

ALTERAÇÕES CLÍNICAS DECORRENTES DO RECOBRIMENTO RADICULAR DE RECESSÕES GENGIVais ISOLADAS PROFUNDAS RT1 E RT2 DE CAIRO EM INCISIVOS INFERIORES

RODRIGO KÖNSGEN ROSSALES¹; FRANCISCO WILKER MUSTAFA GOMES MUNIZ²; THIAGO MARCHI MARTINS³

¹*Universidade Federal de Pelotas – rodrigokonsgen@gmail.com*

² *Universidade Federal de Pelotas – wilkermustafa@gmail.com*

³ *Universidade Federal de Pelotas – thiagoperio@yahoo.com.br*

1. INTRODUÇÃO

A recessão gengival (RG) é o deslocamento apical da margem gengival em relação à junção cemento-esmalte (JCE), levando à perda de inserção e à exposição da superfície radicular ao ambiente oral (CORTELLINI; BISSADA, 2018). Este defeito mucogengival é bastante comum, com 91,6% da população adulta americana apresentando pelo menos um dente com RG. Além disso, 70,7% dos indivíduos ao menos um dente com RG na região anterior, sendo os incisivos centrais e laterais inferiores os dentes mais afetados (ROMANDINI *et al.*, 2020).

O tratamento da recessão gengival vestibular profunda e isolada na região anterior da mandíbula apresenta um desafio clínico significativo devido a várias condições anatômicas adversas (BOSCO *et al.*, 2021). Recentemente, uma revisão sistemática confirmou que a localização do dente desempenha um papel importante nos resultados de recobrimento radicular, demonstrando que a área anterior da mandíbula está associada à menor média de recobrimento radicular quando se utiliza o retalho avançado coronário (RAC) e o RAC + enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (ETCS), em comparação com outros sextantes (ZUCCHELLI *et al.*, 2018). Sculean e Alen (2018) apresentaram, por meio de uma série de casos com 24 pacientes, uma nova técnica cirúrgica especificamente projetada para recessões mandibulares isoladas e profundas, o Túnel Fechado Lateralmente (TFL) associado a matriz derivada do esmalte e ETCS. A morbidade pós-operatória foi baixa e o recobrimento radicular completo foi obtido em 17 dos 24 defeitos (70,83%), enquanto nos 7 restantes a porcentagem de cobertura radicular correspondia a 80% a 90% (6 casos) e a 79% (1 caso) (SCULEAN; ALLEN, 2018).

Entre outras técnicas cirúrgicas mucogengivais disponíveis, o Retalho Posicionado Lateralmente (RPL), combinado ou não com ETCS, pode ser uma excelente alternativa para o recobrimento radicular na região anterior da mandíbula (AGUSTO *et al.*, 2022; BOSCO *et al.*, 2021). Dentre as várias modificações no desenho da técnica do RLP, algumas foram feitas para preservar a integridade do sítio doador, excluindo o tecido mole marginal do retalho ou criando-o com espessura parcial ou mista (BOSCO *et al.*, 2021; ZUCCHELLI *et al.*, 2004). No entanto, na presença de um vestíbulo raso e um fenótipo periodontal fino no sítio doador, a falta de tecido gengival pode dificultar o alcance do RLP a uma posição coronal sem tensão no sítio receptor, limitando os resultados do recobrimento radicular. Além disso, para melhorar a nutrição e a mobilidade do RLP, pode ser necessário envolver pelo menos dois dentes adjacentes ao defeito de RG (BOSCO *et al.*, 2021). Diante da presente situação clínica apresentada, o objetivo deste trabalho será comparar as alterações clínicas do RPL+ETCS e o TFL+ETCS no tratamento de RG isoladas RT1 e RT2 de Cairo localizadas em incisivos inferiores.

2. METODOLOGIA

Neste estudo, o trabalho de pesquisa será delineado como um Ensaio Clínico Randomizado (ECR) cego, em paralelo. O estudo foi apreciado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFPel sob CAAE: 17014719.0.0000.5317. Para que os pacientes participem do projeto é necessário assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O desfecho primário será a cobertura radicular média (CRM) e os desfechos secundários serão a variação da largura da RG e tecido queratinizado e os parâmetros clínicos periodontais.

