

Regeneração tecidual guiada – do planeado ao improvável

Rocha, F., Marques, T., Santos, N., Sousa, M.

Introdução

Actualmente, o tratamento da doença periodontal vai para além do controlo da mesma, objectivando-se a regeneração dos tecidos de suporte (osso, cimento, ligamento periodontal). Muitas das vezes, a perda destes tecidos periodontais conduz a recessões gengivais por múltiplos factores co-associados. Têm sido desenvolvidas várias técnicas de cirurgia plástica periodontal para o tratamento destes defeitos como os enxertos pediculados de tecidos moles, enxertos livres de tecidos moles, e procedimentos de regeneração tecidual guiada. Os objectivos finais de cada uma destas variantes passam pelo reposicionamento da gengiva marginal ao nível da junção amelo-cementária e a criação de um sulco gengival normal com *attachment* funcional.

A regeneração tecidual guiada baseia-se na colocação de uma barreira física (normalmente uma membrana) entre o retalho e a superfície radicular desnuda, para impedir a migração apical do epitélio, prevenindo o contacto entre o tecido conjuntivo e a superfície radicular. Melcher sugeriu que o sucesso da regeneração tecidual estava condicionado pelo fenótipo celular predominante na superfície radicular, após cirurgia periodontal (células epiteliais, tecido conjuntivo, ligamento periodontal, osso). O conceito de regeneração tecidual guiada pressupõe a exclusão ou prevenção da migração apical do epitélio e consequente formação de epitélio juncional longo, preferindo a proliferação de outras células que aumentam a possibilidade de regeneração – osso e ligamento periodontal. Ainda que células do ligamento periodontal e células dos compartimentos ósseos sejam independentes, estas complementam-se e entretajam-se na regeneração e ganho de inserção periodontal funcional.

Descrição do caso clínico

Paciente do sexo feminino, 39 anos de idade, ASAI, que compareceu na consulta de Periodontologia, preocupada com as múltiplas recessões distribuídas ao longo dos 4 quadrantes. A paciente apresentava desconforto e sangramento à escovagem,

e hipersensibilidade dentinária generalizada. Sujeita a tratamento ortodôntico durante 7 anos, utiliza de momento barra de contenção no 5º sextante. Os dentes 33 e 43 apresentam torque aumentado, uma das possíveis causas dos defeitos gengivais. Apresenta recessões classes III de Miller, nomeadamente no 43, com 7mm de altura e 5mm de largura. Após fase higiénica, foi programada cirurgia periodontal plástica, associando recobrimento radicular por retalho pediculado reposicionado lateralmente a enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, com local da colheita no palato. Após diérese de retalho, observaram-se duas raízes no 43 (vestibular e lingual), impossibilitando esta técnica cirúrgica. Avançou-se para regeneração tecidual guiada, associando Bio-Oss® (enxerto ósseo) e Bio-Gide® (membrana reabsorvível de colagénio). Foram realizados vários controlos pós-operatórios, sendo o último após 4 meses.

Conclusão

Todo o acto médico-cirúrgico está sujeito a imprevistos na prática clínica. Inicialmente programada cirurgia plástica periodontal associando técnicas *gold standard* para o tratamento de recessões gengivais (enxerto de tecido conjuntivo sub-epitelial + retalho reposicionado lateral), a existência de duas raízes, não visíveis ao raio-x periapical, condicionou esta abordagem cirúrgica, determinando a necessidade de regeneração tecidual guiada, com membrana reabsorvível associada a enxerto ósseo xenogénico. Durante as consultas de pós-operatório, não se observou exposição da membrana, tendo havido grande cooperação por parte da paciente. Uma técnica cirúrgica correcta, associada à higienização oral rigorosa, e à consequente desinflamação dos tecidos periodontais permitiu óptimos resultados clínicos. Apesar da alteração necessária ao plano de tratamento, foram atingidos a 3 meses, resultados estáveis, funcional e esteticamente aceitáveis para a paciente. Numa segunda fase, e após resolução de outras recessões apresentadas pela paciente, estão previstas cirurgias muco-gengivais para aumento da gengiva aderida, máximo recobrimento radicular possível, e tanto quanto possível.