante aos relatos de Crigger *et al.* (1983). Após a aplicação do ácido cítrico com soro fisiológico, deve-se evitar a contaminação pela saliva.

De nada adianta seguir corretamente as indicações e técnicas cirúrgicas se não for observado o correto planejamento pré-operatório.



Figura 1: recessão gengival / região vestibular 31.



Figura 2: ativação do periósteo.



Figura 3: área doadora.

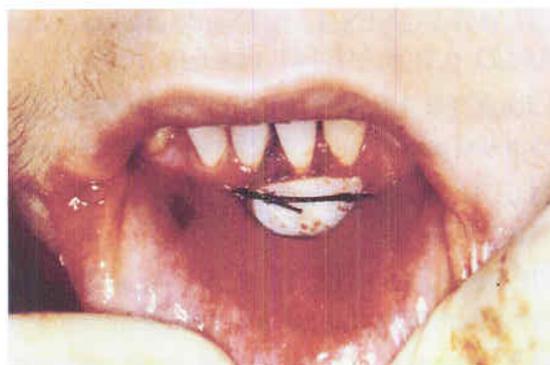


Figura 4: sutura do enxerto.



Figura 5: retenção com fio ortodôntico (0,10) na área doadora.



Figura 6: 30 dias após.



Figura 7: 5 anos após.

Considerando-se as limitações das observações clínicas obtidas neste estudo, conclui-se que:

1. O planejamento pré-operatório tem importância fundamental nas intervenções de enxerto gengival livre.
2. A resolução das retrações gengivais propiciou aos pacientes um melhor controle de placa e diminuição da inflamação gengival ao longo do tempo.
3. O tratamento da recessão gengival localizada, por meio do enxerto gengival livre associado à ativação do periosteio e aplicação do ácido cítrico na superfície radicular exposta, restitui a parede gengival, a inserção clínica, a faixa de gengiva inserida e a estética.

Referências Bibliográficas

- CHAMBRONES, L. A. Estudo clínico do tratamento de retrações gengivais localizadas. *Revista da APCD*, n. 2, p.137-141, mar./abr. 1995.
- CRIGGER, M.; RENVERRT, S.; BOGLE, G. The effect of topical citric acid application on surgically exposed periodontal attachment. *J Periodont Res*, v. 18, n. 3, p. 303-305, May 1983.
- LÖE, H. The gingival index, the plaque index and retention index system. *J Periodont*, v. 38, p.610-616, 1967.
- SILNESS, J.; LÖE, H. Periodontal disease in pregnancy. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Acta Odont Scand*, v. 22, n.1, p. 121-135, Feb.1964.
- SULLIVAN, H. C.; DINNER, D.; CARMON, D. Clinical evaluation of the laterally positioned flap. *Int Ass Dent Res*, v. 49, p. 169, mar. 1971.

Autogenous gingival graft

Abstract

The authors report a clinical case where an increase of the band of attached gingival was necessary by autogenous gingival graft because of localized gingival recession in 31 element.

Key words: free gingival graft; periostium stimulated; citric acid.

SHIBAYAMA, R.; FUGIL, W. M. Autogenous gingival graft. *UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde*, Londrina, v. 2, n. 1, p. 107-111, out. 2000.