O estudo usará uma amostra conveniente de pacientes da Faculdade de Odontologia da UFPel que tenham necessidade e indicação de cirurgia de recobrimento radicular associado com ETCS em recessão gengival unitária isolada em dentes anteriores mandibulares. O cálculo amostral indicou que 26 pacientes por grupo ($n=52$) são necessários para detectar diferenças na cobertura radicular em até 12 meses após a cirurgia, considerando um poder de 80%, $\alpha=5\%$ e taxa de atrição de cerca de 10%. A randomização foi realizada em blocos por um pesquisador não envolvido que depositou os tratamentos em envelopes opacos numerados de 1 a 52. No momento da cirurgia o operador abre o envelope referente ao número de identificação do paciente, quebrando o cegamento. O avaliador é cego ao tratamento durante todo o período do estudo e o paciente é mascarado em relação ao tratamento recebido (Grupo 1: RPL Grupo 2: TFL).



Figura 1. Desenho da incisão de cada técnica. Na esquerda o esquema para realização do RPL, e na direita o do TFL. P: Retalho de espessura parcial. T: Retalho de Espessura Total.

Os pacientes incluídos no estudo deverão preencher os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos e estarem dispostos a participar do estudo; não possuir doenças sistêmicas relatadas; possuir um periodonto saudável ou demonstrar condição periodontal estável após terapia periodontal convencional; possuir índice de sangramento gengival <10% e índice de placa bacteriana <15%; possuir indicação clínica para cirurgia plástica periodontal associada com ETCS, a fim de tratar defeitos de RG únicos RT1 e RT2 de Cairo, ao redor de dentes naturais localizados na região anterior de mandíbula; não possuir histórico de coleta de enxerto palatino. Os pacientes serão excluídos do estudo caso apresentem alguma das condições: gravidez; relatar o uso de medicamentos que afetariam adversamente os tecidos periodontais (corticosteroides, imunossupressores); possuir tratamento endodôntico inadequado; fumantes ou ex-fumantes, que tenham parado de fumar há menos de um ano; possuir mobilidade dentária no local da cirurgia; possuir necessidade de tratamento ortodôntico prévio à realização da cirurgia de recobrimento radicular.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados parciais apresentados são referentes a 3 meses de acompanhamento de 20 pacientes. Para cada uma das técnicas foram incluídos 10 pacientes ($RPL=10$, $TFL=10$). Os pacientes foram alocados aleatoriamente em cada uma das técnicas. No baseline observou-se homogeneidade entre os dois grupos para as todas as variáveis avaliadas.

Tabela 1. Dados clínicos com acompanhamento de 3 meses

Variável		Grupo 1 - RPL	Grupo 2 - TFL	Valor de p
Cobertura Radicular	Média±DP	3,30±0,27	2,23±0,46	0,060*
Média (CRM)		P<0,001@	P<0,001@	
Redução da Largura da RG	Mediana (IQR)	1,50 (1,00 – 3,00)	1,00 (0,00 – 1,25)	0,043\$
Redução da PS	Média±DP	0,73±0,32	0,50±0,23	0,562*
		P=0,048@	P=0,057@	
Aumento de inserção clínica	Média±DP	4,70±1,37	2,83±0,51	0,012*
Aumento de tecido queratinizado	Média±DP	3,17±0,23	2,20±0,45	0,072*
		P<0,001@	P=0,001@	
Recobrimento radicular completo	Não	6 (60,0)	9 (90,0)	0,303#
	Sim	4 (40,0)	1 (10,0)	

Legenda: # teste exato de Fisher; *teste-t para amostras independentes; \$ teste Mann-Whitney; @ teste-t para amostras dependentes; & teste de Wilcoxon.

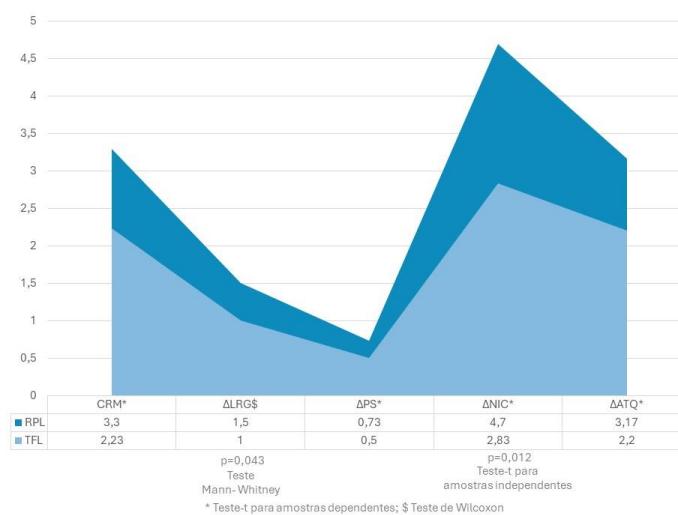


Figura 2. Alterações nos parâmetros clínicos 3 meses após recobrimento radicular.

