

Retalho posicionado lateral: uma alternativa estética para o recobrimento radicular. Revisão de literatura e relato de caso clínico

Laterally positioned flap: an esthetic alternative for root cover. Literature review and a case report

Célia Tomiko Matida Hamata SAITO*
Thiago Marchi MARTINS*
Joseane Maria Dias BOSCO**
Álvaro Francisco BOSCO***
Pedro Felício Estrada BERNABÉ****

*Mestranda do Prog. de Pós-Graduação em Odont. da Fac. de Odontologia de Araçatuba, Área de Periodontia- UNESP
*Mestrando do Prog. de Pós-Graduação em Odont. da Fac. de Odontologia de Araçatuba, Área de Periodontia- UNESP
**Doutoranda em Periodontia pela Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP
***Prof. Adj. da Disc. de Periodontia do Deptº de Cirurgia e Clínica Integrada da Fac. de Odont. de Araçatuba - UNESP
****Prof. Titular da Disc. de Endodontia do Deptº de Odont. Restauradora da Fac. de Odont. de Araçatuba - UNESP

RELEVÂNCIA CLÍNICA

Este artigo descreve, discute indicações, contra-indicações, vantagens e desvantagens do posicionamento lateral de retalho através da técnica do retalho duplo com modificação proposta por Bosco et al.² (1989/1990) e relata um caso clínico com o uso da mesma, fornecendo ao profissional uma visão crítica, que será muito útil durante a escolha da melhor opção de tratamento para o paciente.

RESUMO

O recobrimento de raízes expostas constitui um dos desafios do tratamento periodontal. Dentre as várias técnicas propostas para este fim está a do posicionamento lateral de retalho, que tem sofrido várias modificações desde os primeiros relatos, buscando melhores resultados clínicos. O presente artigo descreve o tratamento de uma bolsa periodontal na região vestibular, do dente 13, de origem traumática, com uma fístula comunicante na sua porção mais apical. Este procedimento constituiu na remoção da parede mole da bolsa através de duas incisões verticais partindo da gengiva marginal em direção convergente para a mucosa alveolar, sendo uma em bisel interno na porção distal e uma em bisel externo na mesial da bolsa. Após o levantamento de um retalho duplo na região dos incisivos, a porção exposta da raiz do dente 13 foi devidamente aplainada, condicionada com solução de cloridrato de tetraciclina na concentração de 100mg/ml soro por 2 minutos e irrigada com soro fisiológico. Em seguida, realizou-se a sutura do retalho de maneira que o bisel externo do retalho ficasse embutido no bisel interno da área receptora. O processo de cicatrização possibilitou uma resolução estética

favorável, com uma profundidade de sondagem dentro de padrões de normalidade.

PALAVRAS-CHAVE

Periodontia; perda da inserção periodontal; estética.

INTRODUÇÃO

O recobrimento de raízes expostas constitui um dos desafios do tratamento cirúrgico-periodontal. Dentre as várias técnicas propostas para este fim, a técnica do deslocamento lateral do retalho é uma alternativa eficiente (Santana et al.¹, 2000), mostrando taxa de sucesso ao redor de 70% (Grupe⁵, 1966; Smukler¹², 1976).

O retalho posicionado lateralmente é indicado para recobrir recessões gengivais restritas a um ou dois dentes, possibilitando melhorar a estética, aumentar a quantidade de gengiva inserida, diminuir hipersensibilidade e a incidência de cárie cervical. Em contrapartida, não deve ser empregado na presença de bolsa periodontal interproximal, em regiões de excessiva proeminência radicular, abrasões cervicais acentuadas. Esta técnica foi primeiramente descrita por Grupe & Warren⁶ (1956), como sendo um procedimento cirúrgico que consiste na utilização de um retalho pediculado de espessura total deslocado no sentido horizontal, para recobrir a raiz exposta, deixando como consequência osso exposto na área doadora. Staffileno¹⁴ (1964), preconizou a confecção de um retalho parcial, de forma que a área doadora permanecia recoberta com periosteio. Este retalho evitaria efeitos indesejados decorrentes da exposição óssea na área doadora, contudo obtendo resultados menos previsíveis. Grupe⁵, em 1966, propôs uma modificação de sua técnica original,

empregando uma incisão submarginal, visando manter a integridade dos tecidos marginais buscando evitar recessões gengivais nos dentes da área doadora. Utilizando-se do mesmo princípio de deslocamento lateral de retalho, Cohen & Ross⁴ (1968), empregaram a técnica da "dupla papila", na qual os tecidos das papilas interdentárias adjacentes ao defeito, seriam deslocados lateralmente, no sentido horizontal, de forma a recobrir a recessão.

