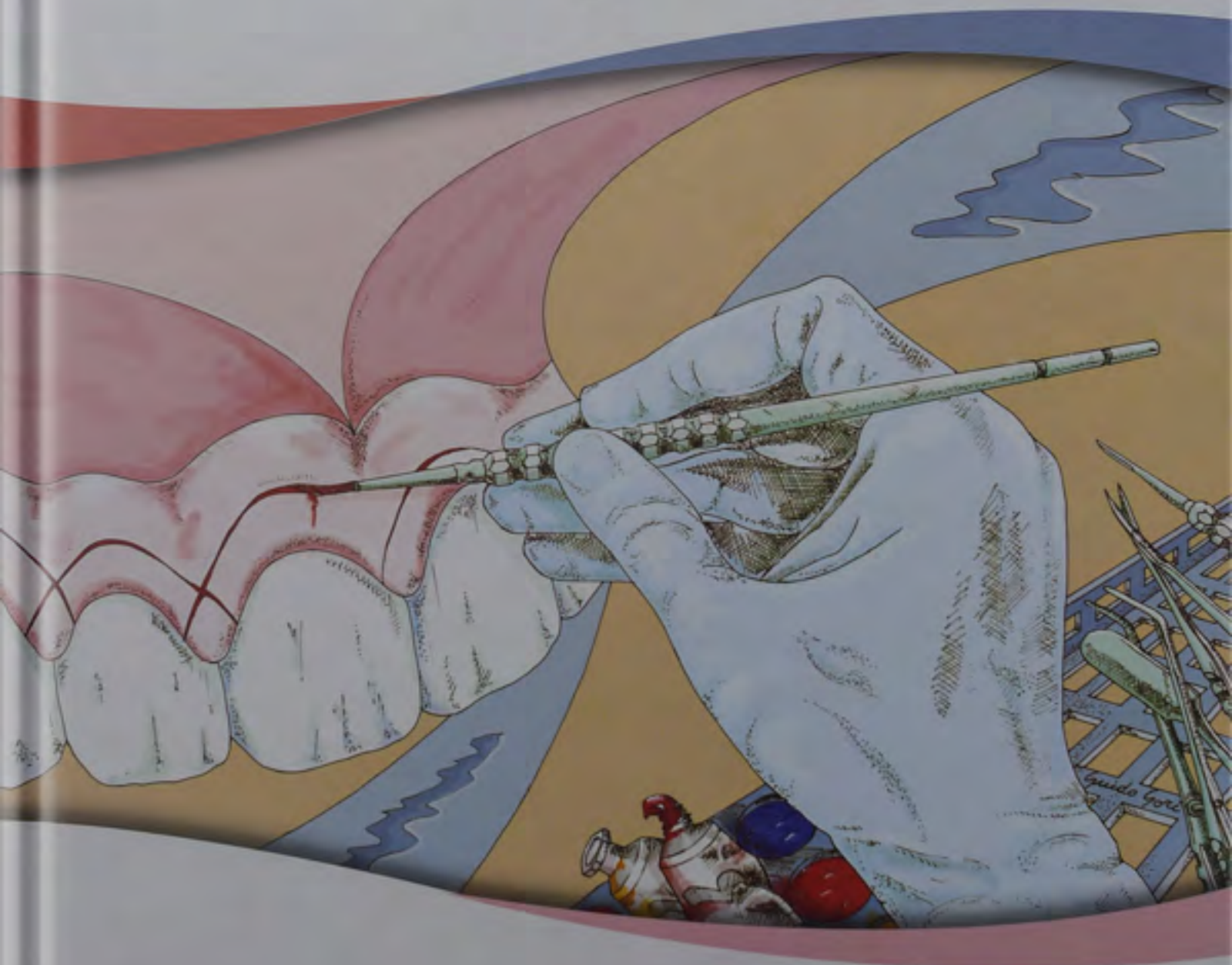


Giovanni Zucchelli

Cirurgia Estética Mucogengival



ILUSTRAÇÕES
GUIDO GORI


QUINTESSENCE
INTERNATIONAL
PUBLISHING GROUP


quintessence
editora

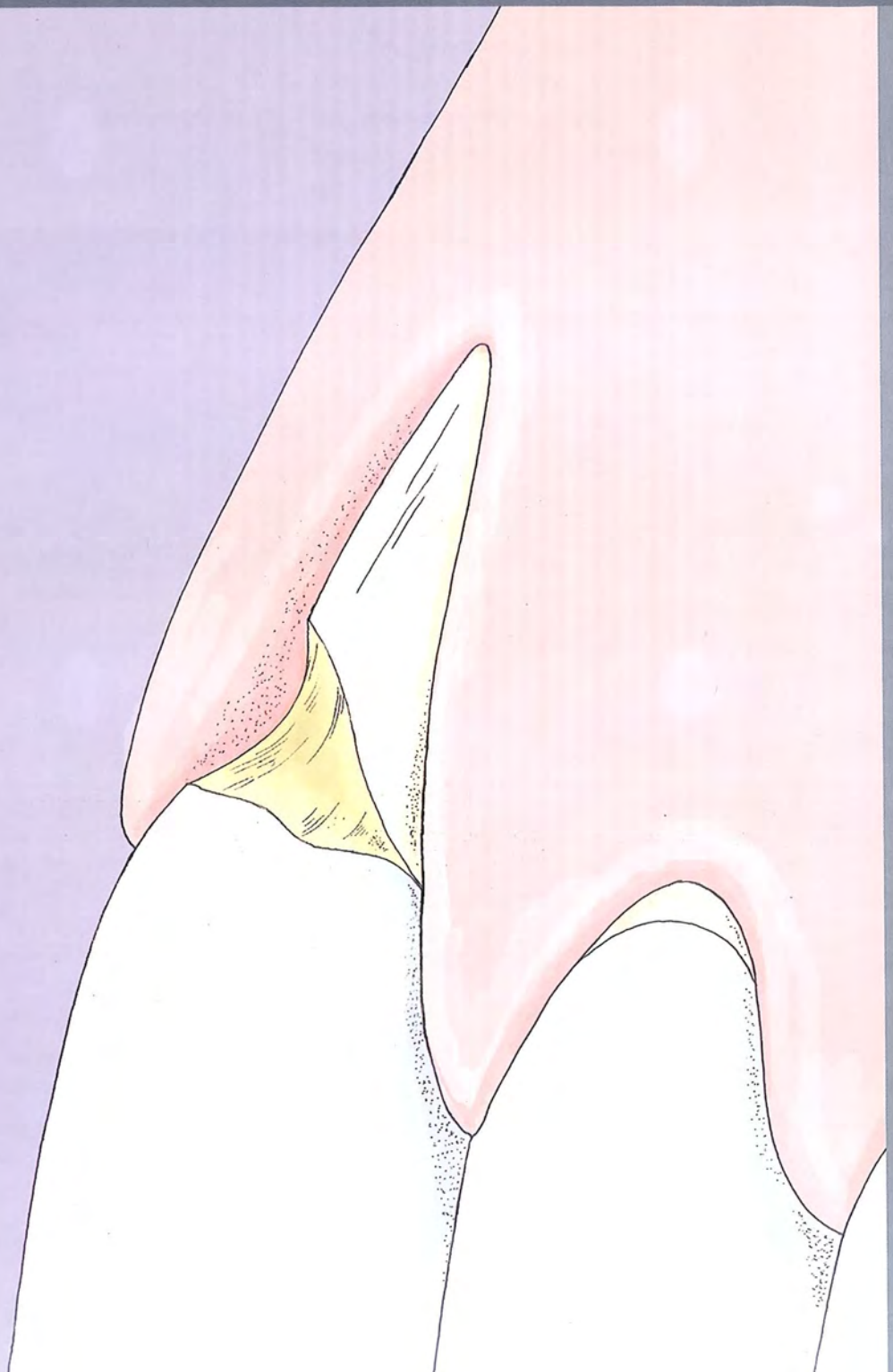
SUMÁRIO

PREFÁCIO	V
INTRODUÇÃO	VII
SUMÁRIO	IX
1 CIRURGIA ESTÉTICA MUCOGENGIVAL	1
2 DIAGNÓSTICO DA FALTA DE ESTÉTICA MUCOGENGIVAL	3
3 ETIOLOGIA DAS RECESSÕES GENGIVAIS	13
4 PATOGÊNESE DAS RECESSÕES GENGIVAIS	61
5 PROGNÓSTICO DAS RECESSÕES GENGIVAIS	69
6 DIFICULDADE NO DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO DAS RECESSÕES GENGIVAIS	79
7 PREVISÃO DO RECOBRIMENTO RADICULAR	97
8 INDICAÇÕES PARA O TRATAMENTO DAS RECESSÕES GENGIVAIS	107
9 TÉCNICAS CIRÚRGICAS DE RECOBRIMENTO RADICULAR	113
10 FATORES QUE INFLUENCIAM NA ESCOLHA DA TÉCNICA CIRÚRGICA DE RECOBRIMENTO RADICULAR	117
11 ESCOLHA DA TÉCNICA CIRÚRGICA	127
12 TERAPIA CAUSAL EM PACIENTES A SEREM SUBMETIDOS À CIRURGIA MUCOGENGIVAL	133
13 TRATAMENTO DA SUPERFÍCIE RADICULAR	139
14 O USO DA AMELOGENINA NA CIRURGIA MUCOGENGIVAL	149

15	TRATAMENTO DAS FISSURAS GENGIVAIS	157
16	TRATAMENTO DAS ABRASÕES/CÁRIES CERVICAIS ASSOCIADAS ÀS RECESSÕES GENGIVAIS	181
17	RETALHO REPOSICIONADO CORONARIAMENTE COM INCISÕES DE DESCOLAMENTO	257
18	RETALHO REPOSICIONADO LATERAL E CORONARIAMENTE	329
19	ENXERTO GENGIVAL	379
20	TÉCNICAS EM DUAS FASES	403
21	TÉCNICAS DE RETIRADA DO ENXERTO CONJUNTIVO	425
22	TÉCNICAS BILAMINARES	459
23	TÉCNICAS BILAMINARES PARA RECESSÕES MÚLTIPLAS	499
24	RETALHO REPOSICIONADO CORONARIAMENTE "EM ENVELOPE" PARA RECESSÕES MÚLTIPLAS	521
25	RETALHO REPOSICIONADO CORONARIAMENTE + ENXERTO CONJUNTIVO PARA RECESSÕES MÚLTIPLAS: BILAMINAR MÚLTIPLO EM ENVELOPE	597
26	TÉCNICAS COMBINADAS PARA RECESSÕES MÚLTIPLAS	657
27	TRATAMENTO PERIODONTAL-RESTAURADOR PARA RECESSÕES MÚLTIPLAS	667
28	CASOS CLÍNICOS COMPLEXOS	693
29	ERUPÇÃO PASSIVA ALTERADA	749
30	TERAPIA FARMACOLÓGICA E HIGIÊNICA PÓS-CIRÚRGICA EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA MUCOGENGIVAL	795
31	INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA	803

DIFICULDADE NO DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO DAS RECESSÕES GENGIVAIS

6



