

# Substituição de restaurações cervicais parte III: recobrimento radicular

## LOBO, Maristela

Mestre em Cariologia e Doutora em Dentística pela FOP-UNICAMP

Especialista em Periodontia pela EAP-APCD

Professora dos Cursos de Pós-Graduação em Odontologia Estética e Especialização em Implantodontia do SENAC-SP

Coordenadora do Curso de Aperfeiçoamento em Odontologia Estética Multidisciplinar da APCD – Regional Americana

maristelalobo@me.com

## TONOLLI, Gustavo

Mestre em Odontologia pela UNIARARAS

Pós-graduado em Odontologia Estética pelo SENAC-SP

Professor Assistente do Curso de Especialização em Dentística do CETAO-SP

### Por que é importante?

Idealmente, recuperar a anatomia e a estética da região cervical requer a reconstrução de todos os tecidos que a compõem – duros e moles.<sup>1,2</sup> Significa dizer que, após a restauração nessa área, faz-se necessário manipular o tecido mole na direção coronal e, simultaneamente, modificar o biótipo periodontal, mediante a enxertia de tecido conjuntivo subepitelial, visando favorecer o recobrimento previsível das raízes dentárias expostas, além de dar maior estabilidade da posição da margem gengival em médio e longo prazos.<sup>3-5</sup>

Os tecidos periodontais (gengiva, osso, ligamento periodontal e cimento) são, sem dúvida alguma, os melhores tecidos para a proteção das raízes dentárias. Naturalmente é assim. Na ausência de tais tecidos, principalmente nos casos de recessão da margem gengival, o tecido gengival torna-se a melhor opção para o recobrimento radicular. As técnicas de recobrimento radicular permitem, em sua maioria, a formação de epitélio juncional logo após a cicatrização, e, em alguns casos, a completa regeneração periodontal.<sup>6</sup> Ambas as situações histológicas mostram-se capazes de cessar a hipersensibilidade dentinária e os fenômenos de desgaste da superfície radicular.<sup>7</sup>

A adesão à dentina radicular é complexa, e a restauração dessa região com materiais adesivos frequentemente impõe riscos maiores a falhas da interface adesiva e à progressão das perdas teciduais na região cervical.<sup>8</sup> Esse quadro clínico torna-se razão suficiente para, quando possível e previsível, recobrir qualquer raiz exposta com tecido gengival.

A previsibilidade do recobrimento radicular, entretanto, esbarra em fatores como o tipo da recessão,<sup>9</sup> o biótipo periodontal, a nutrição tecidual, o posicionamento dental e a técnica cirúrgica.<sup>10</sup> Como qualquer procedimento plástico, a cirurgia de recobrimento radicular baseia-se na manipulação tecidual estratégica, a qual visa driblar as fragilidades teciduais e potencializar o resultado final do procedimento. A técnica de incisão, a realização de retalhos combinados, em espessura total e/ou dividido, e a opção pelo deslocamento coronal do retalho associado à enxertia de tecido conjuntivo subepitelial são algumas das estratégias cirúrgicas capazes de promover o alcance do resultado clínico desejável.<sup>3,11</sup>

O respeito aos princípios biológicos teciduais durante o planejamento e a execução de técnicas restauradoras e cirúrgicas na substituição de restaurações cervicais fomentam o sucesso da reanatomização dessa área complexa, dentro das limitações e das possibilidades de cada caso.

### O que é necessário?

Anestésico (lidocaina a 2% com adrenalina 1:100.000; anestésico tópico); agulha hipodérmica; produtos para assepsia extraoral e intraoral (clorexidina a 2% e a 0,2% respectivamente); instrumental cirúrgico básico; instrumental cirúrgico específico (cabo de bisturi circular; microcinzéis de Fedi #1 e #2; microtesoura de tecido; porta-agulha do tipo Castro-Viejo; pinça de tecido do tipo Dietrich); jogo de curetas periodontais do tipo Gracey (#5-6 e #7-8); lâmina de bisturi #15C

(em quantidade); fio de sutura mononylon 5-0 e 6-0 (de preferência transparente); fio de sutura vycril 6-0; gaze estéril; soro estéril; seringa de irrigação; sugador cirúrgico; kit de paramentação; afastador de lábios; ácido fosfórico a 37%; adesivo hidrofóbico; resina composta fluida; fotopolimerizador.

### Como fazer?

Com as restaurações cervicais previamente realizadas e polidas, o paciente está pronto para ser submetido ao procedimento periodontal cirúrgico (Fig. **A-B**). A anestesia empregada é infiltrativa e subperiosteal, de modo que 2 tubetes são suficientes para a área receptora, e 1 tubete para

cada área doadora do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial no palato.

