

④ Emprego de Matriz Dérmica Acelular Para Recobrimento Radicular

INTRODUÇÃO

O principal objetivo do tratamento cirúrgico de recessão gengival é recobrir a raiz exposta e consequentemente melhorar a aparência estética, entretanto existem outros objetivos como parar a progressão da recessão, aumentar a largura da gengiva inserida, e reduzir ou eliminar a sensibilidade dentinária. Muitas técnicas como a do enxerto gengival livre, retalho posicionado lateral, retalho posicionado coronal, e enxerto de papila dupla, têm sido propostas.

Como resultado de investigações usando estas técnicas tornou-se evidente o uso de enxerto dérmico acelular para substituir tecidos perdidos, danificados ou doente.

O enxerto dérmico acelular (Allo Derm®) tem sido usado como um substituto para a área doadora palatal, para aumentar a largura de tecido queratinizado ao redor do dente e do implante, para o tratamento de deformidades da crista alveolar e para os procedimentos de recobrimento radicular. O processamento da derme obtida de doadores humanos remove todas as células, removendo deste modo a fonte de transmissão da doença e a reação imunológica, deixando a estrutura da matriz de tecido conjuntivo, composta de colágeno tipo I, intacta. A matriz de colágeno funciona como um arcabouço para permitir o crescimento interno através do tecido do hospedeiro.

Enxertos autógenos de tecido mole têm sido utilizados para prover tecido queratinizado ao redor de dentes e implantes (CALLAN e SILVESTRIN, 1996). O tecido é removido do palato duro do paciente, gerando duas áreas cirúrgicas, a do palato e da área em que será colocado o enxerto.

No entanto, o uso de enxertos de matriz dérmica acelular tem se difundido entre os cirurgiões-dentistas atualmente. Segundo CALLAN(1996), isso ocorre principalmente pelo fato de que evitam a retirada de tecido do palato duro, poupando o paciente de um pós-operatório doloroso e de cicatrização lenta. Além disso, CALLAN e SILVESTRIN (1996) ressaltam que tal procedimento evita um procedimento cirúrgico adicional, e que a estética é melhorada, causando menor diferença na coloração dos tecidos gengivais receptores.

Segundo DODGE, J. R et al (1998), o processamento da derme obtida de doadores humanos remove todas as células, e com isto impede a transmissão de doenças e reações imunológicas. O autor cita que o colágeno presente permite a recolonização celular e a substituição pelos tecidos do receptor do enxerto.

LIVESEY et al (1995) afirmaram que o enxerto alógeno de derme usado no recobrimento temporário provê uma substituição permanente da derme, desde que não ocorra rejeição ou perda da vascularização.

Várias razões podem indicar o uso da matriz dérmica acelular. HARRIS (1998) cita a eliminação da placa "trap", a sensibilidade reduzida, o tratamento de cáries radiculares, e também a melhora da estética.

Segundo CALLAN (1996), vários estudos mostraram que tais enxertos não apresentam incidência de hipersensibilidade.

O estudo de NOVAES et al (2001) comparou seis meses de um enxerto de tecido conjuntivo subepitelial e enxerto de matriz dérmica acelular, para o tratamento de

- Camila Godinho de Bon

Cirurgiã-Dentista em Urussanga/SC

- Gustavo Otoboni Molina

Mestre em Periodontia pela FO/Ribeirão Preto/USP

- Juliana Grando Franken

Cirurgiã-Dentista em Florianópolis/SC

- Marco Aurélio Rech

Mestre em Periodontia pela FO/Florianópolis/UFSC

- Patrice da Rosa Gaidzinski

Cirurgiã-Dentista em Criciúma/SC

CONTATO C/AUTORES:

Fone: (48) 465-11-86

MÊS DO RECEBIMENTO:

Outubro/2003

MÊS DA APROVAÇÃO FINAL:

Janeyro/2004



Fig. 1 - Recessão Classe I de Miller nos dentes 13 e 14.

recessão gengival em nove pacientes com recessões gengivais de Classe I e II de Miller. Estes pacientes foram tratados com enxerto de tecido conjuntivo subepitelial ou com enxerto de matriz dérmica acelular, associado com retalho reposicionado coronalmente. Observou-se um ganho no nível de inserção clínica, redução significativa na profundidade de sondagem, diminuição da recessão gengival e aumento de tecido queratinizado em ambos os grupos, sendo que não houve diferenças estatisticamente significantes entre os resultados obtidos nos grupos.