Preocupados em preservar a área doadora e não perder qualidade do retalho utilizado no recobrimento, Parkinson et al.⁹ (1971) preconizaram a técnica de retalho duplo. Nesta técnica, o retalho doador é de espessura total na metade próxima à área receptora, enquanto a outra metade mais distante é de espessura parcial. Desta forma, a área receptora receberá um retalho mucoperiosteal, ao mesmo tempo em que a área doadora na qual foi deslocado este retalho ficará recoberta por tecidos do retalho parcial, evitando-se a exposição da tábua óssea ao meio bucal. Em 1979, Smukler & Goldman¹³ propuseram a esta técnica a estimulação cirúrgica prévia do periosteio na região correspondente ao retalho mucoperiosteal com objetivo de aumentar o potencial regenerador no processo de nova inserção. Neste mesmo ano Passanezi et al.¹⁰ incrementaram a esta proposta a desmineralização da raiz, previamente ao recobrimento.

Na contínua busca de melhorar os resultados obtidos na técnica de deslocamento lateral de retalho, Bosco et al.² (1989/1990) propuseram a inversão dos biséis, de maneira que se fizesse um bisel interno na área receptora e externo no lado do retalho, com o objetivo de se obter melhor captação do retalho deslocado, favorecendo o resultado estético, determinado pela minimização da aparência da linha de incisão.

Portanto, diante do que encontramos na literatura com relação à evolução da técnica de posicionamento lateral de retalho no recobrimento radicular, nos propomos demonstrar a efetividade da mesma na resolução do caso clínico apresentado.

CASO CLÍNICO

Paciente R.C.S.M., gênero masculino, leucoderma, 32 anos, compareceu à clínica de pós-graduação em Periodontia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP, com queixa principal de "Ferida na gengiva que não cicatrizava".

Na anamnese, o paciente relatou trauma na área, decorrente de acidente automobilístico há aproximadamente dois anos. Ao exame físico intrabucal notamos fratura coronária do dente 13. Na gengiva vestibular correspondente à área de gengiva inserida, notamos uma fístula que se comunicava com uma bolsa periodontal com profundidade de sondagem de aproximadamente 8mm (Figura 1). Ao exame radiográfico, os canais radiculares da região estavam satisfatoriamente obturados (Figura 2).

Baseados nos dados obtidos, concluímos que o defeito criado na área vestibular do canino era de origem traumática. O paciente passou por procedimentos de raspagem e alisamento radicular, controle de higiene bucal, remoção do tecido cariado e confecção de provisórios (Figura 3). Em seguida foi realizado tratamento cirúrgico-periodontal (retalho posicionado lateral), visando remoção da bolsa periodontal e busca de nova inserção, com posterior confecção das coroas protéticas.



Figura 1 - Fístula na gengiva vestibular



Figura 2 - Radiografia periapical



Figura 3 - Após raspagem e alisamento radicular e adaptação dos provisórios. Identificação da fístula comunicando com a raiz.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA CIRÚRGICA

Após anti-sepsia intra e extrabucal e anestesia dos nervos alveolar superior anterior, médio e nasopalatino, utilizando-se de uma lâmina n° 15C montada em cabo de bisturi, foram realizadas duas incisões verticais, uma mesial e outra distal na região vestibular do dente I3. As incisões verticais foram realizadas em bisel, sendo que a correspondente à área receptora foi bisel interno, enquanto que, a contígua a essa área, foi bisel externo (Bosco et al.², 1989/1990). Ambas incisões partiram da gengiva marginal, de maneira convergente encontrando-se acima da junção mucogengival, envolvendo a região da bolsa e a fistula de maneira que possibilitasse remover todo tecido epitelial da bolsa e juncional (Figuras 4 e 5).



Figura 4 - Incisão e bisel interno na região distal e bisel externo na mesial

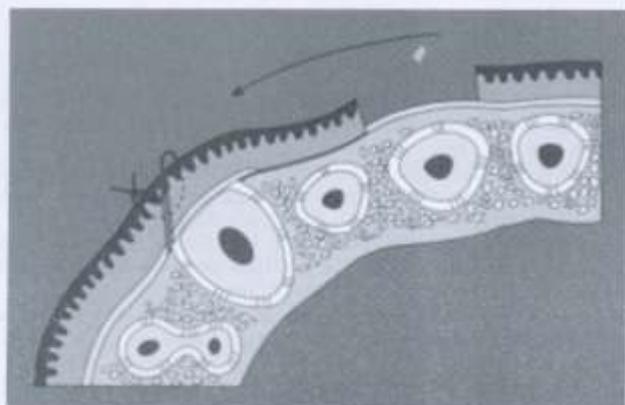


Figura 5 - Esquema mostrando retalho duplo deslocado lateralmente mantendo periosteo sobre a raiz preparada e retalho dividido protegendo a área doadora