Antes do procedimento cirúrgico, os dentes são unidos com compósito fluido no terço incisal (Fig. **C-F**). Esse passo prévio à cirurgia facilita a estabilidade do complexo dentes-enxerto-retalho.



Restaurações terminadas e polidas, com perfil de emergência adequado para a realização da cirurgia de recobrimento radicular. (**A-B**). União interproximal dos dentes a serem recobertos com compósito fluido, visando à estabilidade do complexo dentes-enxerto-retalho, além de pontos de apoio para a sutura final do retalho. Condicionamento com ácido fosfórico a 35% (**C**). Aplicação de adesivo hidrofóbico (**D**). Aplicação de compósito fluido (**E**). Aspecto após a fotopolimerização (**F**).



Ratificação da posição da crista óssea proximal. Incisão da base da papila com lâmina #15C, posicionada em bisel interno. Ao término da incisão, papilas cirúrgicas devem estar desenhadas (G-I). Um retalho em espessura total é rebatido, inicialmente, até a altura da linha mucogengival. A segunda incisão é realizada a partir da linha mucogengival, pela parte interna do retalho, dividindo-o e liberando-o do periosteó. Observa-se adequada movimentação do retalho em direção coronal (J-L).



As papilas anatômicas são desepitelizadas com microtesoura para que haja uma correta união entre o retalho a ser deslocado em direção coronal e o tecido remanescente (M). Após o preparo das papilas e do retalho, as raízes devem ser raspadas com curetas para remover a camada superficial da dentina e os ângulos vivos das cavidades (N).

lho, além de pontos de apoio para a sutura. A incisão, em bisel interno, inicia-se pela região das papilas, seguindo do epitélio em direção à crista óssea, para que um retalho de espessura total possa ser elevado. O desenho da incisão interproximal tem o formato geométrico da ponta de uma papila, para facilitar a adaptação entre as papilas cirúrgicas e as papilas anatômicas durante a sutura final (Fig. G-I). A incisão interproximal continua através do sulco vestibular dos dentes a serem recobertos, paralelamente ao eixo do dente e tocando a crista óssea.

Um retalho de espessura total é elevado a partir das papilas cirúrgicas, utilizando-se um descolador de Molt (Fig. J). Isso garante a maior espessura possível (e, portanto, maior nutrição) ao retalho que será deslocado em direção coronal. Na face vestibular, há a exposição completa do osso até a altura da linha mucogengival (LMG) (Fig. K). Nova incisão é realizada dividindo-se o retalho internamente a partir da LMG, para liberar a tensão interna e facilitar a mobilidade dele no sentido coronal (Fig. L). O epitélio deixado sobre as papilas anatômicas é removido com microtesoura para a completa exposição do tecido conjuntivo subjacente (Fig. M).

Após verificar a mobilidade do retalho no sentido coronal e raspar e alisar as raízes expostas com curetas periodontais (Fig. N), o sítio receptor está pronto e pode-se partir para a manipulação cirúrgica das áreas doadoras do enxerto – o dois lados do palato. A mesma técnica é aplicada bilateralmente. A extensão da área a ser recoberta determina a quantidade de enxerto necessária e o tamanho dele. Uma incisão linear é realizada a pelo menos 2,0 mm de

distância da margem gengival palatina, em uma posição que envolve desde a face distal do primeiro molar superior até a face distal do canino. Essa incisão é perpendicular ao osso palatino e é realizada partindo-se do epitélio até tocá-lo. Uma segunda incisão é realizada paralelamente ao eixo dental, dividindo o retalho por meio do tecido conjuntivo. Dessa forma, o epitélio do palato é separado do tecido conjuntivo subjacente, e ao mesmo tempo uma espessura suficiente de tecido conjuntivo permanece aderida ao epitélio do retalho, para manter sua nutrição e evitar deiscências teciduais em períodos pós-operatórios.

O tecido conjuntivo subepitelial é descolado do osso utilizando-se um descolador de Molt e uma pinça de tecido do tipo Dietrich, e as extremidades do enxerto são incisadas para sua completa remoção. Livre, o enxerto é posicionado sobre uma gaze embebida em soro estéril e avaliado quanto ao comprimento e espessura. O tecido repousa por alguns instantes sobre a gaze úmida, enquanto o leito doador é suturado com fio mononylon 5-0 (Ethicon). A técnica de sutura empregada, em formato de X com alças suspensórias, permite a completa coaptação dos bordos e a hemostasia imediata do local.

O mesmo processo é feito no lado contralateral do palato, e novo tecido conjuntivo é liberado. Após a sutura inicial dos leitos doadores, os tecidos conjuntivos são posicionados sobre as superfícies radiculares a serem recobertas no sítio receptor. Seguindo as necessidades da área receptora, com múltiplas raízes a serem recobertas, o enxerto é modificado para aumentar seu comprimento.



