

# Enxerto de tecido conjuntivo com objetivo estético em prótese fixa

Cléverson O. Silva, Bruno César de Vasconcelos Gurgel, Fernando Rodrigues Pinto

Uma vez que um dente é perdido, ocorre a reabsorção do osso alveolar que o envolvia, sendo, freqüentemente, acompanhada por retração dos tecidos moles. Com a progressão da perda óssea, os rebordos passam a se assemelhar à extremidade de uma faca e a papila e a forma festonada da gengiva marginal desaparecem. Seibert<sup>1</sup> desenvolveu uma classificação para os defeitos de rebordo baseada no local que é acometido. De acordo com essa classificação, a Classe I seria a dos defeitos no sentido vestibulo-lingual com altura normal do rebordo; na Classe II há um defeito ápico-coronal, porém com a largura do rebordo preservada, e na Classe III há o desenvolvimento de um defeito nos dois sentidos, vestibulo-lingual e ápico-coronal.

O objetivo da reconstrução do rebordo alveolar é restabelecer ao paciente a função, fonética e estética. Isso requer conhecimento do osso, gengiva, mucosa bucal e do suprimento sanguíneo, em relação ao planejamento cirúrgico. Diferentes técnicas e planejamentos cirúrgicos serão necessários, dependendo do local e tamanho do defeito, e a total reconstrução deve ser meticulosamente planejada antes de o primeiro procedimento ser realizado.

A técnica de reconstrução do rebordo depende do objetivo final do procedimento reabilitador. Se o paciente for ser reabilitado com implantes, um enxerto ósseo faz-se necessário. Se, por outro lado, o objetivo da reabilitação for uma prótese fixa ou removível, um enxerto de tecido mole é capaz de promover as alterações necessárias para a devolução da função e estética na região.

O presente relato apresenta o caso de uma paciente do gênero feminino, leucoderma, que procurou atendimento queixando-se da qualidade da prótese parcial fixa (PPF) que possuía, querendo trocá-la. No exame clínico, foi constatada a presença de uma PPF de 3 elementos, se estendendo do dente 12 ao 21, com cor incompatível à dos dentes vizinhos, ausência de papila e uma fundamente do rebordo alveolar. A paciente apresentava saúde periodontal e uma boa condição de higienização bucal.

Foi constatada a necessidade de aumento do rebordo, a paciente foi esclarecida sobre a situação e um plano de tratamento, que incluiu um enxerto de tecido conjuntivo seguido de um condicionamento tecidual, foi proposto para a paciente, que concordou com a proposta sugerida.



**Figura 1** - Aspecto inicial da prótese parcial fixa (PPF) que a paciente possuía, mostrando a diferença de cor, a ausência de papilas e o afundamento do rebordo alveolar.



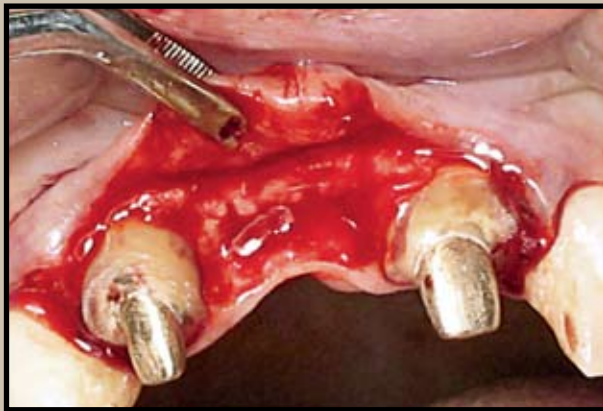
**Figura 2** - PPF removida, mostrando a perda em altura do rebordo na região do dente 11.



**Figura 3** - PPF removida, mostrando a perda em espessura do rebordo e a má qualidade do tecido mole sobre o rebordo.



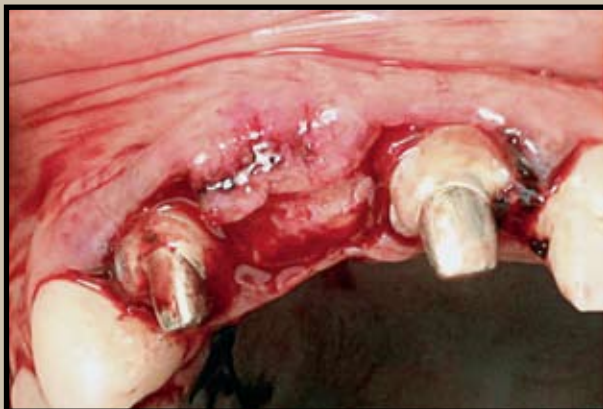
**Figura 4** - Incisão intra-sulcular e supracrestal.