Nem sempre as recessões gengivais apresentam todas as características necessárias para determinar se pertencem a uma das quatro Classes descritas por Miller. Além disso, aos problemas de classificação, frequentemente soma-se a dificuldade de mensuração. Dúvidas também podem ser levantadas quanto à definição de recessão gengival. Neste capítulo serão analisados estes problemas ainda não solucionados, que dizem respeito à semiótica das recessões gengivais.



Definição. A recessão gengival é definida como o deslocamento apical (*apical shift*) da margem gengival da sua posição fisiológica, 1-2 mm coronária

à JCE, com a consequente exposição patológica da superfície radicular.

O termo “deslocamento” parece implicar que na patogênese das recessões gengivais exista a possibilidade de todo o complexo mucogengival deslocar-se para apical (sem nenhuma perda tissular) para se afastar do estímulo traumático ou bacteriano. Na realidade, na clínica é quase constante encontrar que em uma profundidade maior da recessão corresponda uma altura menor de tecido queratinizado apical à exposição radicular. Isso é particularmente evidente em pacientes que têm um biotipo caracterizado por uma faixa ampla de tecido queratinizado e que são afetados por recessões múltiplas e com profundidade de variável.



Considerando a posição da junção mucogengival (JMG) “geneticamente determinada”, é fácil especular que antes do surgimento das recessões existisse uma faixa ampla de tecido queratinizado sobre todos os dentes adjacentes. Portanto, é provável que nos dentes onde se formou a recessão com profundidade maior tenha havido maior perda de tecido queratinizado e que, como consequência, resulte uma altura menor. Ao contrário, nos dentes com recessão menos profunda resulte uma altura maior de tecido queratinizado, enquanto a perda

de gengiva foi menor. Portanto, a hipótese de que a recessão gengival seja considerada uma perda de tecido queratinizado e não um simples deslocamento apical da margem gengival é valorizada pelo fato de que depois do reposicionamento coronário é possível observar um incremento em altura do tecido queratinizado vestibular. Este fenômeno é explicável se for considerada a tendência da JMG, reposicionada coronariamente durante a cirurgia, de recuperar a sua posição geneticamente determinada.

