

Restauração subgingival e cirurgia plástica periodontal no tratamento de recessão gingival associada à lesão cervical não cariosa

Claudia Roberta Tenório-Trevisani*

Tatiana Miranda Deliberador**

Antonio Luiz Trevisani Júnior***

Ricardo Luiz Grein****

Subgingival restoration and periodontal plastic surgery in the treatment of gingival recession associated with non-carious cervical lesion

RESUMO

A presença de recessão gengival associada à lesão cervical não cariosa (NCCL) é uma queixa frequente dos pacientes que procuram os recursos da Odontologia. Diferentes técnicas restauradoras e cirúrgicas têm sido propostas para corrigir estas deformidades. Muitas vezes, o tratamento restaurador somente não satisfaz a necessidade estética desejada pelo paciente. Sendo assim, a cirurgia plástica periodontal tem sido associada ao tratamento restaurador para solucionar estes casos de estética desfavorável. O objetivo do presente trabalho foi revisar e discutir a literatura relativa a associação de materiais restauradores e cirurgia mucogengival.

Unitermos - Recessão gengival; Cirurgia plástica; Periodontia; Cimentos de ionômeros de vidro; Materiais dentários; Abrasão dentária.

ABSTRACT

The presence of gingival recession associated with non-carious cervical lesions (NCCL) is a common complaint of patients seeking dental treatment. Different surgical and restorative techniques have been proposed to correct these deformities. In most cases, only the restorative treatment plan does not meet the aesthetics desired by the patient. Thus, the periodontal plastic surgery has been associated with restorative treatment to resolve aesthetic disadvantage cases. The aim of this paper is to review and discuss the literature on the association of restorative materials and mucogingival surgery.

Key Words - Gingival recession; Surgery plastic; Periodontics; Glass ionomer cements; Dental materials; Tooth abrasion.

*Especialista em Periodontia – UFPR; Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Odontologia Clínica – Universidade Positivo – Curitiba/PR.

**Doutora em Periodontia – Foa/Unesp; Professora titular – Universidade Positivo – Curitiba/PR.

***Especialista em Dentística e Prótese – ABO/PG; Mestre em Odontologia – Universidade Positivo – Curitiba/PR.

****Doutor em Periodontia – USP/SP; Professor adjunto da Disciplina de Periodontia – UFPR.

INTRODUÇÃO

A prevalência de cáries está sendo diminuída severamente na população e os dentes estão em função por um maior período de tempo¹. Sendo assim, outros problemas dentais e periodontais têm sido observados na população, como a presença de recessões gengivais.

A recessão gengival é a migração apical da margem da gengiva com exposição da superfície radicular² e pode ser encontrada tanto em pacientes com alto nível de higiene oral como em populações sem tratamento periodontal com pobre higiene oral³. Muitos fatores etiológicos têm sido relacionados com o desenvolvimento da recessão gengival. Entre eles, a inflamação induzida por placa, trauma de escovação, impactação alimentar, Ortodontia e procedimentos restauradores⁴.

O envolvimento estético, a presença de hipersensibilidade dentinária, o aparecimento de cáries radiculares, desgastes cervicais e lesões cervicais não cariosas (NCCL) são algumas das consequências relacionadas às recessões gengivais³. Logo, os procedimentos de recobrimento radicular se tornaram uma parte importante do tratamento periodontal⁵. Contudo, existem situações clínicas complexas como, por exemplo, a presença de lesões cervicais profundas, que impedem o aplainamento da superfície radicular. O aplainamento mecânico é uma das etapas fundamentais do procedimento cirúrgico para recobrimento radicular, pois tem por objetivo suavizar irregularidades, ranhuras e reduzir a convexidade da raiz⁶. Segundo alguns autores⁷⁻⁸, técnicas cirúrgicas mucogengivais convencionais para recobrimento radicular poderiam estar contraindicadas devido à necessidade de um grande aplainamento radicular, o que comprometeria o órgão dentário.

O tratamento das lesões cervicais não cariosas inclui ajuste oclusal, orientação de higiene bucal e procedimentos restauradores⁹. Entre as alternativas para as restaurações das NCCL estão os materiais estéticos como as resinas e

os compostos resinosos¹⁰. As técnicas restauradoras resultam em proteção contra novas perdas de estrutura dentária e sensibilidade. Porém, elas podem não satisfazer a demanda estética dos pacientes, pois podem deixar os dentes com a coroa clínica aumentada. Sendo assim, um processo terapêutico ideal para o tratamento de recessão gengival associada às NCCL tem sido um desafio aos clínicos⁶. O objetivo do presente trabalho foi fazer uma revisão da literatura abordando a associação de materiais restauradores e cirurgia mucogengival.

