

Artigos Científicos

**DISPOSITIVO PARA PROTEÇÃO DO PALATO APÓS RETIRADA
DE ENXERTO CONJUNTIVO. UMA ALTERNATIVA CLINICA**

*Device for Protection of the Palate, after Withdrawal of Connective
Graft. A Clinical Alternative*

José Roberto Camargo Bazone Filho¹

Marcelo Yoshimoto²

Reinaldo Macedo Fraga¹

Suzana Morimoto²

Sergio Allegrini Jr²

1- Aluno do Mestrado em Boodontologia da Universidade Ibirapuera.

2- Professor do Mestrado em Boodontologia da Universidade Ibirapuera.

Autor para Correspondência:

José Roberto Camargo Bazone Filho
Faculdade de Odontologia-Universidade Ibirapuera
End.: Av. Interlagos, 1329 – Chácara Flora- CEP:04661-100
São Paulo, SP. Brasil
E-mail:jrbazone@hotmail.com

Artigos Científicos

RESUMO

Após perda de elementos dentais, ocorre processo de reabsorção de algumas paredes do osso alveolar pré-existente. A recuperação estética em possível tratamento com implantes orais exige recuperação dos componentes gengivais permitindo uma melhor reconfiguração estética. Enxertos gengivais são retirados do palato para serem inseridos em zonas receptoras com existência de defeitos ósseos. Estas zonas doadoras, devido à sua localização, devem ser devidamente protegidas. Normalmente são utilizados cimentos cirúrgicos. Este trabalho visou mostrar uma alternativa de procedimento cirúrgico pós-operatório, utilizando dispositivo acrílico oclusivo e protetor para a zona doadora de enxerto conjuntivo do palato. O acompanhamento de um caso clínico evidenciou melhora na sensibilidade local e na cicatrização da ferida cirúrgica. O dispositivo utilizado favoreceu o bem-estar do paciente durante a fase de reparação tecidual.

ABSTRACT

After loss of dental elements, a process of reabsorption of some walls of the pre-existing alveolar bone occurs, impairing the gingival contour, and consequently, its pattern. The following treatment with oral implants requires the recovery of the gingival components, allowing a better aesthetic reconfiguration. Gingival grafts are removed from the palate to be inserted into recipient sites where bone defects are found. These donor sites, due to their location, must be adequately protected. Surgical cements are usually used. This work aimed to show an alternative of postoperative surgical procedure, using occlusive and protector acrylic device for the donor zone of connective graft of the palate. The follow-up of a clinical case showed an improvement in local sensitivity and wound healing. The device used favored the well being of the patient during the tissue repair phase.

Descritores: enxerto, tecido conjuntivo, implantes, cicatrização.

Descriptors: Graft, connective tissue, implants, healing

Artigos Científicos

INTRODUÇÃO

Há décadas a estética tem sido um fator preocupante na implantodontia, porém, essa estética não se limita apenas ao dente a ser substituído, mas também a harmonia entre a estética branca e estética vermelha, ou seja, entre os dentes e os tecidos gengivais periimplantares. Muitos estudos estão sendo feitos na tentativa de diminuir as perdas de tecidos moles e papilas interdentais, assim como defeitos de rebordo Kan¹.

Sabemos que a melhor terapia até o momento, para mudanças de biótipos gengivais nos dentes com retrações e em implantes, são os enxertos de tecido conjuntivo subepitelial (ETCS) retirado do palato do próprio paciente. Este modelo de enxertia é considerado o padrão ouro em termos de opções para o tratamento de aumento da espessura do tecido ceratinizado. Além de aumentar a quantidade de gengiva ceratinizada, os ETCS melhoram o metabolismo no sitio receptor, servindo como importante ferramenta na manutenção do selamento biológico ao redor do implante, pela reposição de uma faixa de gengiva inserida Edel & Faccini²; Edel³. O ETCS quando utilizados sozinho ou associados à regeneração óssea

guiada (ROG), contribuem em longo prazo na sobrevida dos implantes Branemark⁴.