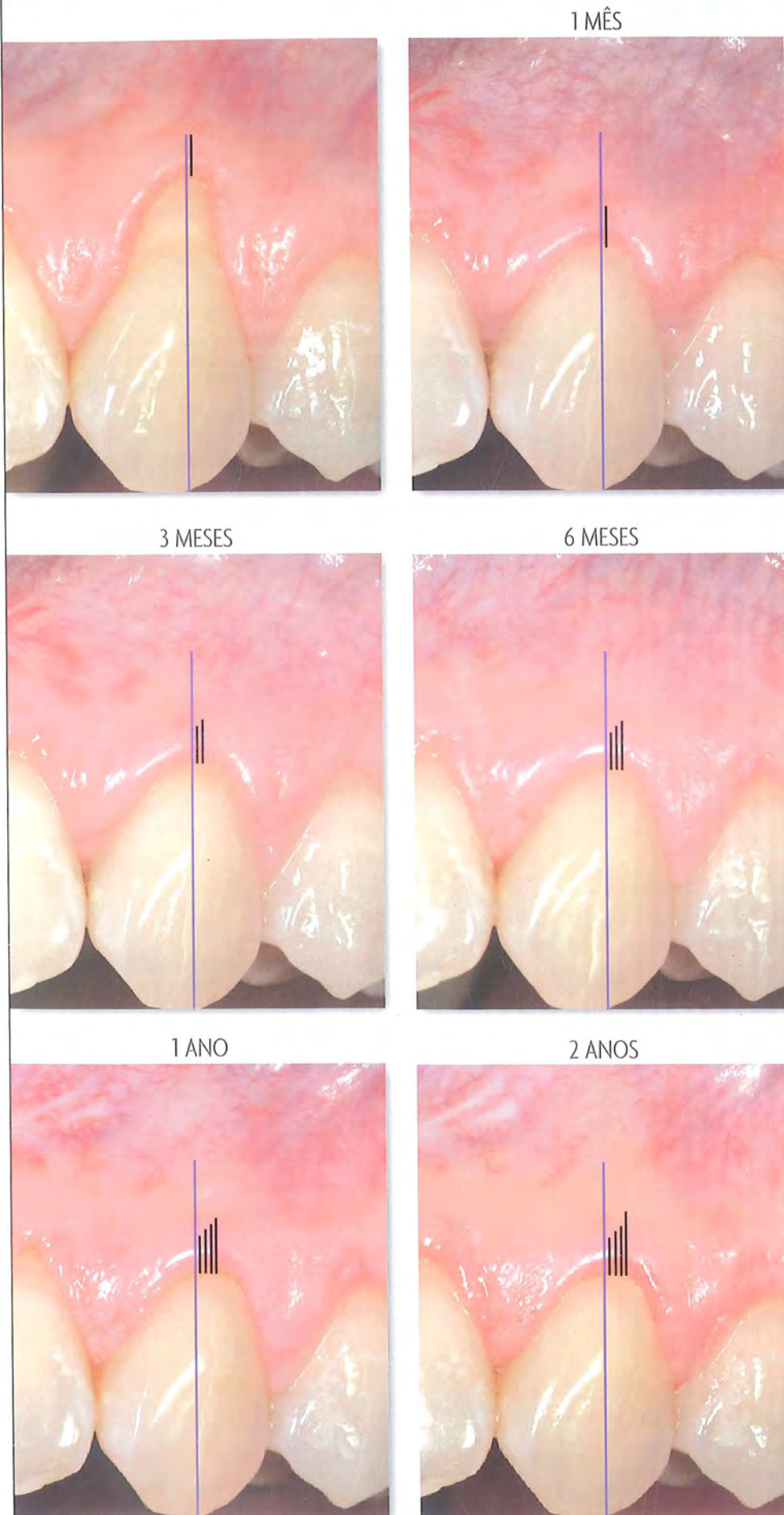


RECESSÃO GENGIVAL = PERDA DE GENGIVA



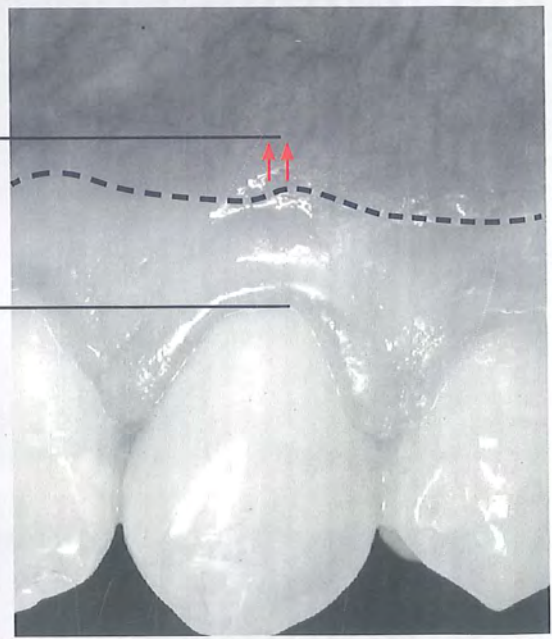
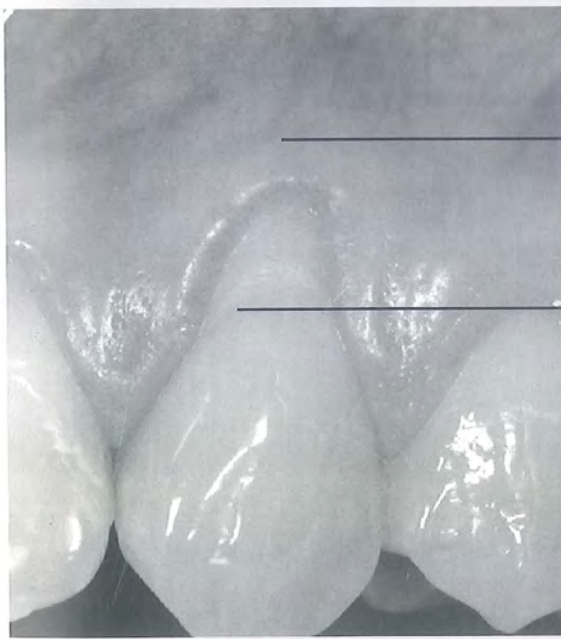
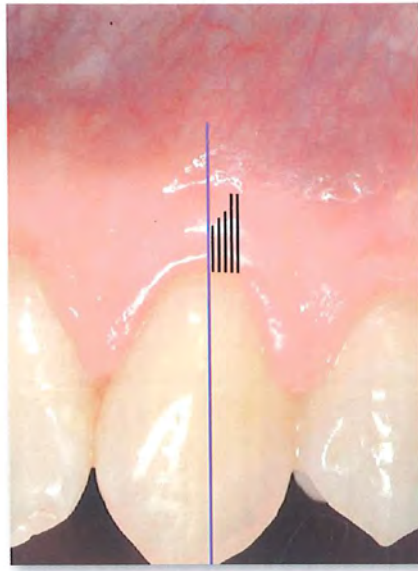
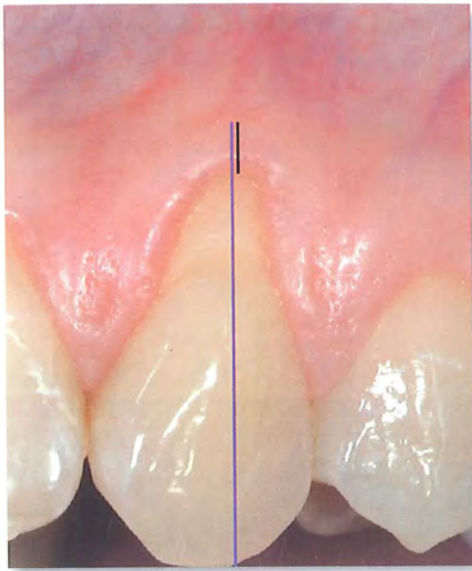
O lento, mas progressivo realinhamento da junção mucogengival (JMG) também explicaria a observação clínica de um maior **incremento pós-cirúrgico de tecido queratinizado nos dentes com recessão gengival mais profunda** em relação aos dentes afetados por exposições radiculares menos profundas.