Os resultados observados demonstram uma melhora em todos os parâmetros clínicos para ambos os grupos. Entretanto, resultados melhores foram observados para o grupo RPL, havendo melhora real na redução da largura da RG e aumento de inserção clínica. Uma revisão sistemática com meta-análise encontrou que o retalho avançado coronalmente (RAC) associado com ETCS é o padrão ouro para o recobrimento de RG unitárias (CHAMBRONE *et al.*, 2022). Uma série de casos utilizou uma intervenção mista ortodôntica e cirúrgica (RAC+ETCS) para realizar o recobrimento radicular de recessões isoladas e profundas (>4mm) em incisivos inferiores, após a intervenção cirúrgica obtiveram CRM de 3,8mm e redução de 2,0 mm na largura da RG (FADDA *et al.*, 2022).

4. CONCLUSÕES

Após três meses de acompanhamento, o grupo RPL apresentou melhor CRM em incisivos inferiores em comparação ao grupo TFL. Ambos os grupos mostraram melhorias em todos os parâmetros clínicos avaliados, no entanto, o grupo RPL demonstrou superioridade, especialmente na redução da largura da RG e no ganho de inserção clínica. Para detectar diferenças significativas em outros parâmetros, é necessário um período de acompanhamento mais longo e a inclusão da amostra completa prevista.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUSTO, M.; SALMAN, A.; PARKER, D.; CHOI, D.; SCHINCAGLIA, G. P. Root Coverage Predictability in the Treatment of Gingival Recessions on Mandibular Anterior Teeth. **JDR clinical and translational research**, v. 7, n. 3, p. 224–233, jul. 2022.
- BOSCO, A. F.; DE ALMEIDA, J. M.; RETAMAL-VALDES, B.; TAVARES, R.; LATIMER, J. M.; MESSINA, D.; HENKE, M.; DIAS, L. G. R.; MARTINS, T. M. Laterally Positioned Flap with Subepithelial Connective Tissue Graft Modified One-Stage Procedure for the Treatment of Deep Isolated Gingival Recessions in Mandibular Incisors. **Case Reports in Dentistry**, v. 2021, 2021.
- CHAMBRONE, L.; BOTELHO, J.; MACHADO, V.; MASCARENHAS, P.; MENDES, J. J.; AVILA-ORTIZ, G. Does the subepithelial connective tissue graft in conjunction with a coronally advanced flap remain as the gold standard therapy for the treatment of single gingival recession defects? A systematic review and network meta-analysis. **Journal of periodontology**, v. 93, n. 9, p. 1336–1352, 1 set. 2022.
- CORTELLINI, P.; BISSADA, N. F. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. **Journal of periodontology**, v. 89, p. S204–S213, 1 jun. 2018.
- FADDA, M.; STEFANINI, M.; RENDÓN, A.; SANGIORGI, M.; TAVELLI, L.; ZUCCHELLI, G. Treatment of Deep Isolated Gingival Recession Defects Affecting Mandibular Incisors: A Novel Interdisciplinary Orthodontic-Mucogingival Approach. **The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 42, n. 1, p. 25–33, jan. 2022.
- ROMANDINI, M.; SOLDINI, M. C.; MONTERO, E.; SANZ, M. Epidemiology of mid-buccal gingival recessions in NHANES according to the 2018 World Workshop Classification System. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 47, n. 10, p. 1180–1190, out. 2020.
- SCULEAN, A.; ALLEN, E. The Laterally Closed Tunnel for the Treatment of Deep Isolated Mandibular Recessions: Surgical Technique and a Report of 24 Cases. **The International journal of periodontics & restorative dentistry**, v. 38, n. 4, jul. 2018.
- ZUCCHELLI, G.; CESARI, C.; AMORE, C.; MONTEBUGNOLI, L.; DE SANCTIS, M. Laterally moved, coronally advanced flap: a modified surgical approach for isolated recession-type defects. **Journal of periodontology**, v. 75, n. 12, p. 1734–1741, dez. 2004.
- ZUCCHELLI, G.; TAVELLI, L.; RAVIDÀ, A.; STEFANINI, M.; DEL AMO, F. S. L.; WANG, H. L. Influence of tooth location on coronally advanced flap procedures for root coverage. **Journal of Periodontology Wiley-Blackwell**, 2018.