

RELATORES

Oded Heyman, Adi Eden, Sharon Shany Kdoshim e Sagy Talmor com o Prof. Moshe Goldstein

INSTITUIÇÃO

Preparado pelos alunos do 1º ano do Programa de pós-graduação em Periodontologia, Centro Médico Universitário Hadassah-Hebrew, Jerusalém, Israel

estudo

Recobrimento radicular: enxerto de tecido conjuntivo versus matriz de colagénio

Małgorzata Pietruska, Anna Skurska, Łukasz Podlewski, Robert Milewski, Jan Pietruski J Clin

Periodontol. 2019; 46:86–95.

Resumo do artigo original com a permissão da Wiley Online Library

Copyright © 1999-2019 John Wiley & Sons, Inc. All Rights Reserved

JCP Digest 01 publicada em português pela EFP em dezembro 2019

DADOS RELEVANTES

O tratamento cirúrgico da recessão gengival é utilizado quando há necessidade de cobrir raízes expostas, bem como de ganhar volume de tecidos moles. A técnica modificada de avanço coronal em túnel - MCAT - é uma das muitas abordagens cirúrgicas usadas para esse fim. A ausência de incisões verticais usando MCAT garante uma boa vascularização, nutrição e cicatrização mais rápida na fase inicial.

A utilização do enxerto sub-epitelial de tecido conjuntivo (SCTG) é, geralmente, sugerida como a melhor opção para recobrimento radicular e espessamento fenotípico, este procedimento tem várias desvantagens: exigir outro local cirúrgico (local dador), a quantidade de tecido recolhido pode ser limitada, a cirurgia leva mais tempo e o risco de complicações pós-cirúrgicas aumenta. Assim, a procura de materiais alternativos aos tecidos moles autógenos é uma realidade.

A matriz xenogénica de colagénio (CM) é uma nova membrana constituída por fibras de colagénio firmemente compactadas numa camada espessa porosa. Esta estrutura permite a formação de coágulos e o crescimento de tecido adjacente sem desconforto pós-cirúrgico da colheita autógena. No entanto, a eficácia clínica da CM ainda não foi claramente confirmada.

OBJETIVOS

O objetivo deste estudo foi comparar a redução na altura da recessão gengival e o ganho na espessura de tecido mole após o tratamento de recessões múltiplas classe 1 e 2 de Miller, utilizando a MCAT aleatoriamente combinada com CM ou SCTG.

MÉTODOS

- Ensaio unicêntrico, randomizado, de boca dividida e com avaliação cega.
- 20 pacientes sem doença periodontal ativa: 13 mulheres entre 20 e 56 anos, e sete homens entre 23 e 43 anos.
- Os critérios de inclusão foram os seguintes:
 - Pelo menos dois dentes unirradulares com recessão gengival profunda ≥ 1 mm, sem perda de nível de inserção clínica (LAC) além da face vestibular (classe 1/2 de Miller), em dois quadrantes diferentes na mandíbula.
 - IP e IG abaixo de 20%.
 - Não fumadores e excluindo mulheres grávidas ou amamentando.
 - UAC detectável sem cárie ou restaurações na área cervical.
- Parâmetros clínicos foram medidos para cada recessão gengival:
 - Altura da recessão gengival (GR).
 - Largura de recessão (RW) ao nível da UAC.
 - Profundidade de sondagem (DP).
 - Nível de inserção clínico (NIC).
 - Espessura gengival (GT).
 - Tecido queratinizado (KT).
- A eficácia do tratamento foi calculada pelos seguintes fatores:
 - Redução de recessão.
 - Recobrimento radicular médio (MRC) e recobrimento radicular completo (CRC) como percentagens.
 - Ganho de espessura gengival.
 - Ganho de tecido queratinizado.
 - Para avaliação estética, um examinador independente avaliou o resultado de acordo com o índice estético de recobrimento radicular (RES).

resultados

- Nenhum paciente foi perdido durante o estudo.
- A maioria dos pacientes passou pelas duas primeiras semanas pós-operatórias sem eventos especiais e não foi necessária nenhuma adicional.
- Na consulta inicial, não houve diferenças significativas, em nenhum dos parâmetros avaliados, entre o lado tratado com CM e o tratado com SCTG.
- No período pós-operatório de 12 meses:
 - O ganho de NIC foi significativo em ambos os lados (nenhum diferença entre os lados).
 - O MRC foi significativamente maior no lado do SCTG (83,1% vs. 53,2%).
 - Houve CRC em 67% dos locais tratados com SCTG, mas em apenas 20% das pessoas tratadas com CM.
 - Foi alcançada uma redução significativa de GR (em altura e largura) em ambos os lados, no entanto, foi significativamente maior no lado do SCTG.
- KT aumentou significativamente em ambos os lados e foi significativamente maior no lado do SCTG.
- GT foi significativamente aumentado em ambos os lados e foi significativamente maior no lado do SCTG.
- O RES médio foi significativamente maior no lado do SCTG.
- Diferenças significativas também foram evidentes em três parâmetros componentes da avaliação estética: margem gengival, linha muco-gengival e cor da gengiva. No entanto, não houve diferenças significativas no contorno dos tecidos marginais e na textura dos tecidos moles.
- O IP e o IG não apresentaram diferenças significativas entre os valores das consultas inicial e 12 meses após a cirurgia.



LIMITAÇÕES

- Tendo em consideração que a redução do tempo cirúrgico pode constituir uma vantagem do CM versus SCTG, poderia ter sido benéfico adicionar este parâmetro às comparações.



CONCLUSÕES

- Ambos os métodos alcançaram resultados clínicos benéficos no tratamento de recessões gengivais múltiplas na mandíbula.
- O enxerto subepitelial de tecido conjuntivo demonstrou um resultado clínico superior ao fim de 12 meses de observação comparado com a matriz xenogénica de colagénio, para a maioria parâmetros avaliados.
- São necessárias mais pesquisas no campo de biomateriais para encontrar um substituto comparável ao enxerto autógeno.



IMPACTO

- Usando a matriz de colagénio xenogénico com MCAT pode ser considerado para o tratamento de recessões múltiplas gengivais na mandíbula.
- No entanto, a redução do desconforto pós-cirúrgico usando enxerto xenogénico apesar de vantajosa, pode ser limitada quando comparado aos resultados clínicos superiores alcançados com enxerto autógeno.



LINK PARA O ARTIGO ORIGINAL:

www.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpe.13031Acesso para os membros da EFP: www.efp.org/members/jcp.php