



## ENXERTO GENGIVAL LIVRE – RELATO DE CASO

**Vanessa Aparecida Hermann Calamara** <sup>1</sup>

**Aline Agnês** <sup>2</sup>

Professor Orientador: Dr. Rodrigo Cavassim <sup>3</sup>

Modalidade de Apresentação: Comunicação oral

### INTRODUÇÃO

Paciente R. S., 44 anos, sexo feminino, compareceu à clínica da Uniuv apresentando uma recessão gengival no elemento 31, caracterizada pela migração da gengiva marginal para apical. Segundo a classificação de Muller (1985), a recessão corresponde à Classe I, na qual a recessão do tecido marginal não vai além da junção mucogengival; não há perda de tecido ósseo ou mole na região interproximal e a cobertura radicular pode chegar a 100%. Dentre as técnicas disponíveis, foi optado, fazer um enxerto gengival livre, apesar de algumas desvantagens como, a coloração que fica mais clara que a gengiva inserida, mas como a área receptora não se tratava de área estética, não foi um fator para descartar o enxerto gengival livre. Outra desvantagem é que a área doadora, no palato, tem cicatrização por segunda intenção, fazendo com que o pós-operatório seja um pouco mais doloroso e demorado. A vantagem é que o recobrimento com enxerto gengival livre tem uma camada de epitélio queratinizado proporcionando maior resistência ao periodonto contra injúrias mecânicas que o sulco gengival normalmente recebe. O objetivo desse enxerto é recobrir a raiz exposta, total ou parcialmente, diminuindo a dificuldade de higienização e piora progressiva da recessão.

### METODOLOGIA

Após realizados os exames clínico e radiográfico, verificaram-se condições favoráveis à realização do procedimento cirúrgico. Em complementação ao exame clínico e radiográfico, foram solicitados exames de sangue, a fim de assegurar-se de nenhuma contraindicação sistêmica ao procedimento cirúrgico. Constatou-se, por meio do exame periodontal, que a paciente não apresentava doença periodontal que contraindicasse o procedimento, tendo apenas presença de cálculo supragengival na região de incisivos inferiores. Na semana que antecedeu a cirurgia, foi realizada a raspagem e alisamento radicular com Curetas de Gracey 5-6, e polimento coronário e radicular com escova de Robinson e pasta profilática. Foi realizado um ajuste oclusal, visto que o dente 31 apresentava contato prematura. O procedimento cirúrgico foi realizado sob anestesia local com Mepivacaina 2% com epinefrina 1:100.000 na região anterior da mandíbula. A incisão foi realizada seguindo a linha muco gengival, seguida da divisão do retalho e rompimento das fibras do freio labial

<sup>1</sup> Acadêmica do 8º semestre do Curso de Odontologia da Uniuv. E-mail: vanehermann@gmail.com

<sup>2</sup> Acadêmica do 6º semestre do Curso de Odontologia da Uniuv. E-mail: alihagnes@gmail.com

<sup>3</sup> Professor da UNIUV e pesquisador na área de Formação de Professores. E-mail: prof.rodrigo@uniuv.edu.br



inferior, sem descolar perióstio. Para tal, utilizou-se uma lâmina de bisturi número 15c, com aproximadamente 1cm de extensão; indo aproximadamente do dente 32 até o 41. Foi realizada a desepitelização das papilas adjacentes até a área da frenectomia. Na sequência, foi medida a área receptora e com um papel cartão estéril, feito um guia. Então, colocada uma gaze umedecida no soro, para evitar a desidratação enquanto obtinha-se o enxerto do palato. No palato, feita anestesia local com o mesmo anestésico, colocando o guia na área doadora, fazendo a incisão contornando o guia com lâmina 15c, removido o enxerto de tamanho aproximado ao do guia e após mantido em solução fisiológica até sua sutura no leito receptor. Feita a sutura no palato com fio de sutura de seda 4.0, no sentido anteroposterior e laterolateral formando uma tela para reter o coágulo. Optado pelo fio de seda por ser mais macio, e não ficar muito desconfortável para a paciente. Foi refinado o enxerto com lâmina 15c, até que atingisse uma espessura adequada para a área receptora. Colocado o enxerto na área receptora, foi iniciada a sutura do enxerto ao perióstio com fio de sutura reabsorvível 6.0, suturando ao redor do enxerto. Após, foi feita uma sutura em x, ancorada no perióstio e nos dentes envolvidos no procedimento. Nesse caso, foi utilizado fio de nylon 5.0, para que ficasse mais firmemente apoiado na área receptora, com menor possibilidade de se mover. Foi suturado o fundo de vestibulo, onde foi feita a frenectomia, para que diminuísse ao máximo as áreas de cicatrização por segunda intenção. Colocado cimento cirúrgico de canino a canino, do fundo de vestibulo a incisal dos dentes, os pontos foram protegidos do cimento com papel alumínio estéril, diminuindo a possibilidade de movimentação do enxerto. Orientada a paciente que evitasse fazer qualquer movimento por pelo menos 3 dias, para garantir uma melhor adesão do enxerto com a área receptora, para que as movimentações não prejudicassem a revascularização e cicatrização do enxerto. Paciente foi medicada com Amoxicilina 500mg por 7 dias, Spidufen 600mg por 3 dias e Paracetamol 750mg por 3 dias.

