

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANA
UNIDADE DE PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM IMPLANTODONTIA

EDUARDO SANTANA BANASZESKI

ENXERTO GENGIVAL LIVRE
RELATO DE CASO CLÍNICO

CURITIBA

2020

EDUARDO SANTANA BANASZESKI

ENXERTO GENGIVAL LIVRE

RELATO DE CASO CLÍNICO

**Monografia apresentada como
requisito parcial para a obtenção do
título de especialista em Implantodontia
pela Universidade Federal do Paraná**

**Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Juliana Saab
Rahal**

CURITIBA

2020

TERMO DE APROVAÇÃO
EDUARDO SANTANA BANASZESKI

ENXERTO GENGIVAL LIVRE
RELATO DE CASO CLÍNICO

Monografia apresentada à Universidade
Federal do Paraná como requisito parcial para a
obtenção do título de Especialista em
Implantodontia

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Juliana Saab Rahal

Prof. Dr. Eduardo Caregnatto de Morais

Prof. Dr. Jaime Bordini Jr

Curitiba, 12 de maio de 2020

Dedicatória

Agradeço e dedico este trabalho aos meus pais. São minha fonte de inspiração e perseverança. Esta monografia é a prova de que todo seu investimento e dedicação valeram a pena.

Agradecimentos

Quero dedicar esta monografia à minha orientadora Prof^a. Juliana Saab Rahal sem duvidas a professora que mais tempo clínico dividi em minha vida e grande influenciadora em minha profissão.

Ao professor Humberto Schwartz, que foi o cirurgião do caso clínico presente neste trabalho, e um grande amigo que a implantodontia da UFPR me trouxe.

E aos colegas do curso, pela alegria, dificuldades e apoio compartilhados.

RESUMO

Na Implantodontia a estética é considerada um fator de grande importância que, além de envolver a anatomia do dente a ser substituído, envolve a aparência saudável e harmônica do tecido peri-implantar. O enxerto gengival livre é o procedimento mais utilizado para obtenção ou aumento da faixa de gengiva inserida. As principais indicações para tal procedimento são: aumento de tecido queratinizado, recobrimento radicular, correção das cristas edentadas e correção peri-implantar. Este relato de caso tem como objetivo demonstrar o sucesso da técnica de enxerto de tecido conjuntivo previamente à instalação de coroas sobre implantes e no tratamento de defeitos do rebordo alveolar.

Palavras-chave: enxerto gengival livre; conjuntivo; peri-implantar;

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. RELATO DE CASO	100
3. DISCUSSÃO	15
4. CONCLUSÃO	17
5. REFERENCIAS.....	18
6. TERMO DE ACEITAÇÃO.....	19

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, com o advento das técnicas de Implantodontia, grandes modificações ocorreram na Odontologia, tanto do ponto de vista técnico científico, como também nas áreas de planejamento e prognóstico. Estas alterações na forma de pensar o diagnóstico e planejar tratamentos de reabilitação oral para o paciente tiveram grande influência no uso dos conceitos de Periodontia associada à especialidade.

O enxerto gengival livre é um procedimento utilizado para obtenção ou aumento da faixa de gengiva inserida. As principais indicações para tal procedimento são: aumento de tecido queratinizado, recobrimento radicular quando associado aos dentes, correção das cristas edentadas e correção peri-implantar. Deste modo, a técnica garante condições de incremento da barreira física necessária contra a invasão bacteriana no espaço subgengival.¹

Os primeiros relatos do enxerto gengival livre ocorreram na década de 60, sendo inicialmente utilizado para aumentar a quantidade de tecido queratinizado e aprofundar a região de vestibulo.²

Uma das primeiras técnicas proposta por Bjorn em 1963 consistia nas seguintes etapas: eliminação da profundidade de sondagem, preparo do leito receptor, retirada do enxerto da área doadora podendo ser esta gengiva inserida, mucosa mastigatória, mucosa palatina ou rebordo edêntulo, transferência e imobilização do enxerto, e por fim proteção da área doadora.¹⁶

