

ENXERTO AUTÓGENO GENGIVAL LIVRE PARA RESTABELECIMENTO DAS CONDIÇÕES DA MUCOSA PERIIMPLANTAR

RELATO DE CASO CLÍNICO

Autogenous free gingival graft for reestablishment of the peri-implant mucosa conditions – A case report.

Leonardo Romualdo Vieira*
Antônio Romualdo Vieira Júnior*
José Cláudio Motão**
Plínio Eduardo Celiac de Melo***

RESUMO

A presença da gengiva inserida saudável e íntegra é condição determinante para a saúde periodontal. Esta circunstância influencia diretamente o planejamento e sucesso em implantodontia. A busca pelo restabelecimento ou ganho de uma área maior e ou melhora das condições gengivais locais onde os riscos são evidentes, traz atualmente técnicas e táticas que permitem ao cirurgião dentista uma melhor previsibilidade com os procedimentos de manipulação de tecidos moles. O presente trabalho expõe um relato de caso clínico de enxerto gengival livre na região de Incisivo Central Superior Direito após a instalação de implante osseointegrado tipo Branemark® onde se observou a ausência de gengiva inserida adjacente ao implante para receber a prótese implanto-suportada para obtenção estética e saúde dos tecidos circunjacentes. Ao acompanhamento pós-cirúrgico, observou-se o restabelecimento gengival, inclusive sua textura e cor.

UNITERMOS

Periodontia, Implante, Enxerto Gengival Livre, Recessão Gengival.

INTRODUÇÃO

A cavidade oral é recoberta por três tipos de mucosa: mastigatória, representada pela gengiva e palato duro; especializada, presente no dorso da língua e mucosa de revestimento, localizada nas demais regiões LINDHE¹⁷ (1985).

A gengiva pode ser dividida em: gengiva marginal que se estende da margem gengival em direção apical até a ranhura ou sulco gengival; papila interdental, que ocupa a ameia ou espaço interproximal e traz medianamente entre a papila vestibular e lingual o "COL" que normalmente é desprovido de gengiva queratinizada apesar de fazer parte da mucosa mastigatória e gengiva inserida, que se estende da ranhura ou sulco gengival até a junção mucogengival^{6, 17, 30, 32}.

Em condições fisiológicas, a gengiva inserida cumpre a função de estabilizar e proteger a gengiva marginal contra os esforços mastigatórios, bem como permitir o escoamento de alimentos^{4, 11, 31}.

Situações diversas, como anatomia, higiene, traumatismos, agentes químicos e outros fatores externos, podem diminuir ou comprometer a faixa de gengiva inserida chegando a sua total eliminação⁵.

As cirurgias periodontais mucogengivais como, por exemplo, a cirurgia de enxerto gengival livre chamamos a atenção por ser um método simplificado para restituir a mucosa

gengival^{2,3,5}.

REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com NOVAES²⁵ et al. (1990) não se tem uma extensão mínima determinada de gengiva inserida fisiológica para resistir às tensões durante a mastigação, o qual poderia acarretar processo inflamatório e o aparecimento de retração gengival¹⁶. Recessões gengivais não ocorrem devido à pequena quantidade ou ausência de gengiva inserida, mas sim pela presença ou não de doença periodontal^{16,33}.

Entretanto, uma faixa de gengiva queratinizada em determinadas situações facilita o controle mecânico da placa bacteriana e estabiliza o processo de recessão iniciada na falta da mesma^{4,27}.

Quanto ao aspecto traumático durante o mecanismo de mastigação, FRIEDMAN⁹ (1957) mostrou a necessidade da largura adequada da gengiva inserida para evitar que as tensões de freios e inserções musculares sejam transmitidas para a gengiva marginal durante os movimentos bucais podendo acarretar recessão gengival por meio da tensão direta neste ponto, principalmente onde as bridas e freios têm inserção alta, ou seja, próxima à margem gengival, possam aumentar as condições de retração gengival.