1.1. ALLO DERM®

Matriz de tecido conjuntivo acelular que se integra consistentemente aos tecidos moles da cavidade bucal. Usado como substituto do enxerto conjuntivo autógeno.

Possui os benefícios de eliminar ou reduzir a necessidade de enxertos autógenos de tecido conjuntivo do palato, proporcionar excelentes resultados cirúrgicos e estéticos, aumentar a aceitação do paciente, não possuir área doadora, e logo, diminuir o tempo cirúrgico. É obtido em banco de tecidos que seguem diretrizes da AATB e são conforme itens da FDA. Os doadores são selecionados, a qualidade do processamento do enxerto colágeno é garantida com testes sorológicos: RPV, VDRL, HbsAg e Anti-HIV-1.

O nome comercial do enxerto dérmico acelular é Allo Derm, e tem sido usados com sucesso em cirurgias de queimados desde 1992, e em cirurgia plástica reconstrutiva e periodontal desde 1994.

Possui antígeno de superfície para a hepatite B, e anticorpo para os vírus da hepatite C, da imunodeficiência adquirida, e para o vírus T-linfotrófico humano tipo I.

É produzido por meio da liofilização, criando uma matriz de tecido conjuntivo acelular, biocompatível, e que possui duas faces distintas: o lado dérmico, que absorve sangue e apresenta-se mais áspera, e o lado da membrana basal, que não absorve sangue e é mais lisa.

CASO CLÍNICO

Paciente C. S. L., do sexo feminino, 34 anos de idade, apresentando recessão gengival classe I de Miller nos elementos 13 e 14, concordou com a realização do tratamento e documentação da seqüência cirúrgica. As exposições das superfícies radiculares foram cobertas com enxerto alógeno de matriz RGO, P. Alegre, v. 53, n. 2, p. 85-164, abr/mai/jun 2005

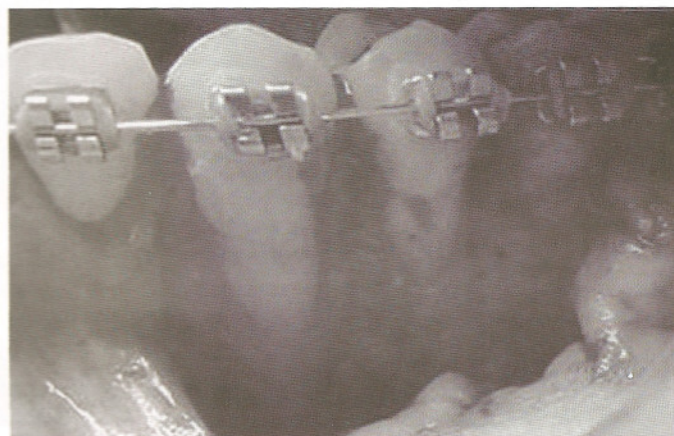


Fig. 2 - Retalho dividido.



Fig. 3 - AlloDerm (lado da membrana basal - vermelho, absorve mais sangue; lado dérmico - mais claro).

dérmica acelular (Allo Derm®), utilizado como substituto para o tecido doador palatal. A seqüência de medidas clínica foi verificada no momento da cirurgia e semanalmente durante dois meses, sendo verificado profundidade de sondagem, recessão gengival, nível de inserção clínica, e largura do tecido queratinizado.

O procedimento cirúrgico iniciou pela anti-sepsia intra-oral, com digluconato de clorexidina 0,12%, e extra-oral, com PVPI, seguido de anestesia local, incisão sulcular com duas relaxantes (mesial e distal, preservando as papilas adjacentes à área de recessão gengival). O retalho foi rebatido até a junção muco-gengival para que pudesse ser posicionado passivamente sem tensão. A exposição da superfície radicular foi sutilmente aplainada com broca diamantada, e então condicionada com gel EDTA 24% por 3 minutos, e posteriormente, o gel foi removido com soro fisiológico usando seringa Luer-Look. A exposição da superfície radicular foi coberta com Allo Derm®, que foi reidratado em solução salina estéril, de acordo com as orientações do fabricante. O enxerto foi recortado para ter forma e tamanho para cobrir a superfície radicular e osso circunvizinho. O lado da membrana basal foi colocado adjacente ao osso e dente, e o lado do tecido conjuntivo foi colocado para o lado do retalho; a matriz dérmica acelular foi suturada sobre o defeito com fio reabsorvível 5.0.