## **REFERENCIAL TEÓRICO, RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A técnica de recobrimento radicular e formação de gengiva inserida é um procedimento bastante previsível (ALGHAMDI, H. et al, 2009), sendo amplamente utilizada desde sua introdução em 1963 por Bjorn. Nos dias atuais, além do recobrimento radicular, utiliza-se o enxerto gengival livre para obtenção de uma faixa de gengiva queratinizada que impeça a reinserção de freios e bridas após a frenectomia (FEITOSA, D. S. et al, 2008). O resultado esperado foi o recobrimento total ou parcial da recessão com a formação de uma faixa de gengiva inserida. Após 10 dias, foi removida a sutura do palato, que estava cicatrizando por segunda intenção, conforme esperado. Removido o cimento cirúrgico, a sutura em x e a sutura do fundo de vestibulo, as quais eram com fio de Nylon 5.0. Estava com aparência necrótica superficialmente. Orientamos a paciente como deveria fazer a higienização do local, para ter o menor trauma possível. Com 20 dias após a cirurgia, o palato já estava com a cicatrização bem adiantada. A parte do enxerto mais próxima aos dentes desprendeceu-se devido à falta de suprimento sanguíneo, ficando a parte mais próxima ao vestibulo bem aderida e com aparência saudável, que gradativamente formará uma camada de tecido queratinizado. Com 30 dias, a porção do enxerto que permaneceu, estava com aspecto normal. Foi verificado que uma fibra do freio cicatrizou bem próximo à parte inferior do enxerto, local que não foi planejado, será acompanhada essa fibra e verificar se ela vai atrapalhar em



algum momento o andamento da cicatrização. Continuar-se-á acompanhando, esperando que o tecido se regenere através do fenômeno de creeping attachment, que é a migração coronária pós-operatória do tecido gengival marginal sobre a superfície radicular que anteriormente não era recoberta por gengiva. Esse fenômeno pode ocorrer até dois anos após a cirurgia do enxerto. Esse processo nem sempre acontece, mas pode ser facilitado quando em pacientes jovens com bom controle de placa, com dentes alinhados e altura normal do osso alveolar interproximal, sendo que a paciente responde a esses critérios.

## REFERÊNCIAS

- PAREDES, S. O.; SILVA, V. S. Estudo das recessões gengivais em pacientes adultos atendidos na faculdade de Odontologia da UFMA: Etiologia, prevalência e severidade. **Revista Periodontia**, V. 18 N. 01, p. 85-91. Março de 2008.
- RIBAS, A. R.; GOMES, J. T.; SILVA, A. O. Enxerto Gengival Livre versus Enxerto de Tecido Conjuntivo Livre – Relato de Caso Clínico. **Revista Periodontia**. V. 26, n. 04, p 64-70. Dezembro de 2016.
- JANUARIO, A. L. et al. Creeping Attachment Associado a Enxerto Gengival Livre. **Robrac Revista Odontológica do Brasil-Central**. V. 8, n. 25, p. 46-48. 1999.
- ALGAMDHI, H.; BABAY, N.; SUKUMARAN, A. Surgical management of gingival recession: A clinical update, **The Saudi Dental Journal**, 2009, 21, 83–94.
- FEITOSA, D. S. et al. Indicações atuais dos enxertos gengivais livres. **RGO**, Porto Alegre, v.56, n.2, p.1-6, abr./jun. 2008.
- MILLER, P. D. A Classification of Marginal Tissue Recession. **The International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry**, 1985, vol. 2, p. 8-13.