O procedimento de enxerto gengival livre de forma geral necessita de uma área doadora para desinserção de tecido epitelial e/ou conjuntivo, e conseqüentemente transferência para o leito cirúrgico.⁸

O procedimento tem sido usado frequentemente como indicação dos casos de aumento gengival, recobrimento radicular, correção de defeitos da mucosa ao redor dos implantes, preservação gengival na erupção dental ectópica, remoção de freio proeminente, prevenção do colapso do rebordo associado à exodontia e aumento do rebordo edêntulo.³

São consideradas contraindicações para a realização do enxerto gengival: sítio cirúrgico com placa, presença de cálculo e inflamação, suprimento sanguíneo inadequado, instabilidade do tecido enxertado no sítio receptor e grande trauma ao sítio cirúrgico.²

Nos casos de correção de defeitos de rebordo há divisão em três classes. Classe I: perda de largura vestibulo-lingual, com a altura apicoronária normal; Classe II: perda de altura apicoronária, com largura vestibulo-lingual normal, Classe III: uma combinação de perda tanto em altura quanto em largura do rebordo.³

O enxerto gengival livre se classifica em: procedimento de enxerto em bolsa; procedimento de enxerto interposto; e procedimento de enxerto aposto. O procedimento de enxerto em bolsa é usado para correção dos defeitos de Classe I, o procedimento de enxerto interposto é utilizado para corrigir defeitos de Classe I, bem como defeitos pequenos e moderados de Classe II e o procedimento de enxerto aposto é utilizado no tratamento de defeitos amplos de Classe II e III. O enxerto em bolsa é usado em pacientes com um defeito de volume acentuado que podem apresentar um tecido palatino delgado, que é insuficiente para promover um volume de tecido doador necessário para o preenchimento da deformidade.³

Por norma, a área doadora deve ser preferencialmente proveniente da mucosa mastigatória, quando não existe tecido disponível na área adjacente à recessão ou quando se deseja obter um tecido marginal mais grosso.⁴

A estética tem sido um fator dominante no direcionamento do desenvolvimento da Implantodontia desde a década passada, pois não envolve somente a anatomia do dente a ser substituído, mas também a aparência saudável e harmônica do tecido peri-implantar.⁸

O caso clínico apresentado descreve a realização de enxerto gengival livre em região peri-implantar de maxila.

2. RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 42 anos de idade, não tabagista e com boa saúde sistêmica procurou tratamento odontológico na Universidade Federal do Paraná, com o desejo de realizar coroas sobre implantes já instalados na região da maxila. Ao exame intrabucal constatou-se que na região dos implantes que correspondem aos dentes 14 e 15 havia uma faixa muito pequena de tecido queratinizado (fig.1), e pouca profundidade no fundo de vestibulo.

Figura 1. Foto inicial



Desta forma, foi planejada a realização de cirurgia de enxerto gengival livre com o intuito de aumentar a faixa de tecido queratinizado e a profundidade do vestibulo.

PRÉ-OPERATÓRIO

A paciente foi submetida à medicação prévia com terapia antimicrobiana de forma profilática através de 2g de amoxicilina uma hora antes do procedimento.

TRANSOPERATÓRIO

Após procedimento de assepsia e antissepsia intra e extrabucal, a paciente foi anestesiada localmente com mepivacaína 2% associada à epinefrina 1:100.000 (Mepiadre – Nova DFL). A partir de uma incisão no rebordo (fig. 2), foi realizado um retalho de

espessura parcial tangenciando a área óssea e contornando a vestibular dos dois implantes mais anteriores instalados na região da maxila (fig. 3).