REVISÃO DA LITERATURA

Materiais restauradores resinosos têm sido extensamente estudados, especialmente no que se refere a adesão¹¹, polimento, acabamento final¹²⁻¹³, biocompatibilidade¹⁴ e estética¹⁵.

A resposta dos tecidos periodontais frente a restaurações adesivas tem sido avaliada por alguns pesquisadores. Alguns estudos¹⁶⁻¹⁷ têm mostrado que restaurações subgengivais podem estar mais associadas a sangramento gengival, perda de inserção e recessão gengival quando comparadas às restaurações supragengivais. Além disso, podem facilitar o acúmulo de biofilme dental e consequentemente levar a inflamação gengival. A rugosidade e o posicionamento subgengival de restaurações de resina acrílica são fatores determinantes para o desenvolvimento de inflamação gengival¹⁸. Contudo, outros estudos^{6,19} mais recentes têm mostrado que o uso de materiais restauradores resinosos pode ser uma alternativa biocompatível em restaurações subgengivais.

Em sítios subgengivais restaurados com materiais iônicos, em pacientes que apresentavam lesões radiculares extensas, apresentaram-se tecidos periodontais clinicamente saudáveis e bem adaptados à superfície radicular, sem sangramento a sondagem e com mínima profundidade de sondagem. Histologicamente, o autor observou adesão de fibroblastos e tecido conjuntivo às restaurações²⁰.

Em sítios subgengivais restaurados com materiais iônicos, em pacientes que apresentavam lesões radiculares extensas, apresentaram tecidos periodontais clinicamente saudáveis e bem adaptados à superfície radicular, sem sangramento a sondagem e com mínima profundidade de sondagem. Histologicamente, o autor observou adesão de fibroblastos e tecido conjuntivo às restaurações²⁰.

Em outro estudo onde sítios restaurados com cimento de ionômero de vidro modificado por resina, compômeros e resina composta foram associados à presença de maior quantidade de fluido gengival comparados a sítios não restaurados. No entanto, o índice gengival e o índice de placa não mostraram diferenças significativas entre os sítios restaurados e não restaurados²¹.

Analisando os níveis de interleucina-1 presentes no fluido gengival adjacente a restaurações subgengivais de cimento de aluminato de cálcio, resina composta e esmalte, foi concluído que as restaurações não afetaram a saúde gengival e nem alteraram significativamente os níveis de interleucina-1 no fluido gengival ou iniciaram a inflamação gengival²².

Em estudo realizado em cães¹⁹ foi avaliada histologicamente a resposta dos tecidos periodontais a restaurações subgengivais, Classe V, com resina composta e cimento de ionômero de vidro modificado por resina e observada biocompatibilidade de todos os materiais restauradores testados. A formação de epitélio juncional longo foi o tipo de cicatrização predominante, com ausência de inserção de tecido conjuntivo e neoformação óssea sobre os materiais restauradores.

A resposta periodontal de restaurações subgengivais de amálgama e cimento de ionômero de vidro modificado por resina também foi avaliada em estudo realizado em cães. Os autores observaram um infiltrado inflamatório mais intenso relacionado às restaurações de amálgama que aquele relacionado às restaurações com cimento de ionômero de vidro modificado por resina. O controle de placa bacteriana minimizou a resposta inflamatória na maioria dos sítios restaurados²³.

Em estudo clínico⁶ foi avaliado o tratamento de recessões gengivais associadas a abrasões cervicais com cimento de ionômero de vidro modificado por resina ou com resina composta microparticulada e retalho posicionado coronalmente. Aos seis meses pós-operatórios, os autores observaram recobrimento radicular sem dano aos tecidos periodontais. Outros autores²⁴ também observaram clinicamente que tanto o ionômero de vidro modificado com resina, como a resina microparticulada usadas subgengivalmente não mostraram efeitos negativos na saúde periodontal. Contudo, o ionômero de vidro mostrou efeitos mais positivos quanto à diminuição da composição do biofilme subgengival em relação a resina composta.

O tratamento de recessão gengival associada à lesões cervicais não cariosas com retalho posicionado coronalmente ou associado com restauração de ionômero de vidro modificado por resina foi avaliado clinicamente em estudo clínico¹. Os autores concluíram que ambos os procedimen-

tos alcançaram recobrimento radicular após seis meses de acompanhamento. Além disso, relataram que no grupo que combinou o tratamento restaurador e cirúrgico periodontal houve redução da sensibilidade radicular. O sucesso clínico deste procedimento foi observado após dois anos de acompanhamento²⁵.