De acordo com LINDHE¹⁸ (1985) e LANG¹⁵ et al. (1972) a ausência de gengiva

* Acadêmicos do 10º período da Faculdade de Odontologia de Anápolis-GO.

** Professor das Disciplinas de Histologia e Embriologia Bucal; Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia de Anápolis. Especialista em Periodontia. Mestrando em Reabilitação Oral pela FO/UFU.

*** Especialista em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial e Professor CBMF/FOA.

inserida torna a higiene oral deficiente, o que poderá levar ao desenvolvimento da cárie e doença periodontal.

Para evitar insucesso, uma espessura maior do material doador é indicado para diminuir a contração tecidual, que após trinta dias se estabiliza^{13,20}.

Nos casos de recobrimento radicular, a indicação do enxerto gengival livre possui restrições devido a fatores determinantes para o sucesso do processo, como a dimensão e proeminência da raiz exposta, tamanho da recessão, dimensão do enxerto e sua correta adaptação^{12,19}. Em alguns casos a melhor indicação seria o deslize lateral do retalho quando as áreas adjacentes possuem uma quantidade de gengiva inserida que permite a execução e o procedimento da papila dupla¹².

HALL & LUNDERGAN¹³ (1993) fizeram um estudo para mostrar a importância de se conhecer a idade do paciente, presença de retração, largura da faixa de gengiva inserida, além da sua higiene oral, especialmente em relação ao dente envolvido e com essas observações o enxerto gengival poderá ou não ser indicado.

Com o intuito de aumentar a faixa da gengiva inserida e assim obter um ganho na espessura e corrigir alterações periodontais das deficiências dela transcorrida, BJORN² em 1963 introduziu a técnica do enxerto gengival livre³⁰.

A técnica de enxerto empregada por BJORN² (1963) tem como indicação aumentar a faixa de gengiva inserida, cobrir recessões gengivais estreitas e que não possuam tecido doador adjacente¹⁹, melhorar a estética, tornar a mastigação e o controle da placa menos traumáticos⁷, prevenir contra cáries e eliminar a hipersensibilidade dentinária¹².

Quanto ao aspecto estético, o resultado desta técnica nem sempre é adequado devido à própria diferença de espessura e cor da camada de queratina e do tecido epitelial, da rugosidade e do brilho que o palato (área doadora por excelência) tem diferente da face vestibular do processo alveolar LIMA¹⁶ et al. (1991) contendo algumas vezes uma coloração mais clara após sua cicatrização.

Para a realização e sucesso desta cirurgia, é indicado verificar a etiologia da recessão gengival e eliminá-la antes do procedimento em si¹². Entre as causas temos: tensões de freios e inserções musculares, trauma de higiene, oclusão alterada e movimentações ortodônticas⁹.

O enxerto gengival livre colocado sobre a área receptora, pode facilitar a migração coronária pós-operatória do tecido gengival marginal sobre superfícies radiculares

anteriormente desnudas, proporcionando recobrimento radicular tardio, sendo este processo denominado creeping attachment^{1-10, 22, 28}. Esta migração, que ocorre em até dois anos, não é uma condição comum em todos os casos, MATTER & CIMASONI^{21,28} (1976) sugeriram que, apesar de imprevisível, o creeping attachment ocorre mais freqüentemente em pacientes jovens com bom controle de placa bacteriana, em dentes bem posicionados no arco que apresentem defeitos estreitos e altura normal do osso alveolar interproximal, e em raízes harmônicas no arco dental.

A saúde e função não são os únicos objetivos dos cirurgiões-dentistas, que agora precisam estar atentos em atender o crescente apelo estético dos pacientes. A técnica do enxerto gengival livre tem sofrido pequenas modificações desde a sua introdução na Escandinávia (1963) e nos EUA (1964). O objetivo dessas modificações foram exatamente proporcionar um maior conforto pós-operatório para o paciente em relação à técnica cirúrgica, bem como uma melhoria da estética no seu sorriso^{6,17}.

