

INFLUÊNCIA DA ESPESSURA TECIDUAL NA ESTABILIDADE DA MARGEM GENGIVAL NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO EM CIRURGIA DE AUMENTO DE COROA CLÍNICA

**BRESOLIN, Eduardo da Silva¹; ABDUCH-RODRIGUES, Eduardo Souza¹;
FRANZ, Fernanda Fernandes¹; FLACH, Renata¹; DAMÉ, José Antônio Mesquita²**

¹ Universidade Federal de Pelotas/Faculdade de Odontologia; ² Faculdade de Odontologia, Departamento de Semiologia e Clínica. jamdame@terra.com.br

1 INTRODUÇÃO

Durante os anos os cirurgiões-dentistas têm tido dificuldade em relacionar corretamente a colocação da margem das restaurações com o tecido periodontal. O sucesso de um tratamento restaurador geralmente requer preparos com margens bem definidas e acessíveis. Dessa forma, as margens dos preparos dentais deveriam ser colocadas o mais coronariamente possível da gengiva marginal livre (BLOCK, 1987). Entretanto, a presença de uma situação clínica ideal nem sempre ocorre, como quando há a presença de lesões cáries subgingivais, perfurações endodônticas, fraturas corono-radulares, coroas clínicas curtas ou preparos dentais profundos pré-existentes. Essas situações levam ao surgimento de lesões periodontais caracterizadas por inflamação gengival, perda de inserção, e reabsorção do osso alveolar (PARMA-BENFENATI; FUGAZZOTTO; RUBEN, 1985; CARNEVALE; FRENI STERRANTINO; DI FEBBO, 1983; TAL; SOLDINGER; DREIANGEL; PITARU; 1988 apud PONTORIERO; CARNEVALE; 2001). Nestes casos estão indicadas as técnicas de aumento de coroa clínica. Estes procedimentos cirúrgicos fazem parte da rotina do cirurgião-dentista e têm por objetivo a preservação do espaço biológico.

O presente estudo tem a finalidade de auxiliar no plano de tratamento de casos que envolvam restaurações e próteses fixas, pois sugere uma média da recessão gengival no pós-operatório baseado na espessura gengival pré-estabelecida no trans-operatório, evitando assim, situações em que ocorra exposição de margens restauradoras estéticas.

2 METODOLOGIA (MATERIAL E MÉTODOS)

A pesquisa foi realizada em pacientes encaminhados ao Projeto de Extensão de Aumento de Coroa Clínica (PROJACC) e foram operados somente pelo mesmo cirurgião. A seleção de pacientes incluiu dentes pré-molares com indicação de aumento de coroa clínica com cirurgia ressectiva nas faces livres e/ou interproximais.

Em um exame clínico inicial foram realizados os exames de índice de placa e sangramento no dente a ser operado e nos seus adjacentes. Após os pacientes foram moldados com alginato (Jeltrate®) para a confecção de um modelo de gesso (Fig. 1) onde, a partir dele, confeccionou-se um guia de sondagem em resina acrílica transparente.

Para medir a posição da margem gengival em relação ao guia cirúrgico a guia de sondagem foi perfurada em seis sítios - determinados no modelo de gesso: centro da face vestibular; centro da face lingual; centro da papila mesial vestibular; centro da papila distal vestibular; centro da papila mesial palatina; e centro da papila distal palatina (Fig. 2).



Figura 1 - Modelo de gesso.

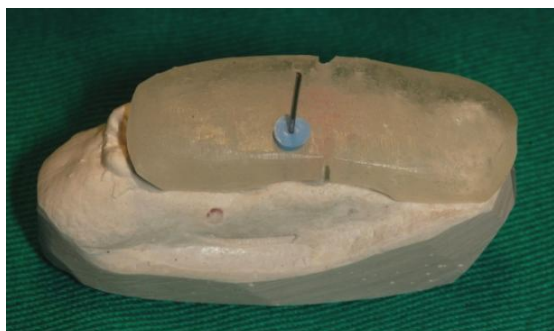


Figura 2 - Guia de cirurgico com batente e fio ortodôntico posicionado no modelo de gesso.

A espessura gengival foi medida utilizando-se um fragmento de fio ortodôntico com 0,5 mm de diâmetro onde foi adaptado um cursor endodôntico. Com o conjunto eram realizadas perfurações que coincidiam com o fundo da bolsa e/ou sulco e assim serviam como parâmetros para o delineamento da incisão inicial (Fig. 3). A distância encontrada era aferida com um paquímetro digital (Starret®).



Figura 3 - Medida da espessura gengival com fio ortodôntico 0,5 mm e cursor de borracha.

Com a utilização do guia cirúrgico as seguintes medidas foram escolhidas: (1) Antes da anestesia: distância da margem gengival até a superfície oclusal da guia; e nível de inserção em relação à guia; (2) Após a anestesia: espessura gengival - com fio ortodôntico e cursor endodôntico; (3) Após debridamento: altura óssea (4) Após osteotomia/osteoplastia: altura óssea (5) Após sutura: distância da margem gengival até a placa de mordida.