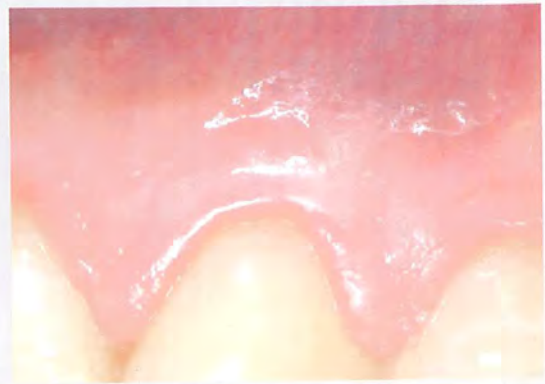
O incremento do tecido queratinizado depois do reposicionamento cirúrgico coronário é facilmente monitorável no caso de recessões gengivais isoladas em pacientes que apresentam faixa ampla de tecido queratinizado nos dentes adjacentes. Nos primeiros 6 meses, o incremento de tecido queratinizado é mínimo. Começa a ser clinicamente evidente depois de cerca de 1 ano da cirurgia e se torna-se cada vez mais significativo clinicamente nos anos seguintes.

5 ANOS



Devido ao incremento progressivo do tecido queratinizado, consequente do **realinhamento da JMG**, é concebível que, nos anos seguintes, exista crescimento

posterior até que a junção mucogengival tenha alcançado sua posição geneticamente determinada.



O incremento gengival que segue o reposicionamento coronário do tecido queratinizado, que remanesce apical às exposições radiculares, varia

de paciente para paciente e parece estar relacionado à posição geneticamente determinada da junção mucogengival.



5 ANOS



Para determinar esta posição, é aconselhável observar e medir a distância entre a margem gengival e a JMG no(s) dente(s) sem recessão gengival (*seta*) ou a distância JCE-JMG nos dentes com recessão gengival

menos profunda. Se tal distância é mínima, o incremento pós-cirúrgico de tecido queratinizado será mínimo (ao longo dos anos) sobre todos os dentes tratados.

Ao contrário, se a distância entre a margem gengival e a JMG no dente é elevada, e um incremento pós-cirúrgico

significativo de tecido queratinizado é previsível em todos os dentes tratados.



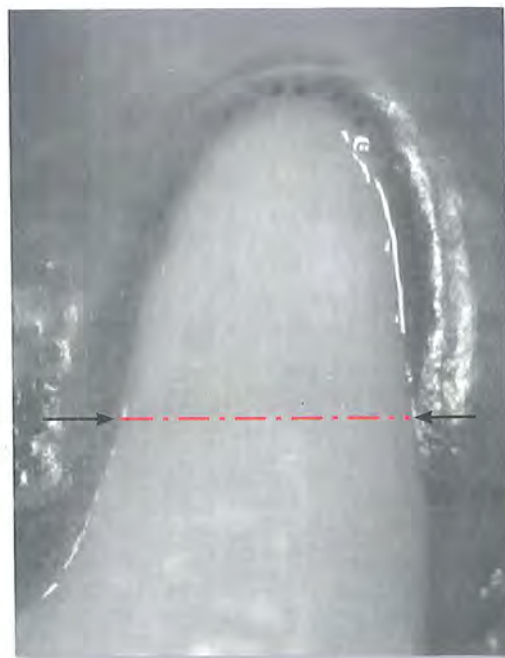
5 ANOS



Mensuração. A recessão gengival é mensurada como a distância entre a junção cimento-esmalte (JCE) e a margem gengival. O primeiro problema diz respeito à recuperação da JCE.



Em muitos dentes afetados por recessão gengival, a JCE não é mais evidenciável. Na maioria desses dentes estão presentes abrasões cervicais associadas a recessões gengivais. É presumível que o fator traumático (traumatismo por escovação) tenha agido na região cervical do dente, provocando a princípio a recessão gengival e, posteriormente, a abrasão. É bastante improvável que o traumatismo abrasivo esteja limitado apenas à raiz exposta, mais provavelmente esse envolve toda a área cervical do dente, incluindo tanto o esmalte quanto o cimento radicular, determinando assim o desaparecimento da linha anatômica de separação entre coroa e raiz.