Em ato contínuo, uma incisão vertical margeando o frênulo labial, foi realizada partindo da gengiva marginal em direção à mucosa alveolar. A partir desta incisão, correspondendo à metade mais distante da recessão foi elevado um retalho de espessura parcial. Na metade mais próxima, com auxílio de um destaca-periosteo foi elevado um retalho mucoperiostico. Por lingual, houve a necessidade de restaurar a interface dente-alvéolo (RAI), uma vez que o dente apresentava uma fratura oblíqua com violação do espaço biológico (Figura 6). Em seguida, realizamos o aplainamento radicular empregando-se pontas diamantadas de acabamento (3195F- KG Sorensen) e curetas de Gracey 5-6 (Figura 7). A raiz preparada foi

condicionada por dois minutos com bolinhas de algodão embebidas em solução de cloridrato de tetraciclina 100mg/ml de soro fisiológico (Terranova et al.¹³, 1986; Wikesjö et al.¹⁶, 1988) e posteriormente irrigada abundantemente com soro fisiológico. O retalho foi posicionado e suturado com fio Vicryl® 5.0 (Figuras 8 e 9) e protegido com cimento cirúrgico (Coe-Pak®). No período pós-operatório, foi prescrito amoxicilina 500mg (8 em 8 horas, por sete dias), rofecoxibe 50mg (um ao dia, durante três dias), e bochechos (duas vezes ao dia) com digluconato de clorexidina 0,12%.

Decorridos sete dias, o cimento cirúrgico foi renovado, e as suturas permaneceram por mais sete dias (Carvalho & Pustigliani¹, 1974). Após sessenta dias da cirurgia, o paciente foi submetido à reabilitação protética. (Figura 10)



Figura 6 - Restauração da interface alveolar



Figura 7 - Aplainamento radicular com ponta diamantada (3195F KG Sorensen)



Figura 8 - Retalho posicionado e suturado (lingual)

BIBLIOTECA
Secção - Goiás



Figura 9 - Retalho posicionado e suturado (vestibular)



Figura 10 - Aspecto do pós-operatório cirúrgico e prótese definitiva instalada

DISCUSSÃO

O sucesso no procedimento de recobrimento radicular assegurando a não recidiva está na dependência de vários fatores, entre eles a eliminação ou controle da sua etiologia e a escolha da melhor técnica de recobrimento.

No presente caso, a escolha da técnica de posicionamento lateral de retalho duplo descrita por Parkinson et al.⁹ (1971) se deu em função da região vizinha apresentar boas condições periodontais, com uma faixa adequada de gengiva inserida e altura óssea interproximal normal. Por estas características clínicas, a técnica empregada permitiu obter resultados satisfatórios com vantagens sobre outras técnicas de recobrimento radicular as quais exigiriam, ou a criação gengiva inserida apicalmente para posterior recobrimento, utilizando-se da técnica de posicionamento coronário de retalho (Milinek et al.⁸ 1973; Bernimoulin et al.¹ 1975) com a desvantagem de obrigatoriamente ter dois procedimentos cirúrgicos, ou da técnica do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (Langer & Langer⁷, 1985) que utilizaria duas áreas cirúrgicas.

Detalhes técnicos também devem ser observados não somente para garantir o completo recobrimento radicular como também para se alcançar o máximo da estética. A utilização, no presente caso, da inversão dos biséis das bordas do retalho e da área receptora, descrita por Bosco et al.² (1990) permitiu uma melhor adaptação das bordas da ferida no momento da sutura, evitando a sobreposição. Este detalhe técnico propicia melhor estética, e que por permitir uma maior proximidade do retalho rotacionado à raiz desnuda diminui o risco de recidiva.

CONCLUSÃO

Diante do caso clínico apresentado, podemos concluir que o emprego do retalho posicionado lateral com inversão dos biséis, possibilitou eliminar a bolsa periodontal obtendo-se uma resolução estética favorável.

