

TRATAMENTO DE FENESTRAÇÃO GENGIVAL COM A TÉCNICA DE GENGIVOPLASTIA: RELATO DE CASO CLÍNICO COM FOLLOW-UP DE 8 ANOS

MARINA STRELOW KOPERECK¹; TACIANE MENEZES DA SILVEIRA²;
CAROLINE FERNANDES E SILVA³, ALVARO FRANCISCO BOSCO⁴, NATÁLIA DE
CAMPOS KAJIMOTO⁵, NATÁLIA MARCUMINI POLA⁶

¹Universidade Federal de Pelotas – marinakopereck@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – tacianesvs@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – caroline.fs@outlook.com

⁴Universidade Estadual Paulista – afbosco@hotmail.com

⁵UT Health San Antonio – natidecampos@gmail.com

⁶Universidade Federal de Pelotas – nataliampola@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A fenestração gengival é um achado patológico no qual uma porção da raiz do dente é clinicamente visível na cavidade oral devido à destruição e perda do osso alveolar sobreposto, periôsteo e mucosa oral (JU et al., 2004; BALASUBRAMANIAN et al., 2016). A base etiológica da fenestração gengival não foi completamente elucidada, mas provavelmente é multifatorial. Fatores locais como presença de placa/ cálculo, projeções cervicais do esmalte, mau posicionamento dos dentes, trauma, hábitos de mastigação/corpo estranho, fatores oclusais e roscas de fixação do implante foram associados à ocorrência de fenestração gengival (PEACOCK et al., 2001; LANE, 1997; PENDOR et al., 2013; GEIGER, 2001; BREAULT et al., 2016). Normalmente esta condição é mais frequente na região anterior do arco, especialmente na face vestibular de incisivos, em virtude de a cortical óssea vestibular ser significativamente mais delgada do que a cortical óssea lingual/palatina (CHEN et al., 2009). Defeitos de fenestração gengival podem criar problemas relacionados ao controle da placa, hipersensibilidade radicular e estética. Devido à ausência de sintomas e/ ou desconhecimento do paciente, essas lesões são relatadas com pouca frequência na literatura odontológica (ASKENAS et al., 1992; PEACOCK et al., 2001).

Embora as informações sobre fenestração gengival sejam limitadas, algumas técnicas para seu tratamento têm sido relatadas. Elas incluem enxerto de tecido conjuntivo, retalhos reposicionados, regeneração tecidual guiada (R.T.G.) e tratamento ortodôntico (TIBBETTS et al., 1998). Todavia, o objetivo deste trabalho é apresentar um sucesso clínico com um *follow-up* de oito anos em que foi utilizada uma técnica incomum como terapia eletiva para fenestração gengival, a gengivoplastia.

2. METODOLOGIA

Paciente do sexo feminino, leucoderma, 18 anos de idade, compareceu a Faculdade de Odontologia de Araçatuba/UNESP queixando-se de dificuldade para realização dos procedimentos de higiene bucal e sangramento gengival. Além disso, a paciente relatou o desejo de aumentar a coroa clínica dos dentes anteriores superiores e inferiores. Após anamnese e realização de exames clínico e radiográfico, foi observado o quadro de gengivite induzida por biofilme e erupção passiva alterada (EPA) na região anterior superior e inferior. Também foi

diagnosticada a presença de fenestração gengival na região vestibular do elemento 31, sem alterações radiográficas no tecido de inserção (Figuras 1 e 2). Como plano de tratamento inicialmente foi realizada terapia periodontal convencional de raspagem e alisamento radicular, para controle da inflamação supragengival e melhora do quadro de gengivite. Após 15 dias da raspagem, a paciente foi examinada novamente onde constatou-se a permanência da coroa clínica curta dos dentes e a possibilidade de tratá-la com a cirurgia plástica periodontal. Realizou-se a técnica de gengivoplastia para restituir as características anatomofuncionais normais do periodonto de proteção e corrigir o defeito de fenestração gengival do elemento 31. A técnica foi realizada com uma incisão primária utilizando o gengivótomo de Kirkland (Figura 3) seguido de uma incisão secundária com o gengivótomo de Orban (Figura 4) e por último incisão intrasulcular para liberação do colar gengival. Logo após foi realizada a remoção do colar gengival com curetas de Gracey 1-2 e raspagem da superfície dentária. As margens gengivais foram regularizadas, de forma a prover o arco gengival côncavo, regular e harmônico. Por fim, foram realizadas suturas na região interproximal (Figura 5) para a hemostasia da região. Foi prescrito analgésico de seis em seis horas, somente em caso de dor. O pós-operatório foi acompanhado durante várias sessões, constatando-se o sucesso clínico do tratamento após oito anos (Figura 6).



Fig.1 – Exame periodontal.

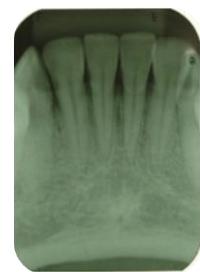


Fig.2 – Radiografia periapical da região.



Fig.3 – Incisão primária.



Fig.4 – Incisão secundária.



Fig.5 – Suturas interproximais.