Figura 2. Incisão

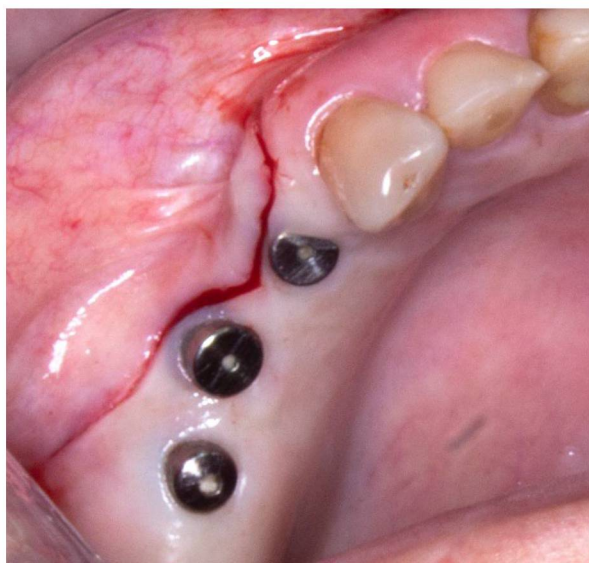
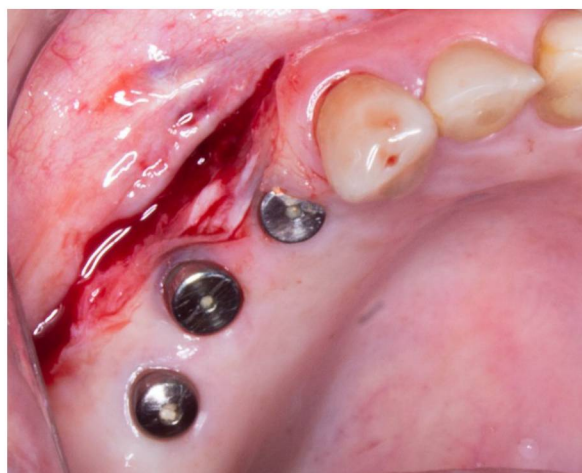


Figura 3. Descolamento parcial do retalho



Após afastamento de todo o retalho e exposição do periósteo foi utilizada a embalagem do fio de sutura estéril para confeccionar um mapa com o tamanho do leito receptor (fig. 4) e transferido para a região de tuber a fim de definir o exato tamanho do tecido a ser removido (fig. 5). Tendo definido esse exato tamanho, foi feita uma incisão para remoção do tecido dissecando com bastante cuidado a parte interna de tecido conjuntivo (figs. 6, 7 e 8). Após o tecido ser removido da área doadora foi imediatamente imerso em solução fisiológica afim de manter vitalidade.