O retalho foi posicionado coronalmente para cobrir todo o enxerto deixando uma margem de segurança de 2 mm sobre a superfície coronal. O retalho foi então suturado usando fio de



Fig. 4 - Sutura do AlloDerm no leito receptor.

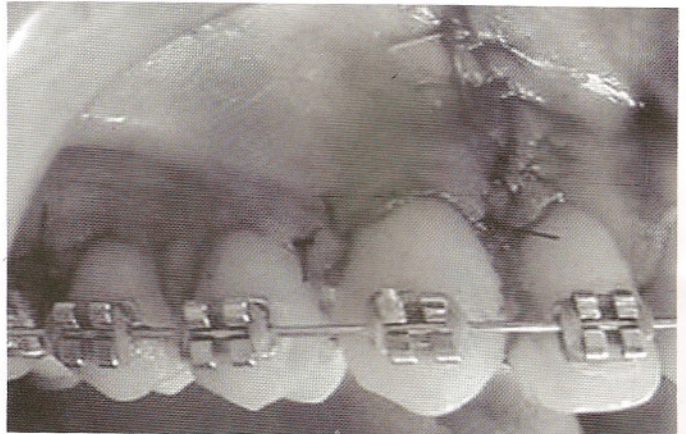


Fig. 5 - Sutura do retalho deslizado coronalmente.

nylon 4.0, e a área foi reexaminada para confirmar que nenhuma parte do enxerto estava visível e que o retalho havia sido suturado sem tensão. O cimento cirúrgico foi aplicado sobre a área cirúrgica e trocado após sete dias. Durante este período a paciente foi instruída para interromper a escovação no dente e evitar trauma ou pressão na área cirúrgica. Enxágüe com Periogard® 3 vezes ao dia foi prescrito durante sete dias, e Amoxicilina (500mg) a cada 8 horas, durante sete dias. As suturas foram removidas após 14 dias, e a paciente foi instruída para higienizar a área com um cotonete umedecido com Periogard® três vezes ao dia, durante sete dias. Depois desse período a paciente retomou a limpeza mecânica dos dentes da área tratada usando uma escova de dente macia e uma técnica de escovação cuidadosa. A paciente foi chamada para controle e profilaxia semanal durante dois meses.

RESULTADOS

Observou-se uma redução total da recessão gengival, ganho do nível de inserção clínica e aumento na largura dos tecidos queratinizados (ver foto 6).

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos a partir deste estudo corroboraram com os resultados do estudo de NOVAES et al (2001), com relação ao enxerto de matriz dérmica acelular, pois ambos apresentaram ganho no nível de inserção clínica, aumento da largura do tecido queratinizado e diminuição da recessão, que neste caso foi total.

Ainda não é conhecido exatamente como ocorre o aumento na largura do tecido queratinizado em recessões tratadas com matriz dérmica acelular. Sabe-se, a partir de biópsia, que a matriz dérmica incorpora-se completamente ao tecido. Uma característica importante deste material é que ele possui duas faces: uma tem características da membrana porosa que foi posicionada em contato com a superfície radicular e periosteio e a outra de um tecido conjuntivo com fibras elásticas e colágenas que foi posicionado para o próprio tecido conjuntivo.

O estudo de SILVERSTEIN; CALLAN (1996) demonstrou a possibilidade de substituição do tecido conjuntivo do palato pela matriz dérmica acelular. No presente estudo foi possível comprovar a eficácia da utilização de tal matriz, o que evita a



Fig. 6 - Resultado após 12 meses.

necessidade de uma segunda área cirúrgica.

Comparando os resultados deste estudo com o de HARRIS (1998), obteve-se sucesso semelhante, no entanto neste último ocorreu sangramento no sexto dia pós-operatório, enquanto no presente estudo nenhuma complicação pós-operatória ocorreu.

Os resultados do estudo de CALLAN (1996), também foram ao encontro aos resultados obtidos neste estudo, obtendo-se sucesso na cirurgia de enxerto de matriz dérmica acelular, com ganho de inserção, aumento da largura do tecido queratinizado e diminuição da recessão.

