RECESSÕES GENGIVAIS EM TRATAMENTO ORTODÔNTICO: QUANDO E COMO INTERVIR? – CASOS CLÍNICOS

66

Catarina Izidoro, Mafalda dos Santos Vilhena, Mafalda Nemésio, Sara Maria Sardinha, Joana Lobato, Ricardo Castro Alves

Departamento de Periodontologia do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

INTRODUÇÃO: A recessão gengival é uma causa frequente de hipersensibilidade dentária e comprometimento estético. As doenças periodontais e o trauma de escovagem são os principais factores causais da recessão gengival, sobretudo quando associados a factores predisponentes como: biotipo gengival fino, raízes proeminentes, dentes vestibularizados, inserção alta de freios, deiscências ósseas e trauma oclusal. As evidências sugerem que o movimento ortodôntico não sendo a causa primária da recessão, pode criar o ambiente que a predispõe. No entanto, o tratamento ortodôntico pode também ajudar a criar condições que favoreçam o tratamento da recessão, com a correcção da posicionamento do dente na arcada.

Descrevem-se **três casos clínicos** que ilustram a abordagem das recessões gengivais **antes**, **durante** e **após** tratamento ortodôntico:

Caso Clínico I

- *Paciente sexo feminino, 18 anos, não fumadora, história clínica não relevante.*
- *Motivo de consulta: "Realizar tratamento ortodôntico para melhoria do sorriso" (SIC)*
- *Apinhamento dentário e recessão gengival classe III de Miller no dente 4.1 associada a um freio labial inferior proeminente*

Fig 1.: Recessão gengival 4.1 Classe III Miller associada a freio labial inferior proeminente.

A eliminação do freio e a correcção do defeito mucogengival está indicada para garantir maior resistência dos tecidos gengivais ao movimento ortodôntico previsto, bem como possibilitar um melhor controlo de placa. Neste caso, optou-se por intervir previamente ao tratamento ortodôntico, tendo sido realizado um **enxerto gengival livre e frenectomia no mesmo acto cirúrgico**.

Fig 2.: Pós-operatório imediato. Enxerto suturado ao leito receptor.

Fig 3.: Pós-operatório 4 semanas.

Fig 4.: Pós-operatório 7 meses.

Preparação do leito receptor: alisamento e polimento da superfície radicular seguida de retalho de espessura parcial que permitiu eliminar concomitantemente as fibras do freio. O enxerto, com uma espessura de cerca de 1,5 mm, foi recolhido do palato duro e suturado à zona receptora com pontos simples e pontos cruzados dento-ancorados com sutura nylon monofilamento 5/0. A zona dadora foi suturada com seda 4/0 com o objectivo de estabilização do coágulo. Utilizou-se uma goteira para protecção do palato e melhor conforto pós-operatório. A paciente foi acompanhada em consultas de follow-up às 4 semanas e 7 meses, tendo iniciado tratamento ortodôntico após a última avaliação.

Fig 5.: Vista Frontal: Apinhamento dentário, Recessão gengival 41 Classe III Miller.

Fig 6.: Pós-operatório 7 meses.

Caso Clínico II

- *Paciente sexo feminino, 14 anos, saudável; Tratamento ortodôntico em curso.*
- *Diagnóstico de defeito mucogengival no dente 4.1, recessão gengival classe III de Miller.*

Fig 7.: Dente 41 com recessão gengival classe III de Miller.

Para além do mau posicionamento do dente na arcada, o defeito mucogengival associado a uma **dificuldade no controlo de placa bacteriana** definiram-se como os principais factores de risco da recessão. A zona apresentava-se com **inflamação persistente**, o que inviabilizava a continuidade do tratamento.

Fig 8.: Pós-operatório imediato de enxerto gengival livre.

Fig 9.: Follow-up 1 ano.

Fig 10.: Follow-up 3 anos.

Foi realizado **enxerto gengival livre para aumento de banda de gengiva queratinizada**. O enxerto foi recolhido do palato com uma espessura média de 2mm e suturado à zona receptora previamente preparada com pontos simples e cruzados dentoancorados com sutura nylon monofilamento 5/0. A zona dadora foi suturada com seda multifilamento 4/0 com o objectivo de estabilização do coágulo. Utilizou-se uma goteira para protecção do palato e melhor conforto pós-operatório. A paciente foi observada para follow-up e monitorização do controlo de placa, ao fim de 1 mês, 2 meses e 3 meses, onde retomou o tratamento ortodôntico. Foi novamente observada aos 6 meses, 1 ano , 2 anos e 3 anos.

Fig 11.: Defeito mucogengival 41 e consequente inflamação da zona.

Fig 12.: Follow-up 3 anos.

Caso Clínico III

- *Paciente sexo feminino, 22 anos, não fumadora, saudável, tratamento ortodôntico prévio.*
- *Recessões gengivais múltiplas classe I de Miller nos dentes 1.4, 2.3 e 2.4, queixas de hipersensibilidade dentária e descontentamento estético.*

Fig 13.: Follow-up 2 meses 1º Quadrante.

Fig 14.: Pós-operatório imediato: Tunelização com enxerto tecido conjuntivo sub-epitelial- 1º Quadrante.

Fig 15.: Sorriso lateral à direita.

Fig 16.: Sorriso lateral à esquerda5

Fig 17 .:Pós-operatório imediato: Tunelização com enxerto tecido conjuntivo sub-epitelial- 2º Quadrante.

Fig 18.: Follow-up 2 meses – 2º Quadrante.

Realizou-se a técnica **de tunelização com enxerto de tecido conjuntivo sub-epitelial**, por ser uma técnica minimamente invasiva e se tratar de uma zona estética. Iniciou-se pelo tratamento do primeiro quadrante. Realizaram-se incisões intrasulculares de 1.3 a 1.5 com elevação do túnel subperiósteo com recurso a tunelizadores. O enxerto de tecido conjuntivo foi recolhido do palato, introduzido no leito receptor e suturado com nylon monofilamento 5/0. A sutura do palato foi removida aos 8 dias e a sutura do enxerto aos 15 dias. Ao fim de 2 meses procedeu-se à cirurgia plástica periodontal do segundo quadrante, utilizando a mesma técnica. A paciente foi observada em consultas de follow-up .

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O recobrimento radicular previamente ao tratamento ortodôntico pode estar indicado em localizações com pouca espessura gengival, ausência ou insuficiente gengiva queratinizada e em localizações com deiscências ou fenestrações ósseas previamente diagnosticadas. Contudo, se no tratamento ortodôntico estiver programado o movimento do dente com recessão gengival na direção do rebordo alveolar, poderá não ser necessário realizar a cirurgia de recobrimento radicular, uma vez que o próprio movimento ortodôntico irá contribuir para uma melhoria da situação do periodontal. Por outro lado, para deiscências e fenestrações que possam agravar durante o tratamento ortodôntico, os procedimentos prévios para aumento da espessura gengival estão indicados. A decisão clínica da melhor sequência de tratamento deve compreender um trabalho de equipa entre a ortodontia e a periodontologia.