Figura 4. Mapeamento da área receptora

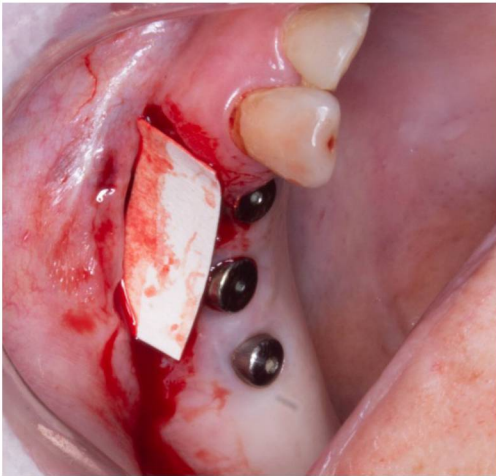


Figura 5. Mapeamento da área doadora

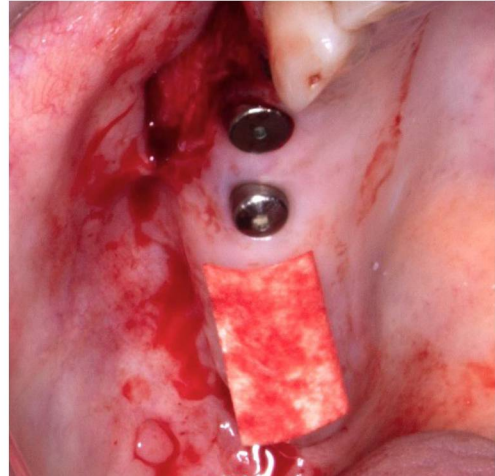


Figura 6. Incisão da área doadora

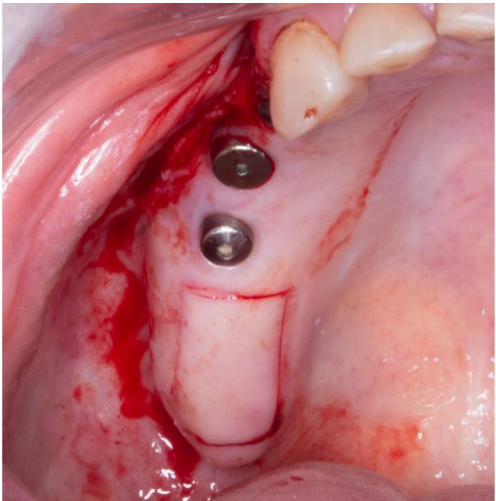


Figura 7. Dissecção da área doadora

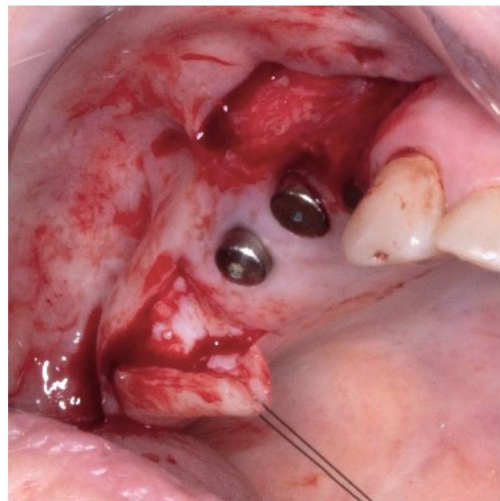


Figura 8. Remoção do tecido do enxerto

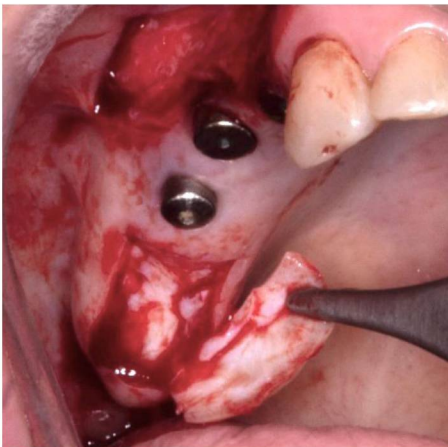
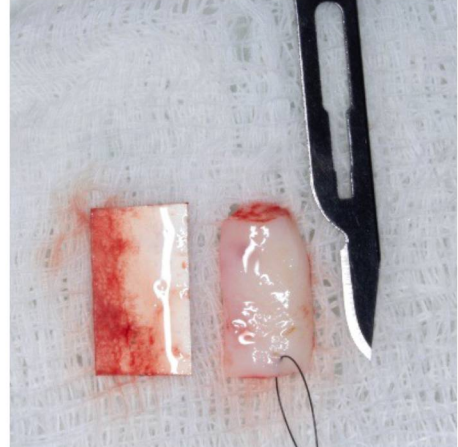


Figura 9. Enxerto gengival livre



Em seguida, este foi posicionado recobrendo toda a área cirúrgica e fixado por meio de suturas compressivas de forma que permanecesse estável na posição e em íntimo contato com o leito periosteal (figuras. 10, 11 e 12).