Dois enxertos livres de tecido conjuntivo subepitelial removidos do palato (bilateralmente) são preparados e posicionados na região desejada. Os enxertos são suturados na posição, e o retalho é tracionado coronalmente, recobrimdo-os completamente (O-P). O retalho é tracionado em direção coronal com suturas suspensórias que utilizam os pontos de união entre os dentes como apoios, sobrecorrigindo as raízes a serem recobertas. Nesse caso utilizou-se o fio de sutura mononylon 5-0 transparente (Q). Caso finalizado com 60 dias de pós-operatório, recontorno cosmético dos dentes anteriores. A cicatriz do tecido gengival tende a suavizar-se no período pós-operatório total de 6 meses (R-S). Comparando as fotos inicial e final: recuperação assertiva da anatomia e da estética da região cervical (T-U).

Cada enxerto é suturado com fio vycril na posição desejada (Fig. **O-P**), e o retalho é posicionado sobre o enxerto para a sutura final. A técnica principal de sutura é a suspensória, com fio de sutura mononylon 5-0 transparente, coaptando as papilas anatômica e cirúrgica, e sobrecorrigindo a posição da margem gengival nos dentes restaurados, no sentido coronal, já prevenindo a contração tecidual pós-cicatrização (Fig. **Q**).

Sessenta dias após a cirurgia de recobrimento, no presente caso clínico, foi realizado o recontorno cosmético dos dentes anteriores. Ainda nesta fase, é possível identificar a maturação tecidual e a presença de cicatrizes, que suavizam nos 6 meses pós-operatórios (Fig. **R-S**). O aspecto mais harmônico dos dentes após o recontorno cosmético dos dentes anteriores pode ser notado, e o resultado final é significativamente mais próximo à situação natural comparando-se à situação clínica inicial (Fig. **T-U**).

### Considerações finais

A reconstrução dos tecidos perdidos na região cervical é complexa e requer uma abordagem multidisciplinar. Nas primeiras partes desta sequência de dicas, foi demonstrada uma técnica para estabelecer os limites e o passo a passo clínico da restauração cervical, visando otimi-

zar a adesão, a adaptação marginal e o perfil de emergência, e favorecer o posterior recobrimento radicular. Descrita a técnica de recobrimento radicular, considera-se que o tecido gengival é o melhor substituto dos tecidos periodontais perdidos. Ainda que o caso clínico apresente limitações, reanatomizar a região cervical com tecidos duros (resina composta) e moles (tecido gengival) permite mimetizar a situação clínica natural previamente perdida.

### Referências

1. Allegri MA, Landi L, Zucchelli G. Non-carious cervical lesions associated with multiple gingival recessions in the maxillary arch: a restorative-periodontal effort for esthetic success: a 12-month case report. *Eur J Esthet Dent*. 2010 Spring;5(1):10-27.
2. Zucchelli G, Gori G, Mele M, Stefanini M, Mazzotti C, Marzadori M, et al. Non-carious cervical lesions associated with gingival recessions: a decision-making process. *J Periodontol*. 2011 Dec;82(12):1713-24. Epub 2011 May 4.
3. Matouk M, Sclar AG. Oral connective tissue grafting: evidence-based principles for predictable success. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2002 May;14(2):241-57.
4. Block MS. Management of the facial gingival margin. *Dent Clin North Am*. 2011 Oct;55(4):663-71.
5. Rasperini G, Rocuzzo M, Francetti L, Acunzo R, Consonni D, Silvestri M. Subepithelial connective tissue graft for treatment of gingival recessions with and without enamel matrix derivative: a multicenter, randomized controlled clinical trial. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2011 Apr;31(2):133-9.
6. Ko H-Y, Lu H-K. Systematic review of the clinical performance of connective tissue graft and guided tissue regeneration in the treatment of gingival recessions of Miller's classifications grades I and II. *J Exp Clin Med*. 2010;2(2):63-71.
7. Harris RJ. Human histologic evaluation of root coverage obtained with a connective tissue with partial thickness double pedicle graft: a case report. *J Periodontol*. 1999;70:81.
8. Carvalho RM, Manso AP, Geraldeli S, Tay FR, Pashley DH. Durability of bonds and clinical success of adhesive restorations. *Dent Mater*. 2012 Jan;28(1):72-86.
9. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1985;5(2):8-13.
10. Zucchelli 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 Apr;77(4):714-21.
11. Lucchesi JA, Santos VR, Amaral CM, Peruzzo DC, Duarte PM. Coronally positioned flap for treatment of restored root surfaces: a 6-month clinical evaluation. *J Periodontol*. 2007 Apr;78(4):615-23.