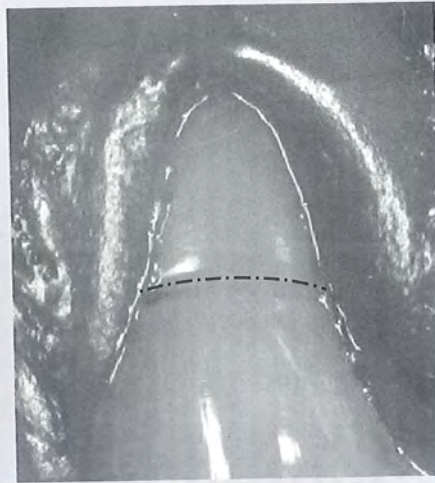
Frequentemente, uma visão aproximada (utilizando sistemas ópticos de aumento) de recessões gengivais associadas a abrasões cervicais permite evidenciar a presença de uma linha ligeiramente discrômica de separação entre o esmalte (não abrasionado) e a dentina da coroa (exposta após a abrasão do esmalte). Essa linha é, com frequência, erroneamente considerada a JCE. Esse erro diagnóstico leva à inexactidão na mensuração da recessão gengival.

Para evitar isso, é importante que o clínico observe atentamente a aparência da linha que considera ser a junção cimento-esmalte. A JCE anatômica tem, de fato, uma

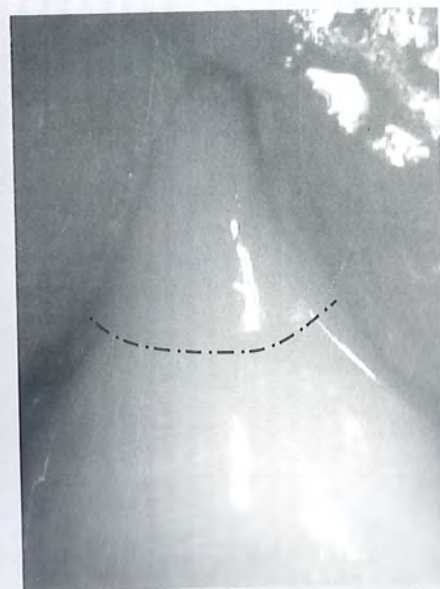
aparência festonada, mais ou menos arqueada, dependendo do morfotipo tissular ao qual pertence o paciente e é leve e uniformemente detectada.

Ao contrário, na maioria parte dos casos, as linhas discrômicas de abrasão têm aparência plana. O diagnóstico diferencial entre a linha de abrasão e a JCE anatômica é mais difícil nos dentes diastólicos (pré-

molares e molares), caracterizados por uma aparência mais plana da JCE também em pacientes com morfotipos festonados.



Portanto, também nestes casos, uma observação cuidadosa (sob lentes de aumento) permite distinguir a aparência reta (ou às vezes côncava) da linha de abrasão daquela mais arqueada-convexa da JCE anatômica.



6



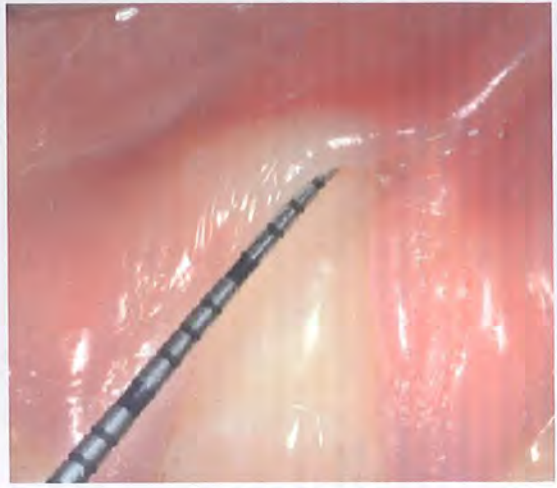
O diagnóstico diferencial entre linhas de abrasão e JCE é facilitado pela análise do perfil do dente afetado, com recessão. As linhas de abrasão representam, de fato, uma clara ruptura da superfície do esmalte, com formação de um degrau entre a face abrasionada e aquela não abrasionada.



Quanto mais profundo o degrau, mais fácil o diagnóstico diferencial entre a JCE e a linha de abrasão.

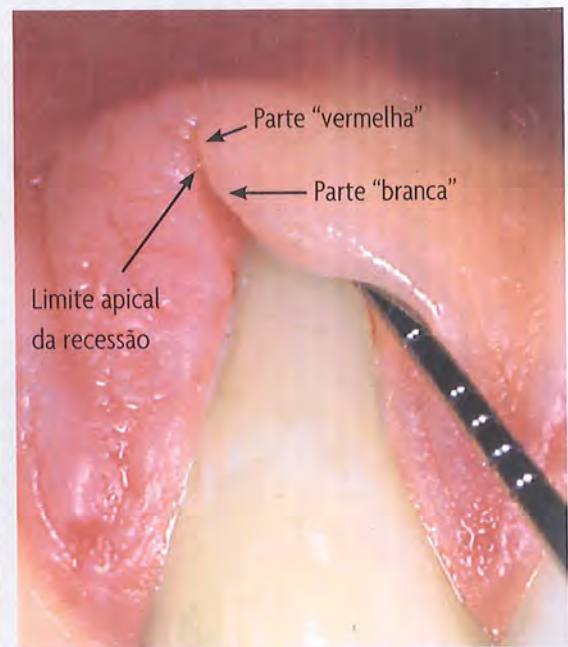
Outro problema na mensuração da recessão gengival decorre, às vezes, da dificuldade de definir com exatidão a posição da margem gengival. Isso ocorre, por exemplo, na presença de fissuras gengivais brancas (ver Cap. 15: *Tratamento das fissuras gengivais*), onde a destruição em toda espessura do tecido marginal leva à exposição patológica da superfície radicular. Na presença de recessões gengivais associadas a fissuras brancas, a exposição radicular termina no

limite mais apical da própria fissura, e este deve ser considerado a referência apical para a mensuração da profundidade da recessão. Quando a fissura é muito estreita, frequentemente é difícil diferenciar a cor (vermelha ou branca) e avaliar a extensão apical da parte branca. Para identificar o limite apical da exposição radicular, é necessário usar uma sonda que permita abrir os "lábios" da fissura e, portanto, medir a profundidade da recessão gengival.