CONCLUSÃO

O resultado sugere que o enxerto de matriz dérmica acelular subepitelial associado a um retalho posicionado coronalmente pode produzir cobertura radicular estética, bem como ganho de inserção clínica e aumento de gengiva ceratinizada. Evita uma segunda área cirúrgica, favorecendo desta forma o pós-operatório e a quantia de material disponível não é limitada, porém, no Brasil o seu custo ainda é muito elevado, fato este que tem restringido o seu uso.

RESUMO

Experimento: Diferentes técnicas têm sido propostas para o tratamento de recessão gengival. Este estudo relata o resultado clínico do tratamento de recessão gengival com enxerto alógeno de matriz dérmica acelular (Allo Derm®).

Métodos: Uma paciente apresentando recessão gengival

classe I de Miller foi analisada. A exposição da superfície radicular foi tratada através do recobrimento com enxerto alógeno de matriz dérmica acelular substituindo o tecido palatal doador. Profundidade de sondagem, nível clínico de inserção, recessão gengival, e largura do tecido queratinizado, foram observados.

Resultados: Houve o recobrimento total da exposição radicular e aumento da área de gengiva inserida de tecido queratinizado.

Conclusão: O enxerto alógeno de matriz dérmica acelular pode ser um substituto para o enxerto de tecido conjuntivo autógeno em procedimentos de recobrimento radicular.

Palavras-chave: Recessão gengival, recobrimento radicular, Matriz dérmica acelular.

SUMMARY

Experiment: Different techniques have been proposed for the treatment of gingival recession. This study shows the result of the treatment of gingival recession with acellular dermal matrix graft (Allo Dermã).

Methods: A patient presenting gingival recession class I of Miller was analyzed. The exhibition of the root surface was treated with acellular dermal matrix graft, substituting the palatal tissue. Probing depth, clinical attachment level, gingival

recession, and width of keratinized tissue were observed.

Results: There were the total overlap of the root exhibition and increase of the area of keratinized tissue.

Conclusion: The acellular dermal matrix graft can be a substitute for the palatal tissue in procedures of root overlap.

Key-Words: Gingival recession, Root coverage, Acellular dermal matrix.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CALLAN, D. P. Use of acellular dermal matrix allograft material in dental implant treatment. *Dental Surgery Products*, n. 1, 14-17, 1996.
2. DODGE, J. R., GREENWELL, H., HENDERSON, R. Root coverage without a palatal donor site, using an acellular dermal graft. *Periodont Insights*, v. 4, n. 5, 5-9, 1998.
3. HARRIS, R. J. Root coverage with a connective tissue with partial thickness double pedicle graft and an acellular dermal matrix: A clinical and histological evaluation of a case report. *J. Periodontol*, n. 69, 1305-1311, 1998.
4. LIVESEY, S A et al. Transplanted acellular allograft dermal matrix: potential as a template for the reconstruction of viable dermis. *Transplantation*, 1995 Jul 15;60(1):1-9.
5. NOVAES, A. B., et al. Acellular dermal matrix for the treatment of gingival recession. *J. Periodontol*, v. 72, n. 11, 1479-1480, 2001.
6. Product information for AlloDerm. LifeCell Corporation, 3606 Research Forest Dr., The Woodlands, TX. 77381.
7. SILVERSTEIN, L. H., CALLAN, D. P. An acellular dermal matrix allograft substitute for palatal donor tissue. *Postgrad Dent*, n. 3, 14-21, 1996.

GUIA DO EMPREENDEDORISMO NA ODONTOLOGIA

Como Administrar Melhor o Consultório

- 1 Detectar uma nova oportunidade (SEBRAE)
- 2 Desenvolver uma Odontologia Filantrópica
- 3 Aplicar logo as novas regras de biossegurança (ANVISA)
- 4 Agregar um SPA DENTAL no consultório
- 5 Estagiar no exterior para se diferenciar
- 6 Fazer um MINI-MBA para profissionais da saúde

12
CAMINHOS
PARA
ADMINISTRAR
MELHOR O
CONSULTÓRIO

- 7 Calcular certo o custo e o preço de cada procedimento
- 8 Manipular os materiais dentários para economizar 50%
- 9 Montar um escovódromo para ensinar higiene bucal
- 10 Conseguir um credenciamento vip para funcionários públicos
- 11 Tirar proveito da nova lei sobre Odontologia do Trabalho
- 12 Praticar pelo menos uma das novas oportunidades detectadas