A técnica descrita por BJORN² (1963) apresentou excelentes resultados. Com a evolução técnico-científica, desenvolveram-se variações com o objetivo de promover o maior conforto ao paciente.

Dentre as técnicas desenvolvidas, temos: da sanfona, descrita por RATEISCHAK e cols²⁶ (1985) das tiras, descritas por HAN e cols¹⁴ (1993) do tecido conjuntivo, descrito por EDEL⁸ (1974) e combinada, que mostra uma fusão das duas últimas técnicas⁶.

A técnica do tecido conjuntivo fundamenta-se no fato de que o tecido conjuntivo é portador de mensagem genética para o epitélio de revestimento⁶, assim apenas este seria necessário como enxerto. Deste modo, a vantagem está na cicatrização por primeira intenção da área doadora².

NETTO²³ et al. (1986) realizaram um estudo clínico em humanos de reparação de enxerto livre de gengiva fixado por adesivo à base de cianocrilato (Butil Cianorribeto e Isobutil Cianocrilato), obtendo excelentes resultados: diminuição do tempo operatório e processo de reparação tecidual normal.

Com a finalidade de procurar melhor fixação do externo ao leito receptor, NOVAES Jr.²⁴ et al. (1987) estudaram o comportamento do enxerto colocado diretamente sobre o osso com perfuração a fim de expor os espaços medulares. Os resultados obtidos comprovam uma maior fixação do enxerto ao leito e uma aceleração a resposta inicial da cicatrização.

ROSEMBERG²⁹ et al. (1992) mostraram a importância para o tratamento reabilitador protético com inter-relação periodontal abordando a importância da visão multidisciplinar para melhor previsibilidade e sucesso na finalização dos trabalhos.

Quanto a proteção da área doadora, BOSCO⁵ et al. (1998) compararam a ação dos fragmentos gengivais, filtros de microcolágenos e cimento cirúrgico para a reepitelização de tais áreas. Os resultados obtidos demonstraram que os fragmentos gengivais proporcionaram uma reepitelização mais rápida no período inicial de 7 dias. No período de 14 dias, a reepitelização foi completa e similar nos grupos fragmentos e microcolágenos, e parcial no cimento cirúrgico, sendo que, no período final de 28 dias, o processo de cicatrização foi completo nos três grupos experimentais.

Uma outra modificação da técnica clássica é a que não se sutura o enxerto ao leito receptor, pois esta lesa a microcirculação, estrutura indispensável para início das anastomoses dos vasos sanguíneos existentes entre o enxerto e o leito receptor, podendo assim retardar o processo de cicatrização³.

Em relação às suturas, devem ser feitas em cada ponta do enxerto e também nas papilas. A base do enxerto não necessita de suturas¹³.

RELATO DO CASO

Paciente M.N.B., gênero feminino apresentou-se no Iplacentro (Centro de Implantodontia da Faculdade de Odontologia de Anápolis) com a finalidade de concluir o tratamento com prótese sobre implante na região do dente 11. Ao exame clínico constatou-se comprometimento estético por alterações na gengiva inserida associada a tecido granulomatoso no rebordo suprajacente ao parafuso de cobertura e que tal situação poderia comprometer os resultados ao término da reabilitação (figura 1).

Optou-se pelo restabelecimento da gengiva inserida comprometida por meio da remoção do tecido granulomatoso e recobrimento local com um enxerto gengival livre (figura 2) obtido do palato compreendendo um fragmento de aproximadamente 1X2cm da região de pré-molares ao primeiro molar (figura 3). O mesmo foi estabilizado por meio de sutura simples com fio de seda número 4-0 (figura 4). A remoção da sutura foi realizada após quinze dias (figura 5). Ao acompanhamento com trinta, sessenta e noventa dias foi constatado restabelecimento tecidual com

o tecido mostrando-se cor e textura compatíveis com os padrões gengivais

locais (figura 6).