**Figura 5** - Retalho mucoperiosteal rebatido por vestibular. O retalho é dividido na sua porção apical para permitir o seu deslocamento coronal.



**Figura 6** - Enxerto de tecido conjuntivo removido da região palatina, com tamanho e espessura compatíveis com a necessidade de correção do rebordo.



**Figura 7** - Enxerto posicionado sob o retalho, recobrimo a parte oclusal e vestibular do rebordo – para se obter um ganho em altura e espessura de tecido mole.



**Figura 8** - Enxerto suturado, em posição.



**Figura 9** - Pós-operatório imediato. A antiga PPF foi utilizada como provisório, sendo feito um alívio opôntico para que não houvesse compressão da área operada.



**Figura 10** - Pós-operatório imediato. Vista oclusal mostrando um aumento no volume do rebordo.



**Figura 11** - Controle de 7 dias, quando foi feita a remoção de sutura.



**Figura 12** - Controle de 14 dias, mostrando uma melhora da qualidade do tecido mole e o preenchimento dos espaços das papilas.





**Figura 13** - Controle de 21 dias, quando foi feita a substituição da prótese provisória.



**Figura 14** - Controle de 28 dias. Foi realizada a primeira sessão de condicionamento tecidual. A prótese provisória foi reembasada, buscando-se alterar o contorno do tecido mole. Nota-se que a margem gengival do dente 12 estava localizada coronalmente à do dente 22.



**Figura 15** - Controle de 36 dias. Foi realizada a segunda sessão de condicionamento tecidual e agengivoplastia no dente 12, para que se igualasse a altura da margem gengival dos dentes 12 e 22.



**Figura 16, 17** - Controle de 49 dias. Foi realizada a terceira sessão de condicionamento tecidual e o ajuste dos preparos. Nota-se a margem gengival do dente 11 ainda ligeiramente coronal à do dente 21.



**Figura 18, 19** - Controle de 56 dias. Foi realizada a quarta sessão de condicionamento tecidual. Nota-se a margem gengival do dente 11 quase da mesma altura da do dente 21.



**Figura 20** - Controle de 63 dias. Foi realizada a avaliação final do condicionamento tecidual. Nota-se a qualidade do tecido mole e o ganho de espessura e altura tecidual.



**Figura 21** - Vista frontal da prótese definitiva de porcelana. Nota-se o preenchimento dos espaços das papilas.



**Figura 22** - Controle de 4 meses.



**Figura 23** - Comparação da qualidade do rebordo alveolar antes (A) e depois (B) da cirurgia.



**Figura 24** - Comparação da qualidade da prótese e do tecido mole antes (A) e depois (B) da cirurgia.



## REFERÊNCIAS

1. SEIBERT, J.S. Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts: I. Technique and wound healing. *Compend. Contin. Educ. Dent., Lawrenceville*, v. 4, no. 5, p. 437-453, Sep./Out., 1983.

Cléverson O. Silva

-Doutorem Clínica Odontológica / Periodontia FOP/UNI-CAMP.

- Professor adjunto de Periodontia da UNINGÁ.

Bruno César de Vasconcelos Gurgel

-Doutorem Clínica Odontológica / Periodontia FOP/UNI-CAMP.

-Professor de Periodontia e Clínica Integrada do Centro de Estudos Superiores de Maceió/AL.

Fernando Rodrigues Pinto

-Doutorem Clínica Odontológica / Periodontia FOP/UNI-CAMP.

-Professordaespecializaçãoem Implantodontia EAP/APCD Piracicaba.

### Endereço para correspondência

Cléverson O. Silva  
Av. Colombo, 9.727, km 130  
CEP: 87.070-810 - Maringá / PR  
E-mail: cleversonoliveira@uninga.br