Figura 10. Sutura

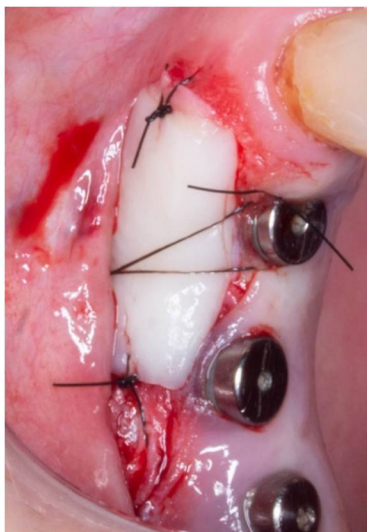


Figura 11. Sutura

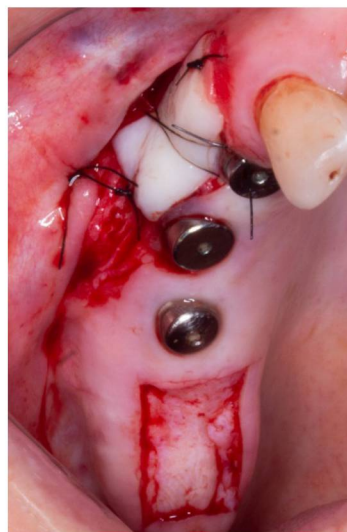


Figura 12. Sutura

Na área doadora não foram realizadas suturas, apenas foi recoberta toda a área cruenta com cimento cirúrgico (Coe-Pack – GC) (figs. 13 e 14).



Figura 13. Cimento cirúrgico manipulado



Figura 14. Área doadora protegida

Para o controle de infecções, como tratamento pós-operatório foi prescrito o uso de bochechos com solução de clorexidina a 0,12% (Periogard – Colgate) duas vezes ao dia, por duas semanas. As suturas foram removidas após duas semanas de cicatrização e

medidas rotineiras de higiene oral foram restabelecidas. Após a remoção do cimento cirúrgico, a paciente foi instruída a utilizar escova dental macia e de cabeça pequena para higienizar suavemente a região. Nas visitas pós-operatórias, foi reforçada a importância do controle adequado de placa bacteriana.

A região cicatrizou-se normalmente, sem apresentar eventos adversos. Também não houve uma reação inflamatória extensa associada com o procedimento cirúrgico. Após dois meses de acompanhamento, observou-se aumento de 4 mm da faixa de mucosa queratinizada em altura e de aproximadamente 10 mm em extensão com uma excelente cor e estética gengival (fig. 15 e 16), favorecendo a saúde peri-implantar e os procedimentos protéticos futuros.



Figura 15. Cicatrização 15 dias



Figura 16. Cicatrização 15 dias

3. DISCUSSÃO

A investigação inicial e levantamento de todos os pontos relevantes do caso clínico são essenciais para a definição do diagnóstico e, conseqüentemente, do plano de tratamento. O cirurgião dentista, além de realizar uma anamnese detalhada, exames de imagem, inspeção intra e extra-oral, deve realizar também, uma avaliação da condição periodontal e sistêmica do paciente. Diante da detecção de falhas ou ausência de tecido periodontal de proteção suficiente na região tratada, pode-se lançar mão dos procedimentos de enxertia, onde os enxertos de tecido conjuntivo têm sido indicados com frequência em casos de aumento de espessura de tecido conjuntivo em grandes extensões e em boa profundidade de vestibulo, tanto na área de Periodontia básica quanto na Implantodontia.⁵

A denominação enxerto livre sempre foi empregada para designar um fragmento de tecido, que é totalmente separado do seu local de origem para ser transferido a um leito receptor, de modo que sua nutrição passe a depender exclusivamente do sistema vascular desse novo leito.⁷ Os enxertos gengivais livres oferecem uma solução mais versátil de recobrimento radicular quando comparados com os enxertos pediculados.⁹

Um estudo avaliou as alterações na largura da crista ósea após a instalação de implantes no momento da extração, com e sem colocação de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, após um período de cicatrização de 6 meses. O estudo concluiu que houveram alterações positivas no volume tecidual dos pacientes que receberam o enxerto, o que torna interessante a aplicação da técnica conjunta, fazendo a instalação do implante e imediatamente a enxertia, visando compensar a esperada perda de volume.¹⁴

Em outro estudo, ao analisarem três casos clínicos tratados com enxerto gengival livre deduziram que esta técnica poderia ser realizada com sucesso para recobrimento de recessões gengivais múltiplas ou isoladas, bem como para aumentar a largura de gengiva queratinizada periimplantar.⁸

Dentre as vantagens dos enxertos gengivais livres destacam-se: a elevada taxa de sucesso no aumento da espessura e formação de nova gengiva aderida, o procedimento é relativamente simples e aplicável em múltiplos dentes e/ou implantes.¹⁰

