

## AVALIAÇÃO DE DOR E CONSUMO DE ANALGÉSICOS EM PACIENTES SUBMETIDOS A REMOÇÃO DE ENXERTO GENGIVAL LIVRE

**JÉSSICA DE VARGAS BOSENBECKER<sup>1</sup>; RODRIGO KÖNSGEN ROSSALES<sup>2</sup>;**  
**FRANCISO WILKER MUSTAFA GOMES MUNIZ<sup>3</sup>; THIAGO MARCHI MARTINS<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – [jessicabosenbecker@gmail.com](mailto:jessicabosenbecker@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – [rodrigokonsgen@gmail.com](mailto:rodrigokonsgen@gmail.com)

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pelotas – [wilkermustafa@gmail.com](mailto:wilkermustafa@gmail.com)

<sup>4</sup>Universidade Federal de Pelotas – [thiagoperio@yahoo.com.br](mailto:thiagoperio@yahoo.com.br)

### 1. INTRODUÇÃO

A cirurgia plástica periodontal é um procedimento no qual a principal finalidade é corrigir ou prevenir alterações anatômicas, traumáticas ou oriundas de patologias que afetem a gengiva, a mucosa alveolar e o tecido ósseo adjacente (ZUCCHELLI; MOUNSSIF, 2015). Os procedimentos relacionados à cirurgia plástica periodontal, destinados à correção de deficiências nos tecidos moles ao redor dos dentes, implantes e rebordos edêntulos, geralmente requerem o emprego de enxertos de tecido conjuntivo (ETC) desepitelizado ou enxertos gengivais livres (EGL), técnica descrita em 1966 por Nabers (NABERS, J.M., 1966).

Os enxertos de tecido conjuntivo utilizados em Periodontia, em sua maioria, são obtidos da região palatina. A fim de alcançar bons resultados clínicos e minimizar a morbidade e complicações pós-operatórias, diversas técnicas para remoção do EGL e estratégias para proteção da área doadora têm sido sugeridas (BOSCO et al., 1996; PECHA et al., 2024). Geralmente, as técnicas de desepitelização intrabucal, que corroboram a cicatrização por primeira intenção, requerem espessura palatina substancial, com o objetivo de reduzir o risco de necrose do retalho palatino em virtude da vascularização limitada, além de minimizar a dor (MAINO et al., 2018).

A técnica EGL não provoca maior desconforto pós-operatório em comparação com a técnica convencional de ETC desepitelizado (“trap door technique”) (ZUCCHELLI et al., 2010). Assim, se a ferida palatina for mantida protegida durante a cicatrização com esponja de colágeno hemostático, não há divergência considerável em dor e morbidade entre os grupos ETC desepitelizado e EGL.

Este estudo objetiva avaliar resultados clínicos centrados no paciente de duas abordagens de proteção da área doadora palatina após a remoção de EGL: uso de fragmentos de epitélio e conjuntivo (FEC) do EGL ou esponja hemostática (HEM) (Hemospon®, Maquira Indústrias de Produtos Odontológicos S.A, Maringá, PR, Brasil), ambas combinadas com suturas e uso de placa de acetato por 7 dias após a cirurgia.

### 2. METODOLOGIA

O trabalho de pesquisa será delineado como um Ensaio Clínico Randomizado (ECR) cego e em paralelo, com o objetivo de analisar os desfechos clínicos da cicatrização e morbidade pós-operatória provenientes de duas técnicas de proteção da ferida cirúrgica na área doadora do palato. Ademais, os resultados adquiridos por meio dos dados apurados serão reportados de acordo com as orientações estabelecidas no “Consolidated Standards of Reporting Trials Statements” (CONSORT). Com a finalidade de assegurar a confidencialidade dos participantes

voluntários, apenas os pesquisadores e a equipe do estudo têm acesso aos dados dos pacientes, os quais assinam Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa utilizará uma amostra conveniente de pacientes da Faculdade de Odontologia da UFPel que apresentam demanda e indicação clínica de cirurgia de recobrimento radicular associado com EGL em recessão gengival única isolada em dentes anteriores da mandíbula. O cálculo amostral indicou 22 indivíduos por grupo, o que indica que 44 pacientes se fazem essenciais para identificar discrepâncias na área de cicatrização remanescente após 14 dias do procedimento cirúrgico, com poder de 80% e alfa de 5%, considerando uma taxa de atração de cerca de 10%. A randomização foi realizada por um pesquisador não envolvido que depositou os tratamentos em envelopes opacos numerados de 1 a 44. O operador abre o envelope referente ao número de identificação do paciente no momento da cirurgia, rompendo o cegamento. O avaliador é cego ao tratamento durante todo o estudo.