ABSTRACT

The root exposed covering consists in one of the challenges of the periodontal treatment. Amongst several techniques propose for this end are the lateral positioned flap, that suffered some modifications since the first report searching better clinical results. Present article report a treatment of periodontal pocket in the buccal area of tooth 13, associated with a presence of perforation in the apical portion of the periodontal pocket. This procedure was the soft pocket wall elimination through two verticals incisions starting in the gingival margin converging towards the alveolar mucous, one of them being in the distal was in internal bevel, and the other mesial of pocket was external bevel. After lifting the double flap in the incisors region, the exposed root area of the tooth 13 was planed, conditioned with tetracycline hydrochloride in 100mg/ml concentration during two minutes and washed with physiological solution. Thereafter, the flap suture was made therefore with external bevel flap in the internal bevel of the receptive area. The healing process showed favorable esthetic resolution with probing depth in the normality patterns.

KEYWORDS

Periodontology; periodontal attachment loss; aesthetic

REFERÊNCIAS

1. BERNIMOULIN, J. P.; LUSCHER, B.; MULHEMAN, H. R. Coronally repositioned periodontal flap. *J. Clin. Periodontol.*, Copenhagen, v.2, n.1, p.1-13, feb. 1975.
2. BOSCO, A. F.; MILANEZI, L. A.; PASSANEZI, E. Contribuição à técnica de recobrimento de raízes expostas. *Rev. Reg. Araçatuba Assoc. Paul. Cir. Dent.*, Araçatuba, v. 10/11, n. 1/2, p.9-12, 1989/1990.
3. CARVALHO, J.C.M.; PUSTIGLIONI, F.E. Correção cirúrgica das retrações gengivais localizadas: detalhes técnicos. *Ars. Cvrandi Odontol.*, São Paulo, v.1, n.2, p.6-15, jun./jul. 1974.
4. COHEN, D. W.; ROSS, S. E. The double papillae repositioned flap in the periodontal therapy. *J. Periodontol.*, Chicago, v. 39, n.2, p. 65-70, feb. 1968.
5. GRUPE, H.E. Modified technique for the sliding flap operation. *J. Periodontol.*, Chicago, v.37, n.6, p.491- 495, nov./dec. 1966.
6. GRUPE, H. E.; WARREN, R. Repair of gingival defects by a sliding flap operation. *J. Periodontol.*, Chicago, v. 27, n. 4, p. 92-95, apr. 1956.
7. LANGER, B.; LANGER, L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J. Periodontol.*, Chicago, v.56, n.12, p. 715-720, dec. 1985.
8. MILINEK, A., et al. The use of grafts in periodontal surgery I. The utilization of free gingival grafts in the treatment of mucogingival defects. *Refuat Hapeh Vehashinayim*, Tel Aviv, v. 22, n. 4, p. 55-62, apr. 1973.
9. PARKINSON, W. M.; RICHARDS, M.A.; DAVIES, W. I. R. A modified technique for the laterally repositioned flap. *Apex.*, London, v.5, n. 2, p. 51-52, mar. 1971.
10. PASSANEZI, E., et al. Periosteal activation and root demineralization associated with the horizontal sliding flap. *J. Periodontol.*, Chicago, v. 50, n.8, p. 384 -386, aug. 1979.
11. SANTANA, R. B.; ALTO FILHO, R. F. M.; GUSMAN, H.C.D.S. Cirurgias plásticas periodontais: retalho posicionado lateralmente. *Rev. Bras. Odontol.*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p.217-221, jul./ago. 2000.
12. SMUKLER, H. Laterally positioned mucoperiosteal pedicle graft in

- the treatment of denuded roots. **J. Periodontol.**, Chicago, v.47, n.10, p. 590-595, oct. 1976.
13. SMUKLER, H.; GOLDMAN, H. M. Laterally repositioned, "stimulated" osteo-periosteal pedicle grafts in the treatment of denuded roots. **J. Periodontol.**, Chicago, v.50, n.8, p. 379-383, aug. 1979
14. STAFFILENO, H. Management of gingival recession and root exposure problems associated with periodontal disease. **Dent. Clin. North Am.**, Philadelphia, v. 14, n. 3, p.111-120, mar. 1964.
15. TERRANOVA, V.P., et al. A biochemical approach to periodontal regeneration: tetracycline treatment of dentin promotes fibroblast adhesion and growth. **J. Periodont. Res.**, Copenhagen, v.21, n.4, p. 330-337, jul. 1986.
16. WIKESJÓ, U. M. E., et al. Repair of periodontal furcation defects in beagle dogs following reconstructive surgery including root surface desmineralization with tetracycline hydrochloride and topical fibronectin application. **J. Clin. Periodontol.**, Copenhagen, v.15, n.1, p.73-80, jan. 1988.

Endereço para correspondência

Thiago Marchi Martins

Rua José Bonifácio, 1212, cep: 16015-050, Araçatuba - SP

E-mail: thiagoperio@yahoo.com.br

Fone: 18 36091638