



GESTÃO DAS LIMITAÇÕES ESTÉTICAS APÓS CORREÇÃO DE DEFEITO INFRA-ÓSSEO PERIODONTAL AVANÇADO

A doença periodontal expressa-se através de um conjunto de manifestações patológicas ao nível das estruturas de suporte do dente. Durante o exame clínico, e perante esta patologia é frequente a identificação de determinados sinais como mobilidade dentária, aumento da coroa clínica por recessão gengival ou valores de sondagem aumentados. De igual modo, alterações no nível ósseo são detetadas radiograficamente.

Os sinais supracitados podem obviamente ser detetados em diferentes estádios de evolução e assim determinar diferentes estádios da doença. Consideramos estar perante uma doença periodontal avançada quando são detetáveis níveis de perda de inserção ≥ 5 mm e sangrantes à sondagem, defeitos ósseos periodontais infragengivais e/ou lesões de furca.

Uma vez atingido este estádio, dificilmente se conseguirá resolver o problema recorrendo apenas a técnicas de remoção química/mecânica do cálculo dentário. É nesta altura que se avalia a necessidade de recorrer à fase cirúrgica do tratamento periodontal procurando a regeneração das estruturas previamente destruídas.

A regeneração periodontal pressupõe a formação de um novo cemento sobre a superfície radicular e simultaneamente a formação de um novo ligamento periodontal e osso alveolar substituindo então o que outrora fora destruído pela infeção. A técnica de utilização de proteínas derivadas da matriz do esmalte é considerada uma opção viável nesta perspetiva. As referidas proteínas, de nome amelogeninas e enamelinas, irão mimetizar o processo de embriogénese dentária induzindo a diferenciação das células indiferenciadas do ligamento em cementoblastos, fibroblastos e odontoblastos, ou seja, em células-mãe dos diferentes tecidos periodontais permitindo a sua regeneração. Conjuntamente a esta técnica, pode recorrer-se a enxertos ósseos para facilitar o preenchimento do defeito pré-existente. A viabilidade e sucesso deste tratamento a longo prazo está diretamente dependente de uma fase de tratamento periodontal de suporte convenientemente realizada.

No entanto, uma vez solucionado o problema do ponto de vista funcional é necessário repensá-lo de um ponto de vista estético. As “cicatrices” deixadas pela evolução da doença, como a marcada recessão gengival, mantêm-se e são um marco negativo na estética do sorriso. Torna-se necessário intervir no sentido de minimizar esses danos.



Fig. 1 e 2. Situação clínica e radiográfica iniciais.



Fig. 3. Descolamento mucoperiósseo e limpeza do defeito.



Fig.4. Aplicação Prefgel®.

Caso Clínico

Paciente do sexo feminino, de 33 anos, dirigiu-se à consulta devido à “ausência de gengiva em volta dos dentes”.

Após criterioso exame clínico e radiográfico, verificou-se que a paciente apresentava uma perda de suporte periodontal avançado na região dos dentes 22 e 23 com trauma oclusal como fator de risco associado. Consequentemente, o dente 22 apresentava mobilidade grau I, profundidade de sondagem de 8mm em disto-vestibular e uma perda de inserção de cerca de 11mm. Além disso, era evidente a recessão gengival nos dentes supracitados (Classe III de Miller) (Fig. 1 e 2).

Após discussão acerca das hipóteses de tratamento, a paciente decidiu optar pela vertente da cirurgia regenerati-

va, tendo-se estabelecido um plano de tratamento em quatro etapas.

Iniciou-se a fase higiénica do tratamento periodontal, com raspagem e alisamento radicular dos dentes 22 e 23 e ferulização adesiva de 21 a 23. Seguiu-se a fase regenerativa dos defeitos periodontais angulares profundos existentes entre os dentes 22 e 23. Após descolamento mucoperiósseo e limpeza do defeito (RAR) (Fig.3), aplicou-se o Prefgel® durante dois minutos e de seguida (Fig.4), o gel de proteínas derivadas da matriz do esmalte (Emdogain®) foi também aplicado sobre as raízes expostas (Fig. 5). Posto isto, o defeito ósseo pré-existente foi preenchido com hidroxiapatite de origem bovina (Bio-oss®) (Fig.6) e suturado devidamente com Gore-tex® (Fig.7).



Fig. 5. Aplicação Emdogain®.



Fig. 6. Aplicação Bio-oss®.



Fig. 7. Sutura com Gore-tex®.



Fig. 8 e 9. Controlo radiográfico aos 3 e 5 anos respetivamente.



Fig. 10. Simulação de margem gengival com resina composta adesiva rosa da GC®.

Com o intuito de se estabelecer um tratamento periodontal de suporte, consultas de controlo foram realizadas de quatro em quatro meses no primeiro ano e de seis em seis meses nos anos seguintes.

Os resultados obtidos no pós-tratamento cirúrgico foram ao encontro do que era expectável, tendo-se conseguido a regeneração dos tecidos periodontais com correção do defeito infra-ósseo. No raio-x de controlo pode verificar-se a deposição de parênquima ósseo no local do defeito interdentário, que se traduziu numa profundidade de sondagem aceitável e na ausência de sangramento (Fig. 8 e 9).

Após cicatrização seguiu-se a fase de recuperação estética. A proposta de tratamento inicial, considerada a mais

conveniente perante a situação, foi a realização de tratamento ortodôntico com o objetivo de tracionar os elementos dentários e simultaneamente promover a migração do osso e gengiva marginal. No entanto, a paciente não se mostrou receptiva a este tratamento. Desta forma, sugeriu-se então à paciente a realização de um mock-up recorrendo a uma resina composta adesiva rosa da GC® na tentativa de simular a margem gengival (Fig. 10). A paciente ficou satisfeita com o resultado obtido tendo em conta a relação custo-benefício e decidiu adotar este tratamento como solução para minimizar o impacto estético durante o sorriso.

Em consulta de controlo, cinco anos pós tratamento regenerativo, foi possível verificar a estabilidade do tratamento periodontal a longo prazo, apresentando-se a paciente sem

bolsas periodontais sangrantes à sondagem. Em termos restauradores, a simulação da margem gengival a compósito manteve-se esteticamente aceitável, tendo sido realizado um pequeno polimento da mesma. ■

* Licenciada em Medicina Dentária pela FMDUP (2000); Pós-graduação em Periodontologia pela FMDUP; Doutorada pela Universidade de Santiago de Compostela; Especialista em Periodontologia pela OMD; Residência clínica 2004-Pericop. P.C. Dr. Myron Nevins-Boston-USA; Curso de cirurgia mucogengival em Harvard 2004-Boston-USA; Professora Auxiliar Convidada de Periodontologia na Universidade Católica –Viseu; Diretora clínica da CLINICCA

** Mestrado Integrado em Medicina Dentária pelo IUCS (2017)