A retirada dos ETCS da região do palato duro resulta ao paciente uma maior morbidade local, pois em muitos dos casos, não se consegue uma boa aproximação dos cotos gengivais existindo uma pequena zona cruenta exposta à cavidade oral. Conscientes da existência de dois leitos cirúrgicos (Zona doadora e Zona Receptora), os pacientes relatam que a zona que causa maior desconforto é freqüentemente identificada como sendo a área doadora. Devido à sua localização, os indivíduos em pós-operatório comentam que ao se alimentarem ocorre um contato direto da massa do bolo alimentar além e claro do contato da língua gerando desconforto na ferida cirúrgica. Até o momento, na maior parte dos casos, os Cirurgiões Dentistas fazem uso de cimentos cirúrgicos para cobertura e proteção leito doador, ou deixam simplesmente o local sem nenhuma proteção o que proporciona um desconforto local. Com intuito de substituir o cimento cirúrgico ou diminuir a morbidade local quando da existência de sangramento local sem proximidade efetiva dos cotos gengivais, foi idealizado um dispositivo

Artigos Científicos

acrílico de proteção do palato duro durante pós-operatório imediato e tardio, evitando o contato tanto da língua, quanto de possíveis alimentos que possa vir a entrar em contato com o local operado.

RELATO DO CASO CLÍNICO

Um paciente homem com 43 anos relatando ausência de elemento dental nº 21 compareceu ao atendimento de implantodontia oral na clínica odontológica da Universidade Ibirapuera. O paciente relatou perda de elemento por trauma local devido a acidente automobilístico resultando na avulsão do elemento dental. A avaliação local demonstrou existência de leito cirúrgico com suficiente tecido ósseo para instalação de um implante osteointegrado existindo, contudo, pequeno defeito na tábua óssea vestibular. Durante avaliação intra oral foi idealizado procedimento cirúrgico com retirada de uma pequena quantidade de tecido mole gengival da porção palatal a ser inserido entre a tábua óssea externa e retalho de tecido mole no local de inserção do implante dental. Antes do procedimento cirúrgico, o paciente passou pelo departamento de prótese para que fosse realizada uma

moldagem e confecção de modelo de gesso da região maxilar.

Por sobre modelo de gesso foram confeccionados 2 grampos (gota) em fio ortodôntico, passando pela distal dos segundos molares até a vestibular dos mesmos (figura 1). Com auxílio de um pincel nº 4 (tigre) isolou-se o modelo de gesso com solução isoladora para resina acrílica (cel-lac®), aguardando-se em torno de 10 minutos até secagem final do mesmo. Foi então separado material resinoso acrílico disponível em pó/liquido misturado em um pote tipo dappin seguindo a orientação e proporções recomendadas pelo fabricante (Clássico). Após a mistura e espera da fase plástica do produto o material foi vertido ao modelo de gesso com o auxílio de uma espátula número 31 até se obter o modelamento adequado da resina na forma e espessura desejada. Em seguida o modelo de gesso foi encaminhado para equipamento de polimerização com intuito de remover possíveis bolhas de ar existentes no material resinoso (EDG), favorecer a confecção de brilho e diminuir existência de monômero residual. Após polimerização removeu-se o dispositivo acrílico com auxílio de um instrumento (espátula nº 7) terminando acabamento com fresas e

Artigos Científicos

borrachas específicas para resina acrílica. O polimento final foi realizado com auxílio de torno com escovas de pêlo nº 10 utilizando como meio lubrificante a pedra pomes umedecida com água, obtendo brilho final com uma pasta de polimento (Ivoclar Vivadent) em uma escova de flanela. (Fig. 2).



Figura 1: Dispositivo instalado no modelo



Figura 2: Dispositivo de proteção após polimerização e polimento.

A região escolhida como área doadora do tecido conjuntivo foi estipulada como sendo da região palatal, limitada de mesial do elemento dental 1º molar superior esquerdo até distal de elemento dental canino, para se distanciar de

estruturas nobres como a artéria palatina e nasopalatina. A Figura nº 4 ilustra a extensão das incisões a serem realizadas.



Figura 3: Prova de dispositivo acrílico inserido na região do palato observando-se adaptação local e disposição dos tecidos moles quando pressionados pela estrutura acrílica.

A técnica utilizada para a obtenção do enxerto de tecido conjuntivo é a denominada “Porta de Alçapão”, que consiste em fazermos uma única incisão (Ilustrado na fig. 4) na região de epitélio e duas incisões no tecido conjuntivo de forma a retirarmos uma fatia de conjuntivo sem comprometimento do tecido epitelial. Após a remoção do enxerto livre, foi obtido fechamento da ferida sob primeira intenção como evidenciado na figura 5.