Fig.6 – Follow up de 8 anos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Lesões de fenestração gengival documentadas são incomuns, embora a prevalência possa ser maior devido à subnotificação. As causas de tais defeitos não são esclarecidas, porém contornos proeminentes das raízes, mau posicionamento e protusão vestibular das raízes associada a cortical óssea fina são fatores predisponentes (FIORELINNI et al., 2007). A ligação entre o epitélio e o esmalte é descrita como uma junção composta por hemidesmossomos e lámina basal, e acredita-se que essa é uma área de menor resistência à degradação inflamatória quando associada à placa bacteriana. Em virtude disso, a maioria dos relatos da literatura revelam que o cálculo dental é o irritante mais comum que resulta em fenestrações do tecido mole (GOLDSTEIN, 1979; ITO et al., 1967; STERN, 1965). Como essas lesões costumam ser assintomáticas, a percepção da necessidade de tratamento para muitos pacientes é mínima, culminando em poucos relatos de estratégias de tratamento para a resolução do defeito.

Embora escassa, a literatura disponível a respeito da fenestração gengival não costuma utilizar a gengivoplastia como tratamento, sendo o enxerto de tecido conjuntivo a alternativa mais abordada. No presente caso, o diagnóstico de fenestração gengival e EPA, somada as queixas estéticas e funcionais da paciente levou à escolha da gengivoplastia como modalidade terapêutica, considerando-se também o fenótipo gengival mais espesso apresentado. As gengivoplastias são indicadas para casos em que há necessidade de eliminar porções gengivais que não apresentam bolsas periodontais, resultando em reconstituição do contorno festonado da margem gengival, adelgaçamento da espessura papilar e acentuação dos sulcos interdentais ou canais de escape. Elas são realizadas com o intuito de corrigir deformidades dos tecidos moles e por conseguinte facilitam o controle da placa e melhoram a estética (LASCALA et al., 1980).

Apesar dessa modalidade terapêutica não ser a mais indicada nessa situação, este caso de fenestração é um caso raro devido a fenestração se localizar sobre a coroa dentária, já que usualmente estes quadros ocorrem em região mais apical, devido à ausência de tábua óssea. Essa técnica foi indicada por poder ser realizada na região sem maior comprometimento do periodonto de proteção, e mostrou-se previsível diante do sucesso clínico observado após oito anos.

4. CONCLUSÕES

Este caso clínico mostrou que apesar de não haver relato na literatura do uso da gengivoplastia no tratamento de fenestrações gengivais, o tratamento eleito mostrou-se clinicamente eficaz na correção da lesão, sendo considerado um sucesso após oito anos de acompanhamento.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASKENAS, B. G. et al. Cervical enamel projection with gingival fenestration in a maxillary central incisor: report of a case. **Quintessence international**, v.23, n.2, p.103-107, 1992.

BALASUBRAMANIAN, S. K. et al. Isolated mucosal fenestration with localized gingival recession: Closure with an acellular dermal graft. A rare case report with two years' follow-up. **Quintessence international**, 2016.

BREAULT, L. G. et al. Repair of a Gingival Fenestration Using an Acellular Dermal Matrix Allograft. **U.S. Army Medical Department jornal**, p.81-84, 2016.

CHEN, G. et al. The management of mucosal fenestration: a report of two cases. **International endodontic jornal**, v.42, n.2, p.156-164, 2009.

DAVIES, S. J. et al. Management of tooth surface loss. **British dental jornal**, v.192, n.1, p.11-16, 19-23, 2002.

FIORELINNI, J. P. et al. Estruturas de suporte do dente. In: CARRANZA, N. T. K. **Periodontia Clínica**. Elsevier Ltda, 2007. Cap.5, p.85.

GEIGER, A. M. Malocclusion as an etiologic factor in periodontal disease: a retrospective essay. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v.120, n.2, p.112-115, 2001.

GOLDSTEIN, A. R. Enamel pearls as contributing factor in periodontal breakdown. **Journal of the American Dental Association**, v.99, n.2, p.210-211, 1979.

ITO, H. et al. Electron microscopic study of the human epithelial attachment. **The Bulletin of Tokyo Medical and Dental University**, v.14, n.2, p.267-277, 1967.

JU, Y.R. et al. Surgical intervention of mucosal fenestration in a maxillary premolar: a case report. **Quintessence international**, v.35, n.2, p.125-128, 2004.

LANE, J. J. Gingival fenestration. **Journal of periodontology**, v.48, n.4, p.225-227, 1977.

LASCALA, N. T. et al. Periodontia clínica: especialidades afins. **Artes Médicas**, p.335, 1980.

PEACOCK, M. E. et al. Periodontal plastic surgical technique for gingival fenestration closure. **General dentistry**, v.49, n.4, p.393-395, 2001.

PENDOR, S. et al. Coverage of gingival fenestration using modified pouch and tunnel technique: a novel approach. **Case reports in dentistry**, v. 2013, 2013.

SNEED, W. D. Noncarious cervical lesions: why on the facial? A theory. **Journal of esthetic and restorative dentistry**, v.23, n.4, p.197-200, 2011.

STERN, I. B. Electron microscopic observatons of oral epithelium. I. Basal cells and the basement membrane. **Periodontics**, v.3, n.5, p.224-238, 1965.

TIBBETTS, L. S. et al. Periodontal microsurgery. **Dental clinics of North America**, v.42. n.2, p.339-359, 1998.