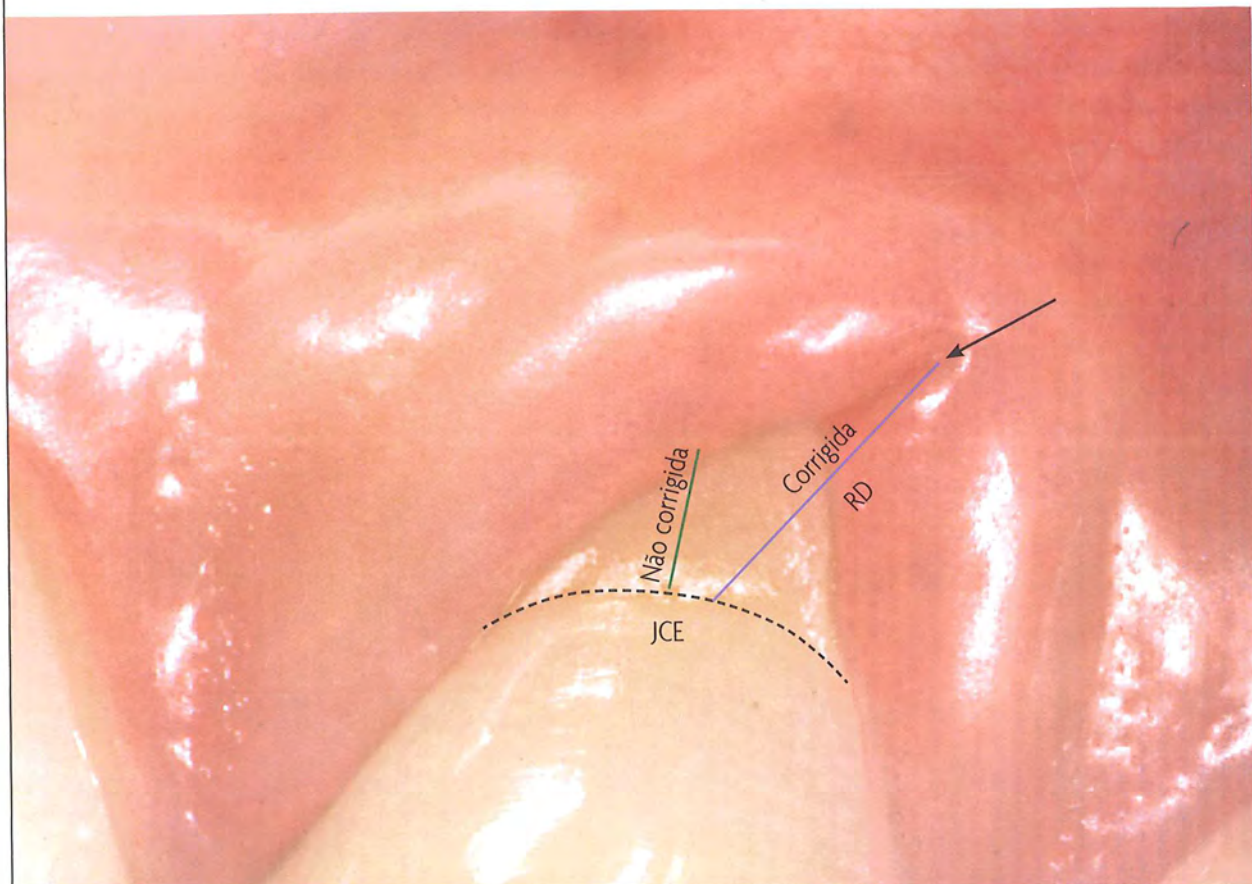


Às vezes com a sonda é possível evidenciar só a parte mais coronária da fissura que está branca, enquanto a parte mais apical não está ainda completamente interrompida e não existe, portanto, exposição da superfície radicular (fissura vermelha). Por isso,

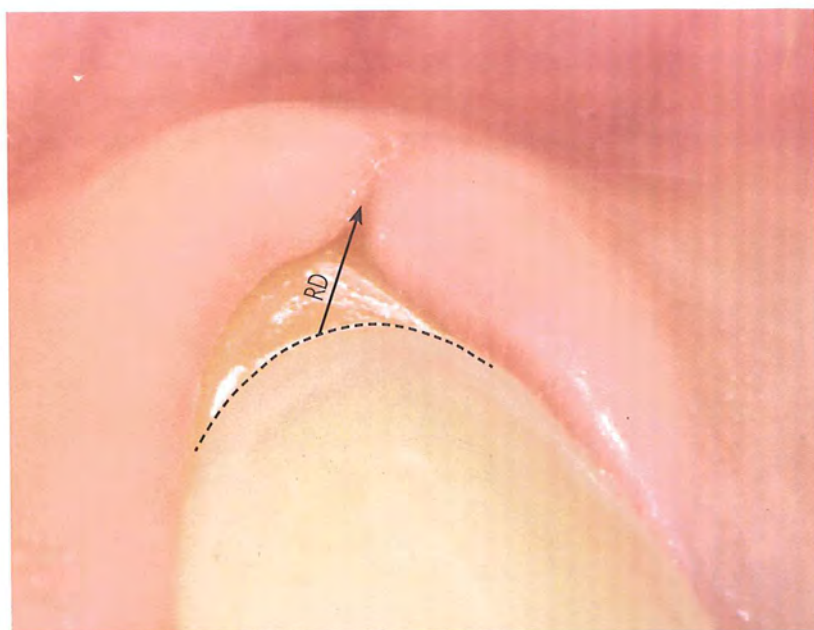
esta, uma vez eliminada a causa (traumatismo), tem a possibilidade de cicatrização com *restituto ad integrum*, a referência apical para medir a recessão deve sempre ser o limite mais apical da porção branca da fissura.



6



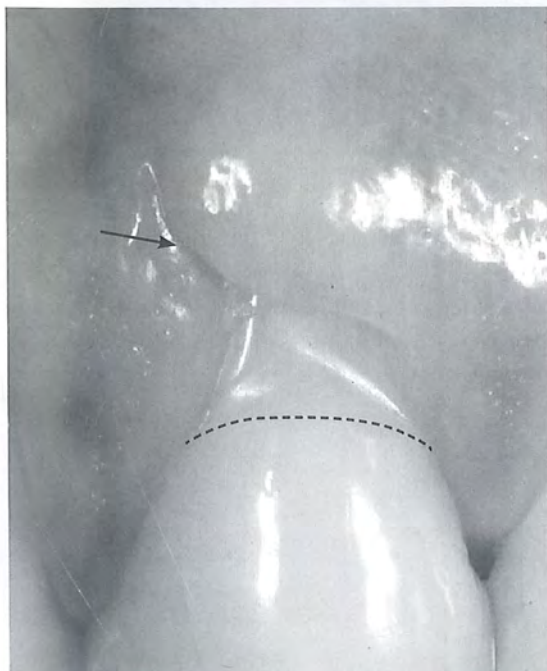
Portanto, a recessão gengival se mede como a distância entre a JCE e o limite mais apical da exposição radicular.