Após incisão e retirada do tecido conjuntivo subepitelial, foi realizado fechamento dos cotos gengivais com um modelo de sutura X

Artigos Científicos

quadrado (Fig. 5). Foi utilizado fio de sutura 5X0 mononylon (Ethicon®). Foi então inserido dispositivo acrílico realizando pequena pressão em local devido à movimentação cirúrgica dos tecidos moles (Fig. 6)

O paciente retornou após 5 dias para se avaliar condição da região operada (Figs. 7 e 8), onde pode-se observar presença de tecido de reparação com coloração esbranquiçada, contudo paciente relatou pouca sensibilidade local.



Figura 4: Representação de linha da incisão para remoção de tecido conjuntivo.



Figura 5: Sutura X Quadrado



Figura 6: Dispositivo instalado em boca, demonstrando a adaptação de suas porções marginais assim como possível estabilidade e proteção da ferida cirúrgica.



Figura 7: Após 5 dias de pós-operatório pode-se observar pequena região de reparação tecidual, porém com efetiva proteção do local traumatizado.

Durante esta fase, o paciente foi orientado a permanecer com o dispositivo até a retirada total dos pontos em 10 dias de pós-operatório (Fig. 9). O paciente foi orientado a permanecer com o dispositivo acrílico para evitar comprometimento da área em reparação provocada por alimentos sólidos e/ou muito ácidos.



Figura 8: Avaliação do local traumatizado sem dispositivo de proteção. Vista da sutura após 5 dias do procedimento

Após 15 dias de pós-operatório, devido à proteção local realizada através do dispositivo acrílico, pode-se observar fechamento bastante acelerado dos tecidos moles sem sensibilidade ao toque. (fig. 10)



Figura 9: Imagem do pós-operatório com 10 dias.



Figura 10: Vista da ferida após 15 dias.

DISCUSSÃO

As retrações gengivais têm sido alvo de muitos estudos, pois suas conseqüências e causas são freqüentemente relatadas pelos pacientes, como problemas estéticos e de sensibilidade local ao frio e até mesmo ao calor.

De acordo com a literatura pesquisada Saade⁵, Baker, Seymour⁶ e Borghetti & Monnet-Corti⁷ as principais causas de recessão gengival são multifatoriais como: doença periodontal, inserção de freios e bridas, escovação traumática, mau posicionamento dental, trauma oclusal, fatores iatrogênicos, deiscências ósseas devido à tratamento ortodôntico e predisposição genética.

A classificação das retrações mais utilizada até hoje pelos profissionais da saúde oral foi descrita

Artigos Científicos

por Miller⁸, dividindo suas morfologias em quatro classes: Classe I – a recessão não ultrapassa a junção mucogengival e não há perda de tecidos interproximais. Classe II – recessão estendendo-se até ou além da junção mucogengival, sem perda óssea ou tecido mole interproximal. Classe III – recessão do tecido marginal estendendo-se até ou além da junção mucogengival, com perda óssea ou tecido mole apical à junção cimento-esmalte, porém coronária à extensão apical da recessão do tecido marginal. Classe IV – a recessão estende-se além da junção mucogengival, existe perda óssea interdentária que se estende a um nível apical em relação à recessão do tecido marginal. Não há previsibilidade de recobrimento, sendo este quase impossível.

Essa classificação é baseada na quantidade dos tecidos periodontais interproximais, osso e gengiva e define também a previsibilidade de sucesso dos recobrimentos radiculares.

Quanto à utilização dos tecidos conjuntivos utilizados em zona receptoras, estudos ⁹ afirmam que o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial promove neoformação de tecido conjuntivo sobre a raiz e mudança do biótipo gengival. Quanto

à zona estética, alguns estudos Brito ¹⁰ e Duarte¹¹ são totalmente enfáticos em dizer que a técnica de enxerto de conjuntivo subepitelial, tem total previsibilidade e sucesso quando bem indicada, o que a torna a primeira opção para se obter bons resultados de morfologia anatômica e coloração final dos tecidos moles.

Segundo Langer ¹² a retirada de enxertos gengivais autógenos na área doadora, gera ao paciente um grande inconveniente, não só pela sensibilidade pós-cirúrgica, como pela dificuldade à sua obtenção de grandes quantidades de tecido conjuntivo. Segundo Bosco¹³ os cirurgiões dentistas devem ter um grande cuidado não somente com o manuseio dos tecidos existentes na área receptora, mas também com a região doadora, para que o paciente responda de uma forma mais apropriada à cicatrização tecidual além de apresentar menos sensibilidade local. Genco ¹⁴, descreveram que uma completa cicatrização local ocorre em torno de 14 a 21 dias. Quanto a técnica operatória e instrumentos utilizados para estes procedimentos, Harris ¹⁵ desenvolveu um bisturi de lâmina dupla para facilitar a remoção do enxerto, diminuindo tempo cirúrgico e

Artigos Científicos

proporcionando um melhor pós-operatório ao paciente.