Em recente relato de caso clínico²⁶ foi observado que recessões gengivais múltiplas adjacentes associadas com abrasão cervical profunda podem ser tratadas com sucesso quando combinado cirurgia mucogengival e dentística restauradora.

A técnica de recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo associada ao tratamento restaurador, com ionômero de vidro, também tem sido considerada um tratamento de sucesso em estudo clínico²⁷ e em relatos de casos clínicos⁶.

DISCUSSÃO

Atualmente, dentro do plano de tratamento odontológico integrado, a importância de um sorriso harmônico tem sido considerada pelos periodontistas e pelo próprio paciente. A presença de recessão gengival associada a lesão cervical não cariosa é uma queixa frequente dos pacientes que procuram os recursos da Odontologia. Muitas vezes, o tratamento restaurador somente não satisfaz a necessidade estética desejada pelo paciente, por deixar o dente com a coroa clínica longa. Sendo assim, a cirurgia plástica periodontal tem sido associada ao tratamento restaurador para solucionar estes casos de estética desfavorável.

O cimento de ionômero de vidro e a resina composta são os materiais restauradores de escolha para restaurações onde fator estético é primordial. Contudo, quando estes materiais são colocados subgengivalmente pode ocorrer inflamação dos tecidos periodontais, bem como aumento da perda de inserção¹⁶⁻¹⁷. Em estudo realizado com acompanhamento de 26 anos, a detecção clínica destes fatores poderá ser observada somente após um a três anos do tratamento restaurador¹⁶. Alguns trabalhos recentes^{1,3} mostraram resultados efetivos quando avaliaram clinicamente o tratamento de recessões gengivais associadas a abrasões cervicais restauradas com cimento de ionômero de vidro modificado por resina ou com resina composta microparticulada e retalho posicionado coronalmente. Resultados satisfatórios também foram observados clinicamente quando a técnica de enxerto de tecido conjuntivo foi realizada sobre materiais restauradores^{5,25-26}. Contudo, estes resultados apresentam acompanhamento pós-operatório de seis meses a dois anos somente.

Histologicamente, a resina composta e o cimento de iônico de vidro modificado por resina se mostraram biocompatíveis quando aplicados subgingivalmente¹⁹. Clinicamente, a resposta inflamatória dos tecidos periodontais frente a restaurações adesivas subgingivais pode ser prevenida quando os materiais restauradores são aplicados sobre isolamento absoluto, quando forem aplicados respeitando as distâncias biológicas e quando forem bem polidos.

Outros aspectos importantes devem ser avaliados quando a associação dos procedimentos (cirurgia periodontal e tratamento restaurador) é realizada. Entre eles, os fatores etiológicos da recessão gengival e das lesões cervicais não cariosas devem ser removidos antes de realizar o tratamento restaurador e cirúrgico periodontal. Ainda, a conscientização do paciente em relação a um excelente controle de placa deve ser reforçada. Por fim, a indicação correta da técnica cirúrgica mucogengival para cada caso deve ser levada em

consideração. Todos estes fatores irão favorecer o sucesso do tratamento.

CONCLUSÃO

A cirurgia periodontal combinada ao procedimento restaurador leva a solução tanto da recessão gengival como da abrasão cervical podendo ser considerada um tratamento de sucesso clínico. Contudo, estudos longitudinais com acompanhamento em longo prazo devem ser realizados para validar esta forma de tratamento associada.

Endereço para correspondência:

Tatiana Miranda Deliberador

Rua Prof. Pedro Viriato Parigot de Souza, 5.300 – Campo Cumprido
81280-330 – Curitiba – PR
tdeliberador@up.edu.br