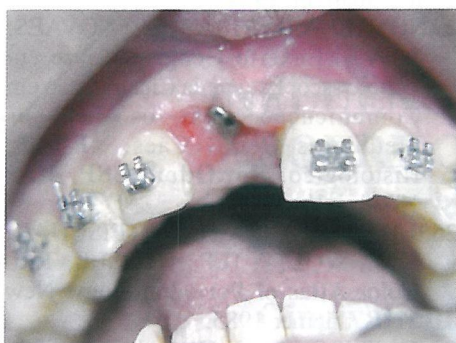


Figura 1 - Caso inicial

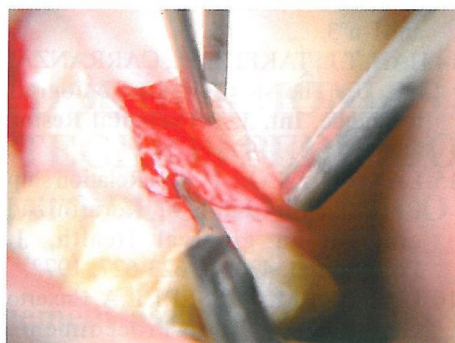


Figura 2 - Obtenção do enxerto

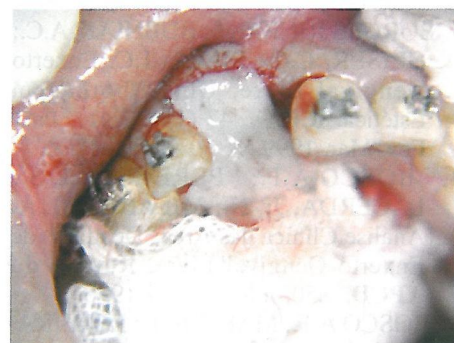


Figura 3 - Adaptação do enxerto

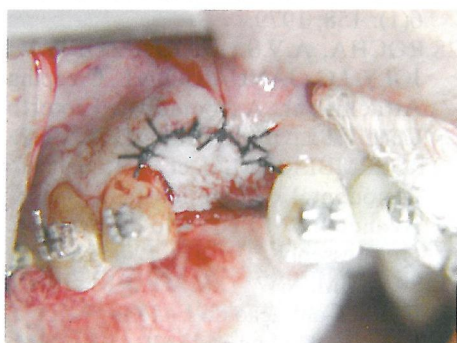


Figura 4 - Sutura



Figura 5 - Remoção da sutura



Figura 6 - Pós-operatório com noventa dias

DISCUSSÃO

As principais considerações para restabelecer o padrão gengival, são as indicações, técnicas, local requerido para doação do enxerto, condições sistêmicas que por um motivo ou outro exigem do cirurgião-dentista conhecimentos específicos e táticas para uma boa execução do plano de tratamento.

O ganho de gengiva inserida foi satisfatório no caso apresentado, concordando com os resultados apresentados por BJORN² (1963). A preocupação com as qualidades teciduais, permitindo boa higiene, ausência de inflamação e previsibilidade para posterior reabilitação, conforme requerido veio de acordo aos trabalhos de BOSCO⁴ et al (1998); RATEISCHAK²⁷.

A facilidade de higienização estabelecida, comparada aos estudos de LIMA¹⁶ (1991); WENSTROM³³ (1981) foi importante às condições de cicatrização para a região em questão.

A topografia local se mostrou favorável à indicação da técnica utilizada frente à pequena inserção do freio labial superior e ausência de agentes anômicos que pudessem dificultar sua execução e

cicatrização^{24,25,16,33}.

A diferença de cor da área doadora e receptora mostrada por LIMA¹⁶ et al. (1991) foi fator fundamental na análise da técnica executada principalmente por mostrar dificuldades deste tipo de enxerto. No entanto, o caso apresentado não mostrou diversidade significativa de cor ou textura.