Quando nos focamos à proteção da zona doadora, alguns autores Lindhe¹⁶ comentam que simplesmente aproximam os cotos incisados e realizam a contenção com suturas enquanto outros profissionais Genco¹⁴ acabam fazendo uma proteção da área doadora com cimento cirúrgico ou também com membranas de colágenos. Borghetti & Monnet-Corti⁷ indicam a necessidade de proteção pós-operatória com cimento cirúrgico associada a bochechos de clorexidina por 15 dias, pois assepsia do enxerto é importante, para cicatrização da área doadora.

Com intuito de proporcionar um melhor conforto ao paciente, desenvolvemos a idéia de proteção do local traumatizado com o dispositivo descrito acima. Este dispositivo foi assim confeccionado como uma opção na proteção da região doadora. Além da proteção contra o impacto de alimentos sólidos e ácidos para com a região lesionada, este dispositivo proporcionou uma diminuição nas queixas de desconforto dos pacientes durante o pós-operatório imediato e tardio podendo ser uma boa opção e idéia para outros profissionais que

utilizam esta técnica operatória em casos de periodontia e implantodontia.

CONCLUSÃO

O dispositivo acrílico desenvolvido para proteção local da ferida cirúrgica evitou a agressão mecânica promovida por alimentos sólidos assim como por alimentos ácidos. A reparação tecidual foi mais acelerada e eficiente com menor desconforto relatado pelo paciente. Este dispositivo pode ser indicado para proteção de feridas pós-cirúrgicas na região do palato.

REFERÊNCIAS

- 1 - Kan JY, Rungcharassaeng K, Lozada JL. Bilaminar Subepithelial Connective Tissue Grafts for Immediate Implant Placement and Provisionalization in the Esthetic Zone. *CDA* 2005;33(11):865-871.
- 2 - Edel A, Fuccini JM. Histological Changes following the grafting of connective tissue into human gingival. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology* 1977;43:190-195
- 3 - Edel A. The use of a connective tissue graft for closure over an immediate implant covered with an occlusive membrane. *Clin Oral Implants Res* 1995;6:60-65
- 4 - Branemark PI, Svensson B, Van Steenberghe D. Ten-year survival rates of fixed prostheses on four or six implants ad modum Branemark in full edentulism. *Clin Oral Implants Res* 1995;6:227-31.
- 5 - Saade J, Bassani M. Cirurgia plástica periodontal – recobrimento radicular. In: Cardoso RJA, Gonçalves EAN. 20o Congresso Internacional de

Artigos Científicos

Odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 2002; 5(14): 201-48.

6 - Baker DL, Seymour GJ. The possible pathogenesis of gingival recessions. A histological study of induced recession in the rat. *J Clin Periodontol* 1976; 3(4):208-19.

7 - Borghetti A, Monnet-Corti V. *Cirurgia plástica periodontal*. Porto Alegre: ARTMED; 2002.

8 - Miller PD. A classification of marginal tissue recession. *Int J Period Rest Dent* 1985; 5(2):9- 13.

9 - Harris RJ. Successful root coverage: a human histologic evaluation of a case. *Int Rest Dent* 1999; 19(5):439-47.

10 - Brito MCT, Amoras ACB, Souza EM, Oliveira MR, Grechi SLA. Considerações clínicas e biológicas do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial no tratamento de recessões gengivais. *J Bras Endo/Perio* 2001; 2(7):317-23.

11 - Duarte AC. Tratamento cirúrgico e não-cirúrgico. In: Duarte AC. *Cirurgia periodontal pré-protética e estética*. 1ª ed. São Paulo: Santos2002; 1,3-19.

12 - Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol* 1985; 56(12):715-20.

13 - Bosco AF, Pereira SL da S, Lacerda Júnior N, Milanezi LA. Análise clínica das áreas doadoras de enxerto gengival livre. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1996; 50(6):515-21.

14 - Genco RJ, Cohen DW, Goldman HM. *Periodontia contemporânea*. 3ª ed. São Paulo: Santos; 1999. 651.

15 - Harris RJ. The connective tissue and partial thickness double pedicle graft: a predictable method of obtaining root coverage. *J Periodontol* 1992; 63(5):477-86.

16 - Lindhe J, Karring T, Lang NP. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral*. Rio de Janeiro: editora guanabara koogan, 2005.