REFERÊNCIAS

- Santamaria MP, Suaid FF, Nociti Júnior FH, Casati MZ, Sallum AW, Sallum EA. Periodontal surgery and glass ionomer restoration in the treatment of gingival recession associated with a non-carious cervical lesion: report of three cases. *J Periodontol* 2007;78:1146-53.
- Wennström JL. Mucogingival therapy. *Ann Periodontol* 1996;1:671-701.
- Santamaria MP, Feitosa DS, Nociti Júnior FH, Sallum AW, Sallum EA. Cervical restoration and the amount of soft tissue coverage achieved by coronally advanced flap: A 2-year follow-up randomized-controlled clinical trial. *J Clin Periodontol* 2009;36:434-41.
- Bouchard P, Malet J, Borghetti A. Decision-making in aesthetics: Root coverage revisited. *Periodontol* 2000 2001;27:97-120.
- Alkan A, Keskiner I, Yuzbasioglu E. Connective tissue grafting on resin ionomer in localized gingival recession. *J Periodontol* 2006;77:1446-51.
- Lucchesi JA, Santos VR, Amaral CM, Peruzzo DC, Duarte, PM. Coronally positioned flap for treatment of restored root surfaces: a 6-month clinical evaluation. *J Periodontol* 2007;78:615-23.
- McGuire MK. Soft tissue augmentation of previously restored root surfaces. In *J Periodontics Restorative Dent* 1996;16:570-81.
- Camargo PM, Lagos RA, Lekovic V, Wolinsky LE. Soft tissue root coverage as treatment for cervical abrasion and caries. *Gen Dent* 2001;49:299-304.
- Tyas MJ. The Class V lesion. Aetiology and restoration. *Aust Dent J* 1995;40:167-70.
- Maneenuit C, Tyas MJ. Clinical evaluation of resin-modified glass-ionomer restorative cements in cervical 'abrasion' lesions: one-year results. *Quintessence Int* 1995;26:739-43.
- Mitra SB. Adhesion to dentin and physical properties of a light-cured glass ionomer liner/base. *J Dent Rest* 1991;70:72-4.
- Sotres LS, Van Huysen G, Gilmore HW. A histologic study of gingival tissue response to amalgam, silicate and resin restorations. *J Periodontol* 1969;40:543-6.
- Blank LW, Caffesse RG, Charbenaueu GT. The gingival response to well-finished composite resin restorations. *J Prosthet Dent* 1979;42:626-32.
- Brentegani LG, Bombonato KF, Carvalho TL. Histological evaluation of the biocompatibility of a glass ionomer cement in rat alveolus. *Biomaterials* 1997;18:137-40.
- Fahl N Jr, Denegy GE, Jackson RD. Protocol for predictable restoration of anterior teeth with composite resins. *Oral Health* 1998;88:15-22.
- Schatzle M, Land NP, Anerut A, Boysen H, Burgin W, Loe H. The influence of margins of restorations of periodontal pocket depth. *Swed Dent J* 1997;21:77-83.
- Bader JD, McClure F, Scurria MS, Shugars DA, Heymann HO. Case-control study of non-carious cervical lesions 1996;24:286-91.
- Larato DC. Influence of a composite resin restoration on the gingival. *Prosthetic Dentistry* 1972;28:402-4.
- Martins TM, Bosco AF, Nóbrega FJO, Nagata MJH, Garcia VG, Fucini SE. Periodontal tissue response to coverage of root cavities restored with resin materials: a histomorphometric study in dogs. *J Periodontol* 2007;78:1075-82.
- Dragoo MR. Resin ionomer and hybrid-ionomer cements: Part II: Human clinical and histologic wound healing, responses in specific periodontal lesion. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1997;17:75-87.
- Van Dijken JWV, Sjöström S. Development of gingivitis around aged restorations of resin-modified glass ionomer cement, polyacid-modified resin composite (compomer) and resin composite. *Clin Oral Investig* 1998;2:180-3.
- Konradsson K, Van Dijken JW. Interleukin-1 levels in gingival crevicular fluid adjacent to restorations of calcium aluminate cement and resin composite. *J Clin Periodontol* 2005;32:462-6.
- Gomes SC, Miranda LA, Soares I, Oppermann RV. Clinical and histologic evaluation of the periodontal response to restorative procedures in the dog. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2005;25:39-47.
- Santos VR, Lucchesi JA, Cortelli SC, Amaral CM, Feres M, Duarte PM. Effects of glass ionomer and microfilled composite subgingival restorations on periodontal tissue and subgingival biofilm: a 6 month evaluation. *J Periodontol* 2007;78:1522-8.
- Santamaria MP, Ambrosano GMB, Casati MZ, Nociti Júnior FH, Sallum AW, Sallum EA. Connective tissue graft plus resin-modified glass ionomer restoration for the treatment of gingival recession associated with non-carious cervical lesion: a randomized-controlled clinical trial. *J Clin Periodontol* 2009;36:791-8.
- Deliberador TM, Bosco AF, Martin TM, Nagata MJH. Treatment of gingival recessions associated to cervical abrasion lesions with subepithelial connective tissue graft: a case report. *Eur J Dent* 2009;3:318-23.
- Harris RJ, Harris AW. The coronally positioned pedicle graft with inlaid margins: A predictable method of obtaining root coverage of shallow defects. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1994;14:228-41.