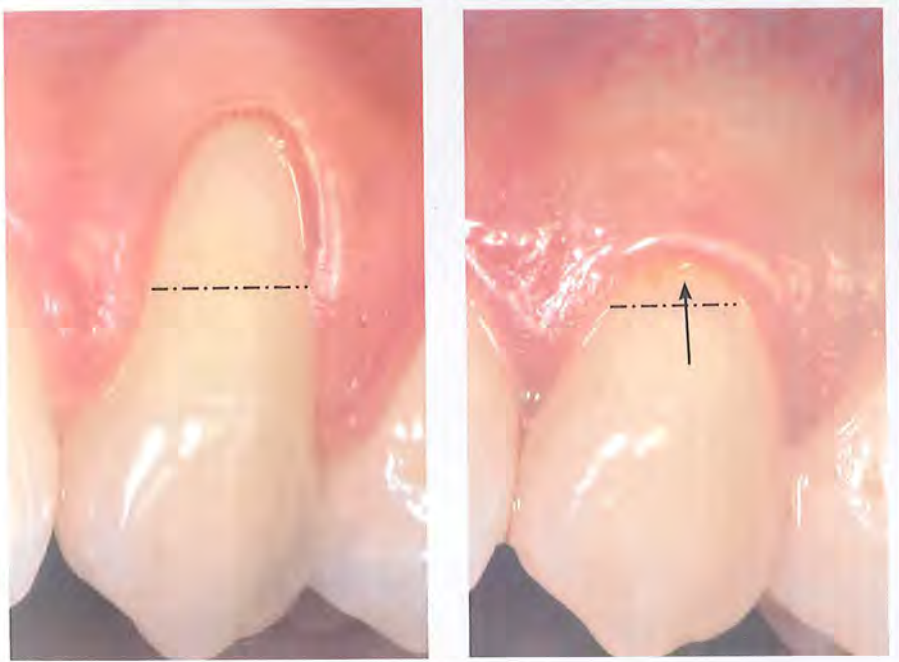
Às vezes, no mesmo caso clínico coexistem os dois problemas relativos à mensuração da recessão: a dificuldade de identificação da JCE (para não, se confundir com a

linha de abrasão) e a dificuldade de encontrar o limite apical da exposição radicular (*seta*).



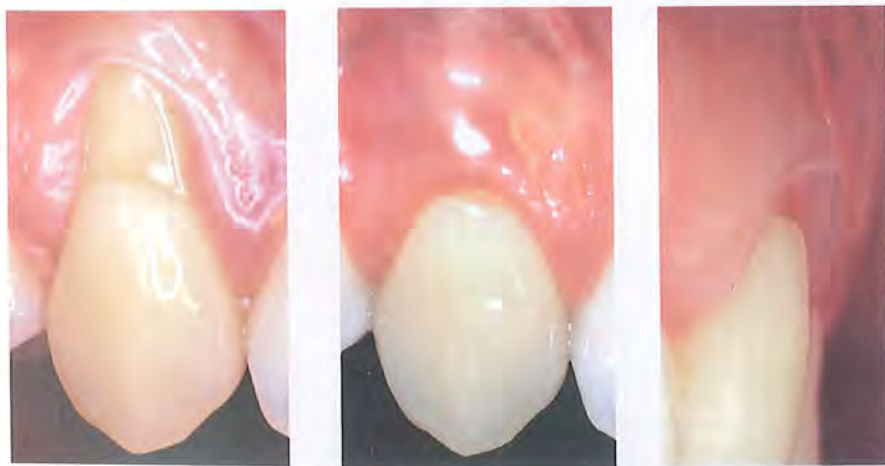
Avaliação da eficácia do tratamento. A eficácia do tratamento cirúrgico das recessões gengivais é medida em termos de “percentual de recobrimento radicular”, que representa o percentual de exposição radicular recoberta por tecido gengival e em termos de “recobrimento radicular completo”, que representa o percentual dos casos tratados, nos quais a margem gengival

encontra-se no nível ou coronária à JCE. Portanto, para a avaliação dos dois parâmetros de recobrimento radicular, é necessário reconhecer a JCE no dente. Assim, para as recessões gengivais nas quais não é possível identificar a JCE, não podemos julgar a eficácia do tratamento e, o mais importante, não podemos avaliar se o recobrimento radicular obtido com a cirurgia será “completo”.



*

*



Se uma linha de abrasão é erroneamente confundida com a JCE e, depois da cirurgia, esta não é recoberta pelo tecido gengival, o recobrimento radicular é erroneamente considerado incompleto. Frequentemente, depois da cicatrização, o paciente considera raiz o aparecimento de uma área mais amarela (*seta*) em nível cervical. Isso o leva a julgar uma falência (pelo menos parcial), o êxito do tratamento cirúrgico. A área amarela é dentina exposta – que em seguida da terapia antimicrobiana pós-cirúrgica com clorexidina pigmenta-se mais do que o esmalte –, que pertencendo à coroa anatômica do dente não é recobrível com os tecidos moles. Quanto mais profunda é a abrasão, mais difícil a manutenção higiênica por parte do paciente. De fato, no degrau da abrasão se forma uma profundidade que facilita o acúmulo de placa bacteriana e torna-se região de hipersensibilidade dentinária e de suscetibilidade à cárie.

* Journal of Periodontology 77(4) by G. Zucchelli. Copyright 2006 by American Academy of Periodontology. Reprinted by permission of American Academy of Periodontology.



A falta de parâmetros de referência (JCE) não permite avaliar, em termos numéricos o nível de recobrimento radicular obtido no tratamento de recessões múltiplas. Portanto, não é possível demonstrar se a

técnica cirúrgica adotada obteve recobrimento radicular completo, como era nas potencialidades do tratamento de recessões gengivais de Classes I e II de Miller.



Prognóstico. A integridade da sustentação periodontal (osso e inserção) interproximal é o fator fundamental para obter recobrimento radicular completo. Todavia, existem algumas condições locais nos dente(s) com recessão gengival que podem limitar o recobrimento radicular também na presença de uma sustentação interdental íntegra. Estas são: A) perda de altura da(s) papila(s) interdental(is) também sem perda concomitante da inserção interproximal; B) rotações dentárias; C) extrusões dentárias com D) ou sem abrasão oclusal.