Para ser incluído no estudo, os seguintes critérios deverão ser preenchidos: ausência de doença sistêmica relatada; idade igual ou superior a 18 anos e estar disposto a participar do estudo; conter um periodonto saudável ou demonstrar condição periodontal estável após terapia periodontal convencional; possuir índice de sangramento gengival <10% e índice de placa bacteriana <15%; ter indicação clínica para cirurgia plástica periodontal associada com ETC e ausência de histórico de coleta de enxerto palatino. Os pacientes serão excluídos da pesquisa ao apresentarem as seguintes condições: tratamento endodôntico inadequado; gravidez; relatar o uso de fármacos que afetariam adversamente os tecidos periodontais (corticosteroides, imunossupressores); fumantes ou ex-fumantes, que tenham parado de fumar há menos de um ano; possuir mobilidade dentária no local da cirurgia; ter necessidade de tratamento ortodôntico prévio à realização da cirurgia de recobrimento radicular.

O tamanho do enxerto (6 mm de altura, 15 mm de comprimento e 1-1,5 mm de espessura) é padronizado por uma guia de acetato, que auxilia na análise da cicatrização. No grupo controle HEM é aplicada e suturada. Já em pacientes do grupo teste o FEC é reposicionado e suturado. Placas de acetato são associadas na proteção da área doadora, em ambos os grupos. Os exames clínicos são repetidos por um avaliador cego ao tratamento, após o procedimento cirúrgico, em 7, 14 e 28 dias, em que se avalia a área de cicatrização, dor pós-operatória e qualidade de vida relacionada à saúde bucal. O desfecho primário do estudo, na presente avaliação dos resultados parciais, será a dor pós-operatória, e o secundário será o consumo de analgésicos de 1-7 dias, em 10 e 14 dias. A hipótese é que o FEC apresente resultados superiores ao HEM.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Até o momento atual 17 pacientes foram incluídos no estudo, dos quais 2 pacientes não entregaram a EVA. Portanto, os dados reportados referem-se a 15 pacientes (n=15), sendo 7 no grupo controle (HEM) e 8 no grupo teste (FEC). Para o cálculo da média de idade dos pacientes foi feito o teste-t para amostras independentes. A média de idade dos pacientes no tratamento do grupo teste (FEC) foi de 28,75 anos, enquanto no grupo controle (HEM) foi de 31,22 anos. A distribuição dos dados foi verificada por intermédio do Shapiro-Wilk, com o valor de  $p<0,001$  para todos os desfechos. Dessa forma, as comparações entre os desfechos foram realizadas utilizando o teste de Mann-Whitney.

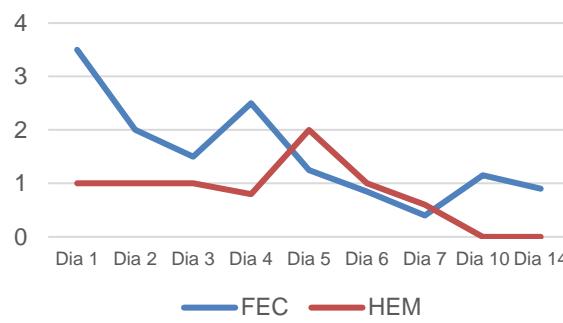


Figura 1 – Escore médio de dor pós-operatória



Figura 2 – Uso de comprimidos de analgésico no período pós-operatório

**Tabela 1.** Escore de dor no período pós-operatório. Valores em Mediana (intervalo interquartil)

	Grupo teste FEC (n=8)	Grupo controle HEM (n=7)	Valor de p
Idade média±DP	28,75±9,66	31,22±8,72	0,587#
Dor – Dia 1	3,50 (1,00 – 6,40)	1,00 (0,00 – 7,00)	0,232*
Dor – Dia 2	2,00 (0,57 – 5,98)	1,00 (0,00 – 3,00)	0,281*
Dor – Dia 3	1,50 (0,57 – 5,13)	1,00 (0,00 – 2,00)	0,336*
Dor – Dia 4	2,50 (0,55 – 4,38)	0,80 (0,00 – 2,50)	0,397*
Dor – Dia 5	1,25 (0,50 – 3,50)	2,00 (0,00 – 4,00)	1,000*
Dor – Dia 6	0,85 (0,00 – 2,65)	1,00 (0,00 – 2,60)	0,867*
Dor – Dia 7	0,40 (0,00 – 2,53)	0,60 (0,00 – 1,30)	0,867*
Dor – Dia 10	1,15 (0,00 – 6,35)	0,00 (0,00 – 0,10)	0,152*
Dor – Dia 14	0,90 (0,00 – 1,95)	0,00 (0,00 – 0,00)	0,072*