Foi realizada sutura simples com fio de seda 4-0 por necessidade de maior estabilização do enxerto sem coágulo interposto, apesar das considerações de BORGES Jr.³ et al. (1999).

CONCLUSÃO

Para o caso clínico apresentado, o enxerto gengival livre apresentou resultados estético e funcional bastante satisfatórios, podendo ser a técnica de eleição para aumento da faixa de gengiva inserida associada à implantes dentários.

SUMMARY

The presence of a complete and healthy attached gingiva is a determinant condition for the periodontal health. This situation directly influences the planning and success in implantodontology. The

search for reestablishment or gain of a bigger area and/or improvement of local gingival conditions where the risks are evident, currently brings techniques and tactics that allow to the dentist a better predictability about the manipulation procedures of soft tissues. The current work exposures a clinical case report of a free gingival graft on the upper right central incisor region after the installation of a osseointegrated implant (type Branemark®), where was noticed the absence of attached gingiva adjacent to the implant to receive a implant-supported prosthesis for esthetics ends and adjacent tissues health. On the post-surgical accompaniment, it was noticed the gingival reestablishment, even its texture and color.

UNITERMS

Periodontics, Implant, Gingival graft free, Gingival retraction.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BELL, L.A. et al. The presence of "creeping attachment" in human gingival. *J. Periodontol*, 49:513,517,1978.