Como desvantagens do procedimento de enxertia gengival livre destacam-se: a necessidade de duas áreas cirúrgicas, a dor e o desconforto resultante da abertura de uma ferida cirúrgica no palato e desarmonia estética em relação a cor do enxerto, geralmente proporciona uma área gengival mais clara.⁶

Através de estudo estatístico, foi observado que a utilização de tecido autógeno aumenta significativamente a largura de gengiva aderida aumentando desta forma o volume da região enxertada, destaca-se também que é preferível a utilização de enxertos conjuntivos subepiteliais em comparativo aos enxertos gengivais livres, de uma forma geral torna-se uma cirurgia mais segura e com resultado mais previsível.¹¹

Porem em um estudo mais recente, onde foi comparado o enxerto gengival livre e a matriz de colágeno porcino em cirurgias reconstrutivas gengivais os autores destacaram algumas vantagens no uso do material xenogeno, dentre elas: tempo cirúrgico significativamente menor, a não necessidade de uma segunda área cruenta no caso da área doadora, e cicatrização semelhante.¹⁵

Os procedimentos cirúrgicos periodontais, utilizados com o objetivo de devolver as características anatômicas e estruturais ideais dos tecidos moles, vem sofrendo evoluções com o tempo, sempre em busca do procedimento mais adequado para cada caso clínico, podendo ser realizado de diversas formas e com diferentes materiais associados.¹³

No entanto, a decisão quanto ao tipo de tratamento ideal para os diferentes casos clínicos depende de múltiplos fatores, tais como: previsibilidade da técnica cirúrgica, configuração do defeito, disponibilidade de tecido doador e expectativas estéticas do paciente.¹²

4. CONCLUSÃO

A avaliação prévia da necessidade do leito receptor, disponibilidade do leito doador, manipulação breve e adequada do material coletado garantindo a manutenção da vascularização do enxerto e sobrevida das células, instruções ao paciente e cuidados pós-operatórios são pontos extremamente relevantes quando for realizado esse procedimento. O sucesso da técnica aplicada está diretamente relacionado ao planejamento minucioso do caso, conhecimento e domínio da mesma.

REFERÊNCIAS

1. CARRANZA, Ferminet al. *Periodontia Clínica*. Décima edição; Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2007.
2. HENRIQUES, Paulo Sérgio Gomes. *Estética em periodontia e cirurgia plástica periodontal*. Segunda edição; São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda, 2004.
3. LINDHE, Janet al. *Tratado de periodontia clínica e implantologia oral*; Quinta edição; Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2010.
4. Wennstrom & Pini Prato, 2003
5. KHOURY F, HAPPE A. *Soft tissue management in oral implantology: a review of surgical techniques for shaping an esthetic and functional peri-implant soft tissue structure* [published correction appears in Quintessence Int 2000 Sep;31(8):578. Hoppe, A [corrected to Happe, A]]. *Quintessence Int*. 2000;31(7):483–499.
6. WESSEL JR, TATAKIS DN. *Patient outcomes following subepithelial connective tissue graft and free gingival graft procedures*. *J Periodontol*. 2008;79(3):425–430. doi:10.1902/jop.2008.070325
7. Allen AL. *Use of the supraperiosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage. I. Rationale and technique*. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1994;14(3):216–227.
8. FEITOSA, D. S., Santamaria, M. P, Sallum, E. A, Nociti JR, F. H, Casati, M. Z, Toledo, S. (2008). *Indicações atuais dos enxertos gengivais livres*. Revista Gaúcha de Odontologia.
9. KASSAB MM, Badawi H, Dentino AR. *Treatment of gingival recession*. *Dent Clin North Am*. 2010;54(1):129–140. doi:10.1016/j.cden.2009.08.009
10. SATO, N. (2000). *Periodontal Surgery: a clinical atlas*, Quintessence Publishing. Acervo biblioteca PUC/PR 617.632059 S253p 2000
11. THOMA DS, Benić GI, Zwahlen M, Hämmerle CH, Jung RE. *A systematic review assessing soft tissue augmentation techniques*. *Clin Oral Implants Res*. 2009;20 Suppl 4:146–165. doi:10.1111/j.1600-0501.2009.01784.x
12. GROSSI, V. (2005). *Estudo comparativo em humanos da membrana de colágeno e do enxerto de tecido conjuntivo gengival no tratamento das recessões periodontais, dissertação de Mestrado*, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.
13. OH, S.-L., JI, C., & AZAD, S. (2020). *Free gingival grafts for implants exhibiting a lack of keratinized mucosa: Extended follow-up of a randomized controlled trial*. *Journal of Clinical Periodontology*. doi:10.1111/jcpe.13272
14. GRUDER, U. *Crestal ridge width changes when placing implants at the time of tooth extraction with and without soft tissue augmentation after a healing period of 6 months : Reporto of 24 consecutive cases*. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*, v. 31, n. 1, p. 9-17, 2011
15. SCHIMITT et al. *Vestibuloplasty: porcine collagen matrix versus free gingival graft. A clinical and histological study*. *Journal of Periodontology*, 2012.
16. ANAND, VISHAL et al. *Free gingival autograft for augmentation of keratinized tissue in apical to gingival recession – A case report*. *Journal of oral biology and, craniofacial research* vol. 2,2 (2012) doi:10.1016/j.jobcr.2012.04.001