Legenda: #teste-t para amostras independentes; \*Mann-Whitney

**Tabela 2.** Consumo de analgésico em número de comprimidos. Valores em Mediana (intervalo interquartil)

	Grupo teste FEC (n=8)	Grupo controle HEM (n=7)	Valor de p
Idade média±DP	28,75±9,66	31,22±8,72	0,587#
Analgésico – Dia 1	1,50 (1,00 – 2,00)	1,00 (1,00 – 3,00)	0,867*
Analgésico – Dia 2	1,00 (0,00 – 2,75)	1,00 (0,00 – 2,00)	0,955*
Analgésico – Dia 3	0,00 (0,00 – 1,75)	1,00 (0,00 – 3,00)	0,536*
Analgésico – Dia 4	0,00 (0,00 – 1,00)	1,00 (0,00 – 2,00)	0,463*
Analgésico – Dia 5	0,00 (0,50 – 1,75)	1,00 (0,00 – 2,00)	0,613*
Analgésico – Dia 6	0,00 (0,00 – 0,75)	1,00 (0,00 – 2,00)	0,232*
Analgésico – Dia 7	0,00 (0,00 – 0,00)	0,00 (0,00 – 1,00)	0,613*
Analgésico – Dia 10	0,00 (0,00 – 0,00)	0,00 (0,00 – 0,00)	0,694*
Analgésico – Dia 14	0,00 (0,00 – 0,00)	0,00 (0,00 – 0,00)	1,000*

Legenda: #teste-t para amostras independentes; \*Mann-Whitney

Com base na análise estatística, não foi observada diferença significativa em relação à dor pós-operatória e consumo de analgésicos dentro de um período de 14 dias entre os grupos FEC e HEM. A inexistência de discrepança estatística pode ocorrer em virtude da utilização de placa palatina em ambos os grupos do estudo, uma vez que um ECR relatou menor dor pós-operatória e menor consumo de analgésicos para o grupo que utilizou apenas placa palatina em comparação ao HEM ou à fibrina rica em plaquetas, ambos associados com suturas ou cianoacrilato (BASMA et al., 2023).

Há poucos estudos na literatura que descrevem a técnica FEC como método de proteção da área doadora palatina. Os resultados obtidos no presente estudo estão alinhados com os reportados em um ensaio clínico que realizou a proteção da área doadora palatina com cimento cirúrgico (n=10), HEM associada com cimento cirúrgico (n=10) ou FEC associado com cimento cirúrgico (n=10) (BOSCO, et al., 1996). Os dados sobre a dor pós-operatória foram reportados como “presente” ou “ausente” em 7 dias após o procedimento cirúrgico. Uma semana após a cirurgia, a dor estava presente em 50% menos pacientes que tiveram HEM ou FEC associados na proteção da área doadora palatina em comparação com aqueles que utilizaram apenas cimento cirúrgico (Bosco et al., 1996).

#### 4. CONCLUSÕES

A partir dos resultados parciais desse estudo, constata-se que em relação ao consumo de analgésicos e à dor no período pós-operatório por até 14 dias, não foi identificada discrepância significativa entre o uso de FEC ou HEM associada com suturas e uso da placa palatina de acetato por 7 dias na proteção da ferida palatina. No entanto, é necessário alcançar o número de pacientes previsto pelo cálculo amostral para realizar avaliações conclusivas.

#### 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BASMA, H. S.; SALEH, M. H. A.; ABOU-ARRAJ, R. V.; IMBROGNO, M. et al. Patient-reported outcomes of palatal donor site healing using four different wound dressing modalities following free epithelialized mucosal grafts: A four-arm randomized controlled clinical trial. **Journal of Periodontology**, 94, n.1, p.88-97, 2023.
- BOSCO, A. F.; PEREIRA, S. L. S.; JÚNIOR, N. L.; MILANEZ, L. A. Análise Clínica das áreas doadoras de Enxerto Gengival Livre. **Revista da APCD**, 50, n.6, p.515-521, 1996.
- NABERS JM. Free gingival graft. **Periodontia**, v.4, p. 243-245, 1966.
- MAINO, G.N.E.; VALLES, C.; SANTOS, A.; PASCUAL, A.; ESQUINAS, C.; NART, J. Influence of suturing technique on wound healing and patient morbidity after connective tissue harvesting: A randomized clinical trial. **J Clin Periodontol**, v. 45, n. 8, p. 977-985, 2018.
- PIECHA, M.C.; ROSSALES, R.; DE ARAUJO, T.; MARTINS, T. Treatment of deep gingival recession in homologous molars using a modified laterally positioned flap and subepithelial connective tissue graft: a case report. **Academy of General dentistry**, Chicago, v.72, n.5, p. 20-25, 2024
- ZUCHELLI, G.; MELE, M.; STEFANINI, M.; MAZZOTTI, C.; MARZADORI, M.; MONTEBUGNOLI, L.; DE SANCTIS, M. Patient morbidity and root coverage outcome after subepithelial connective tissue and deepithelialized grafts: a comparative randomized controlled clinical trial. **J Clin Periodontol**, v.37, n.8, p.728-738, 2010.
- ZUCHELLI, G.; MOUNSSIF I. Periodontal plastic surgery. **Periodontology 2000**, v. 68, n. 1, p. 333-68, 2015.