As medidas obtidas pelo fragmento de fio ortodôntico e cursor endodôntico foram dimensionadas com um paquímetro digital (Fig. 4). Os resultados obtidos foram registrados em ficha específica e posteriormente agrupados e submetidos à análise estatística.



Figura 4 - Paquímetro digital averiguando a medida do cursor.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo procurou avaliar a relação entre a espessura gengival e sua migração no período de cicatrização de até 120 dias. Goldman em 1964 (GOLDMAN, 1964; apud GONZALEZ) em estudo clínico observacional descreveu *Creeping attachment* como a migração do tecido gengival marginal pós-operatório em direção coronal, cobrindo parcial ou totalmente a porção da raiz vestibular previamente exposta após procedimentos muco-gengivais. Van der Velden (1982) investigou em sete pacientes, ao longo de três anos, a posição da margem gengival interproximal, após cirurgia de aumento de coroa clínica com retalho total e exposição da crista óssea interproximal (INGBERG; ROSE; COSLET, 1977). Os resultados demonstraram um crescimento médio de 4,33 mm a partir do nível ósseo proximal após três anos. Os pacientes foram reavaliados a cada seis meses até completar três anos. Esse estudo apesar de comprovar o crescimento da margem gengival em direção coronal não pode determinar em qual período de tempo ocorreu a estabilidade gengival. Pontoriero e Carnevale (2001), após 12 meses de avaliação confirmaram a migração da margem gengival em cirurgias com retalho de espessura parcial, suturado ao nível ou apical a crista óssea. A migração coronal da margem gengival foi de $3,2 \pm 0,8$ mm para o sítio proximal e $2,9 \pm 0,6$ mm para o sítio livre. Após 12 meses, o aumento de coroa efetivo foi de $0,5 \pm 0,6$ mm no sítio proximal e de $1,2 \pm 0,7$ mm no sítio livre.

No presente estudo foi verificada uma migração gengival para coronal ao final de 120 dias, sendo que durante o período de cicatrização houve oscilação da margem gengival tanto para coronal quanto para apical. Entretanto, com seis pacientes não foi possível achar relação entre a espessura da gengiva e a migração da margem gengival, nem relação entre a quantidade de tecido ósseo removido e a migração da margem gengival. A técnica cirúrgica utilizada neste estudo foi a preconizada por Ingber; Rose; Coslet (1977) na qual há uma exposição de, no mínimo, 3 mm de estrutura dentária saudável coronal a crista óssea, permitindo a formação da nova inserção conjuntiva, do epitélio juncional e do sulco gengival.

Uma variável importante foi a qualidade da restauração feita após o período de cicatrização recomendado. Algumas com sub e outras com sobre contorno prejudicando a cicatrização normal da gengiva, e até mesmo cirurgiões dentistas que relataram ainda não ser possível restaurar o dente, mesmo após o aumento de coroa clínica, pois não utilizavam isolamento absoluto para tal fim, então foi feita a restauração na Faculdade de Odontologia da UFPel com isolamento absoluto e fácil visualização do término cervical, provando que o aumento de coroa dava acesso suficiente para o procedimento.

4 CONCLUSÃO

Não foi possível observar correlação entre espessura gengival e migração da margem gengival após cirurgias de aumento de coroa clínica. Assim como relatado na literatura, a migração gengival tem uma tendência coronal durante o período de cicatrização, porém o número de pacientes analisados foi pequeno para fazer uma afirmação conclusiva em relação à migração gengival e espessura óssea removida e entre migração gengival e espessura gengival.

5 REFERÊNCIAS

BLOCK, P. I. Restorative margins and periodontal health: a new look at an old perspective. **J Prosther Dent**, v. 57, n. 6, p. 683- 689, Jun. 1987.

PARMA-BENFENATI, S.; FUGAZZOTTO, P.A.; RUBEN, M.P. The effect of restorative margins on the post-surgical development and nature of the periodontium. Part 1. **Int J Periodontics Restorative Dent**, v.5, n. 6, p. 30- 51, 1985.

CARNEVALE, G.; FRENI STERRANTINO, S.; DI FEBBO, G. Soft and hard tissue wound healing following tooth preparation to the alveolar crest. **Int J Periodontics Restorative Dent**, v.3, n.6, p. 36- 53, 1983.

PONTORIERO, R.; CARNEVALE, G. Surgical Crown Lengthening: A 12-Month Clinical Wound Healing Study. **J Periodontol**, v. 72, n. 7, p. 841- 848, 2001.

GONZALEZ, M.K.S. **Avaliação longitudinal, clínica e radiográfica, do processo de reparo dos tecidos periodontais marginais após cirurgia ressectiva de aumento de coroa.** 2006 129p. Tese (Doutorado em Periodontia) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru.

VAN DER VELDEN, U. Regeneration of the interdental soft tissues following denudation procedures. **J Clin Periodontol**, n. 9, p. 455-459, 1982.

INGBERG, J.S.; ROSE L.F.; COSLET J.G.; The biologic width — a concept in periodontics and restorative dentistry. **Alpha Omegan**, v.70, n. 13, p. 62-65, 1977.