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM IMPLANTODONTIA.

TERMO DE ACEITAÇÃO E RECEBIMENTO DE ORIENTAÇÃO DO TRATAMENTO.

Eu, Edna de F. Z. Werner portador(a)
da carteira de identidade nº 4.383.012.4, CPF nº 630.4582.69.20, residente
no endereço: D. S. B. do J. P. Portugal, 305

Fui informado(a) à respeito do funcionamento do Curso de Especialização em Implantodontia nesta Instituição e das oportunidades sociais na área da saúde que este curso oferece à comunidade. Entendi que este Curso é oferecido aos Cirurgiões-Dentistas que desejam se especializar na área de implantodontia e com isto tornarem-se aptos e habilitados aos procedimentos desta área. Estou ciente que este Curso tem a finalidade de ensino aos Profissionais e que, aproveitando a oportunidade, a sociedade pode usar deste benefício oferecendo-se para obter os tratamentos inerentes à especialidade que é de difícil acesso em âmbito particular. Conheço e concordo que para realização dos procedimentos da Implantodontia (cirúrgico e protético), não há cobrança de qualquer valor pelo Curso, mas que deverei adquirir, com terceiros, os materiais especializados necessários para realização das fases cirúrgicas e protéticas, estando o curso isento de qualquer responsabilidade quanto às responsabilidades de valores entre mim e terceiros. -

Fui instruído sobre os fatos referentes à cirurgia de implantodontia e enxertos, se necessário, como tempo de cirurgia e data provável, como esta se realizará e local, materiais a serem utilizados e prováveis mudanças relacionadas às necessidades na hora da cirurgia, necessidades de exames complementares (exames de sangue, radiografias, tomografias, etc), cuidados pré e pós-operatórios (higiene, compressas frias, sangramento, alimentação, utilização de próteses, remoção de pontos e medicação), tipo de prótese à ser confeccionada posteriormente e provável data, necessidades de buscar outros profissionais em casos de emergências, limitações do curso em realizar prótese sobre implantes em todos os pacientes em curto espaço de tempo e fui orientado sobre a possibilidade de um tratamento complementar cirúrgico ou protético mal conduzido e realizado em outros lugares comprometer os tratamentos realizados nesta Escola. Estou ciente que o Curso não tem condições de fazer controle ou manutenção do tratamento por ser realizado em módulos distantes e ter interrupções relacionadas aos cumprimentos das avaliações e análises dos órgãos reguladores da Instituição. Concordo, também, que por ser um Curso voltado para o ensino, será realizada documentação de imagem (fotos, vídeos) com a finalidade de publicação científica e que em nenhum momento haverá a possibilidade de identificação do paciente através destes mecanismos por outros.

Por estar ciente e de acordo com todas estas orientações acima, assino o presente documento.

Edna de F. Z. Werner

Curitiba 02 de Agosto de 20 19