PERDA DE ALTURA DA PAPILA INTERDENTAL

Em pessoas com morfotipo fino e festonado, as papilas interdentais são altas e estreitas e, quando saudáveis, preenchem o espaço interdental até o ponto de contato. O vértice das papilas interdentais é bastante delicado por isso histologicamente caracterizado por um epitélio sustentado por tecido conjuntivo fino e, portanto, escassamente umidificado. O uso impróprio de instrumentos higiênicos interdentais pode traumatizar o vértice das papilas e causar recessão da papila interdental. Nesta situação, não há perda do nível de inserção nem de osso alveolar interdental. Do ponto de vista cirúrgico, a papila interdental representa o leito vascular de ancoragem dos tecidos moles destinados ao recobrimento radicular e perda na altura das papilas reduz a potencialidade de reposicionamento coronário dos tecidos moles. Portanto, extrapolando a partir da definição de Miller, podemos dizer que *um dente com recessão gengival, sem perda de inserção e de osso interproximal, necessita de determinada altura das papilas interdentais para que se possa obter o recobrimento radicular completo; se tal altura é reduzida, também diminuirá, como consequência, o recobrimento radicular.*

ROTAÇÕES DENTÁRIAS

Um dente girado muda a relação topográfica entre a JCE e as papilas interdentais mesiais e distais com o dente com recessão: isto é, cria-se uma situação na qual, por um lado (mesial no caso apresentado na figura B) a JCE se “aproxima” do vértice da papila, enquanto do outro (distal) se “afasta”. A situação na qual a JCE se aproxima do vértice da papila configura uma condição de redução da altura da papila interdental (também neste caso sem perda de inserção e de osso interproximal) similar ao caso de perda traumática do vértice da papila. A única diferença é que, enquanto a perda traumática pode afetar uma ou as duas papilas interdentais do dente afetado por recessão, no caso da rotação, a redução em altura afeta sempre apenas uma das papilas interdentais. Qualquer técnica de recobrimento radicular não conseguirá recobrir uma porção de raiz em correspondência do lado no qual existe uma “redução na altura da papila” e este com frequência é erroneamente interpretado pelo paciente como insucesso no recobrimento radicular.

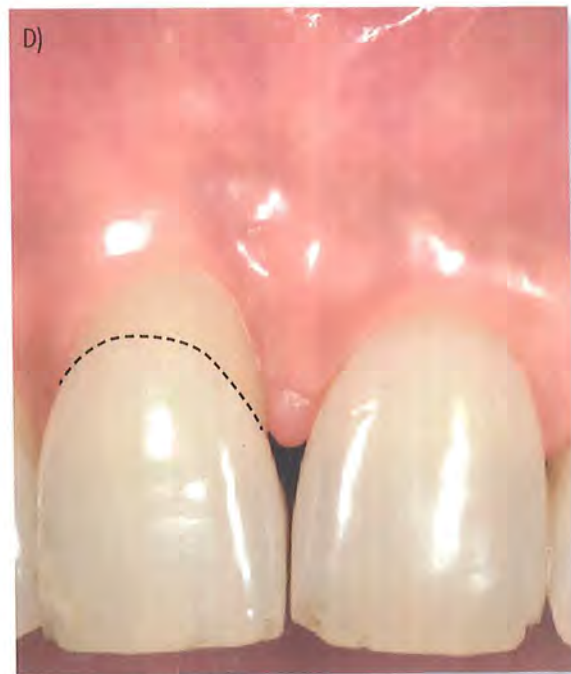
EXTRUSÃO DENTÁRIA

A falta do dente antagonista ou desordens oclusais mais complexas podem provocar a extrusão de um único dente sem a extrusão concomitante dos tecidos periodontais de sustentação interdental. A extrusão dentária “aproxima” a JCE do vértice de ambas as papilas interdontais, criando uma condição de redução bilateral da altura das papilas interdontais. Portanto, também neste caso, não é possível recobrir a recessão gengival até a JCE e a persistência de uma porção com raiz exposta, com dimensão apicocoronária correspondente à magnitude da extrusão dentária, não deve ser considerada um insucesso da técnica cirúrgica.



ABRASÃO OCLUSAL

Situações oclusais particulares (mordida topo a topo) ou hábitos parafuncionais mais complexos podem provocar fenômenos significativos de abrasão oclusal. A abrasão oclusal é acompanhada frequentemente por extrusão progressiva do dente (que continua a irromper para alcançar o contato com o antagonista) que, como mencionado, determina uma condição de redução bilateral da altura das papilas interdontais. Portanto, um dente com abrasão oclusal é frequentemente um dente extruído e, como consequência, não poderá ter um recobrimento radicular completo (na JCE) na presença de recessão gengival.



LEITURAS RECOMENDADAS

ABRAMS H. Gingival sequela from a retained piece of dental floss. *J Am Dent Assoc* 1983 Jan;106(1):57-8.

AINAMO J, LÔE H. Anatomical characteristics of gingiva. A clinical and microscopic study of the free and attached gingiva. *J Periodontol* 1966;37(1):5-13.

AINAMO A, BERGENHOLTZ A, HUGOSON A, AINAMO J. Location of the mucogingival junction 18 years after apically repositioned flap surgery. *J Clin Periodontol* 1982;9:49-52.

BERTRAND PM, DUNLAP RM. Coverage of deep, wide gingival cleft with free gingival autografts: root planing with and without citric acid demineralization. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1988;8:65-77.

GILLETTE WB. Ill effects of improper oral hygiene procedure. *J Am Dent Assoc* 1980 Sep;101(3):476-80.

HALLMON WW, WALDROP TC, HOUSTON GD, HAWKINS BF. Flossing clefts. Clinical and histologic observations. *J Periodontol* 1986;57:501-504.

NOVAES AB, RUBEN MP, KON S, GOLDMAN HM, NOVAES AB JR. The development of periodontal cleft. A clinical and histopathologic study. *J Periodontol* 1975;46:701-709.

WALTERS JD. Periodontal bone loss associated with an improper flossing technique: a case report. *Int J Dent Hyg* 2003 May;1(2):115-9.

ZUCHELLI G, MELE M, STEFANINI M, MAZZOTTI C, MOUNSSIF I, MARZADORI M, MONTEBUGNOLI L. Predetermination of Root Coverage. *J Periodontol* 2010;81(7):1019-1026.X

ZUCHELLI G, TESTORI T, DE SANCTIS M. Clinical and anatomical factors limiting treatment outcomes of gingival recession: a new method to predetermine the line of root coverage. *J Periodontol* 2006;77(4):714-21.