2. BJORN, H. **Free transplantation of gingival propria**. Sveriges Tandlakt, 22:684,1963.
3. BORGES JÚNIOR, I.; BUBNIAK, A.C.; GÊISER, C.C.; SILVA, T.C. Enxerto Gengival Livre. Uma Abordagem Estética. **R.G.O.**, 47 (1): 37-41, Jan./Fev./Mar.,1999.
4. BOSCO, A.F.; PEREIRA, S.L.S.; LACERDA, Jr. N.; MILANEZI, L.A. Análise Clínica das Áreas Doadoras de Enxerto Gengival Livre. **Revista da APCD**, v.50, n.6, nov/dez.1996.
5. BOSCO A.F.; MARCHI, F.; PEREIRA, S.L.S. Áreas Doadoras de Enxerto Gengival Livre Submetido a diferentes Formas de Proteção. **Revista da APCD**, v.52, n.4, jul/aog.1998.
6. CARRANZA, A. Jr. **Periodontia Clínica de Glicleman**. Rio de Janeiro, Ed.Interamericana, 1983, p.2-28.
7. COHEN, D. W.; GENCO, R. J. & GOLDMAN, H. M. **Periodontia Contemporânea**. 2 ed. São Paulo: Santos Livraria e Editora, 1997, p.554-84.
8. EDEL, A. Clinical Evolution of free connective tissue grafts used to increase the width of ceratinized gingival. **J.Clin.Periodontol**, 1:185, 1974.
09. FRIDMAN, N. Muco Gengival Sugery, **Dent J**. 75(1):385, 1957.
10. GENCO, H. et all. **Periodontal Therapy**. 3ª ed. St. Louis: C.V. Mosby Co.: 560p, 1964.
11. GOLDMAN, H.M. Gingivectomy. **Oral Surg**. V.4, p.1136, 1951.
12. GUIMARÃES, G.M. Recobrimento Radicular com Enxerto Gengival Livre-Relato de Caso Clínico. **Rev.Periodontia**, v.8, n.1, jan/abr.1999.
13. HALL, W.B. & LUNDERGAN, W. P. Free gingival graft, a current indication and techniques. **Dent Clin North Am**, v.37, n.2, p.227-42, 1993, apud DUARTE, C. A.; PINOTTI, A. E.; GAIESKI, K.O.K.K. **Técnicas de Sutura na Área Receptora para o Enxerto Gengival Livre**. J. Brasileiro de ENDO/PERIO-out/nov/dez-2000-ano1-nº3.
14. HAN, T.J.; TAKEI, H.H.; CARRANZA, F.A. Jr. The strip gingival outograft technique. **Int. J. Periodontal Restor Dent** 13:181, 1993.
15. LANG, N. & LÖE, H. The Relation ship Between the width of Keratinizad gingival an gingival Health, **J. Periodontal**. 43(10): 623-627, 1972.
16. LIMA, A.F.M.; PASSERI, L.A. Enxerto Gengival Livre- Procedimento Alternativo. **Rev.Paulista de Odontologia**, ano XIII, n.4, jul/ago 1991.
17. LINDHE, J.; KARRING, T. Anatomia do Periodonto. In: Lindhe J. **Tratado de Periodontia Clínica**. Rio de Janeiro, Ed. Interamericana, 1985, p. 1-38.
18. LINDHE, J. **Tratado de Periodontia Clínica**. 1ªed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1985, p.325-333.
19. LINDHE, J. **Tratado de Periodontia Clínica**. 2 ed. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, 1992, p.313-34.
20. LINS, L.H.S. et all. Contração do Enxerto Gengival. Avaliação Clínica, **Rev. Periodontia**. 7(1): 43-50, 1998.
21. MATTER, J. & CIMASONI, G. Creeping attachment after free gingival grafts. **J. Periodontal**. 47: 574-579, 1976.
22. MATTER, J. Free gingival grafts for the treatment of gingival recession. A review of some techniques. **J.Periodontal**. 9:103-114, 1982.
23. NETTO, R.L.; MACEDO, N.L. Estudo Clínico da Reparação do Enxerto Livre da Gengiva Fixado por um Adesivo à Base de Cianocrilato. **Rev.Ass. Paul. Cirurg. Dent.**, v.40, n.2, mar/abr, 1986.
24. NOVAES JÚNIOR, A.B.; NOVAES, A.B. Espaços Medulares na Área Receptora de Enxertos Gengivais Livres. **Rev.Ass.Cirurg.Dent.**, v.41, n.2, mar/abr -1987.
25. NOVAES A.B.; RIBAS, J.P.; NOVAES, Jr. A.B. Enxerto Gengival Livre em Leito Ósseo. Estudo da Cicatrização em Comunicação com os Espaços Medulares em Cães. Estudo Histológico. **Rev.Odont.USP**, 4(3), 182-8, jul/set 1990.
26. RATEISCHAK, K.H.; RATEISCHAK, E.M.; WOLFF, H.F.; HASSEL, T.M. **Color Atlas of Periodontology**. New York, thieme, 1985.
27. RATEISCHAK, K.H., et all. Recession, A Four Years Longitudinal Study Free Gingival Graft, **J. Clin. Periodontol**. 6(1): 158, 1979.
28. ROCHA, A.V.S.; CARDOZO, W.V.; JOLY, J.C.; JANUÁRIO, A.L. Creeping Attachment. Associado a Enxerto Gengival Livre. **Robrac**, 8(25), 1999.
29. ROSEMBERG, M.M. et all. Tratamento Periodontal e Protético para Casos Avançados. 1ª ed. Rio de Janeiro. **Quintessence**, 1992, p. 124-128.
30. SALLUM, A.W.; LIMA, A.F.M.; LINS, L.H.S. Contração do Enxerto Gengival Livre: Avaliação Clínica. **Rev.Periodontia**, v.7, n.1, jan/abr. 1998.
31. SCHLUGER, S. The surgical approach to pocket elimination. **NY J. Dent**, v.22, p.396, 1952.
32. SCOREDER, H.E.; PAGER, R.C. Periodonto Normal. In: Schluger S.; Yuodelis R.A.; Page R.C. **Rev. Periodontia: Fenômenos Básicos, tratamento e Inter-relações oclusais e restauradoras**-Rio de Janeiro. Ed.Interamericana, 1981, p.5-53.
33. WENNSTRÖM, J.L. et all. Role of Keratinized gingival for gingival health. Clinical and histologic study of normal and regenerated gingival tissue in dogs. **J.Clin. Periodontol.**, 8:311-328, 1981.