



MANUAL PRÁTICO PARA CIRURGIA PERIODONTAL E PERIIMPLANTAR

RENATA CIMÕES ■ ESTELA SANTOS GUSMÃO ■ NIKOS DONOS

DEGUS
TAÇÃO

CORTESIA DO EDITOR


NAPOLEÃO
editora



INCISÕES E RETALHOS NA CIRURGIA PERIODONTAL E PERIIMPLANTAR

FELIPE BRAVO ■ BRUNA DE C. F. VAJGEL ■ ESTELA S. GUSMÃO ■ RENATA CIMÕES

INTRODUÇÃO

Os princípios da cirurgia periodontal, de maneira geral, não diferem dos princípios cirúrgicos aplicados em outras partes do corpo. Alguns aspectos importantes para o êxito do processo cirúrgico são: manipulação do tecido de maneira delicada; incisões firmes e precisas; retração cuidadosa do retalho; uso de técnicas de suturas atraumáticas e promoção de uma cicatrização estável da ferida. Incisões bem planejadas são essenciais ao acesso cirúrgico. O planejamento da incisão deve considerar principalmente a anatomia e o objetivo cirúrgico, o desenho do retalho e seu manejo atraumático. Vale salientar a importância de um instrumento cortante bem afiado a fim de evitar dano tecidual desnecessário. Incisões limpas e definidas ditarão uma melhor cicatrização e menos desconforto ao paciente¹.



O quadro 01 apresenta em detalhes os principais tipos de incisões utilizados nas cirurgias periodontal e periimplantar.

A EVOLUÇÃO DA CIRURGIA PERIODONTAL

Técnicas cirúrgicas para curar a doença periodontal foram descritas através de relatos ao longo dos anos. Na maioria das vezes, as técnicas causavam mutilações e queimaduras nos tecidos periodontais (Quadro 02).

Com as mudanças acerca do conceito da doença periodontal e a crescente insatisfação com as mutilações produzidas pela técnica cirúrgica, com consequente comprometimento da estética, foram propostas modificações dos retalhos descritos até então com intuito de minimizar tais problemas.

INCISÃO	DESCRIÇÃO	INDICAÇÃO	INSTRUMENTOS
BISEL EXTERNO	Direcionada para coronal	Gengivectomia; aumento da coroa-clínica; gengivoplastia; crescimento gengival	Gengivótomo de Kirkland; gengivótomo de Orban; lâminas 11D; lâminas 15; gengivótomo de 360°, laser
BISEL INTERNO (bisel reverso ou inverso)	Direcionada para apical, colocada na crista da margem gengival ou recuada 0,5 a 2mm da margem	Procedimentos excisionais para nova inserção; retalho de Widman modificado; aumento da coroa clínica; aumento gengival	Lâminas 11, 12 ou 12B, 15 ou 15C
SULCULAR (do sulco)	Direcionada para apical, colocada no sulco e realizada em direção à crista alveolar	Procedimentos de preservação da papila; áreas estéticas; áreas com pouco tecido queratinizado; procedimentos de regeneração tecidual guiada (RTG)	Lâminas 11, 12 ou 12B, 15 ou 15C
RELAXANTE (vertical)	Perpendicular à margem gengival nos ângulos de transição dos dentes	Aumentar o acesso para permitir o posicionamento do retalho para coronal ou apical	Lâminas 11, 12 ou 12B, 15 ou 15C
PARA AFINAMENTO	Interna, estende-se da margem gengival em direção à base do retalho para diminuir o volume de tecido conjuntivo na face interna do retalho	Retalhos palatinos; procedimentos de cunha distal; gengivectomia com bisel interno; papilas volumosas	Lâminas 11, 12 ou 12B, 15 ou 15C
CONTRAINCISÃO	Pequena incisão realizada na incisão relaxante e dirigida para a base do retalho	Retalhos pediculados posicionados lateralmente	Lâminas 11, 15 ou 15C
RELAXANTE NO PERIÓSTEO	Incisão na base do retalho, cortando o periósteo subjacente	Para liberar a tensão no retalho, permitindo seu avanço coronário	Lâminas 15 ou 15C

Quadro 01 • Principais tipos de incisões¹.

BREVE HISTÓRICO DA EVOLUÇÃO DAS CIRURGIAS PERIODONTAIS	
460-377 A.C.	Hipócrates propôs a "utilização de uma peça de ferro ao rubro aplicada à gengiva para eliminar o problema"
38 A.C.	Celso indicava "cauterização e incisão para os casos de gangrena da gengiva"
IDADE MÉDIA	Albucasis descrevia que "uma peça de ferro ao rubro deveria ser mantida no local até o indivíduo sentir calor nas raízes dos dentes"
1746	Fauchard "utilizava tesouras para cortar excessos e crescimentos de gengivas"
1884	Salomon Robicsek idealizou a "gengivectomia radical com exposição óssea"
1950	Goldman "mostrava preocupação com o contorno fisiológico da gengiva e não expunha tecido ósseo"

Quadro 02 • Evolução das cirurgias periodontais².



BISEL EXTERNO

É uma incisão contida na gengiva e direcionada para a coroa do dente, cujo objetivo é a eliminação de bolsas, a melhoria do contorno gengival e o acesso às raízes. Este tipo de incisão é muitas vezes utilizado em conjunto com as cirurgias a retalho, quando é necessário afinar o tecido externamente, e deve ser realizada antes de rebater o retalho¹. Esta incisão é altamente indicada na realização das cirurgias de gengivectomia³⁻⁸.

TÉCNICA

A incisão é contida na gengiva e direcionada para a coroa do dente. Posiciona-se o instrumento a 45° em direção à base da bolsa ou sulco gengival, ou em relação à raiz do dente. Pode ser linear ou contornar a parábola gengival (Figura 01). Na incisão em bisel externo, a angulação em 45° é dada em relação à raiz.

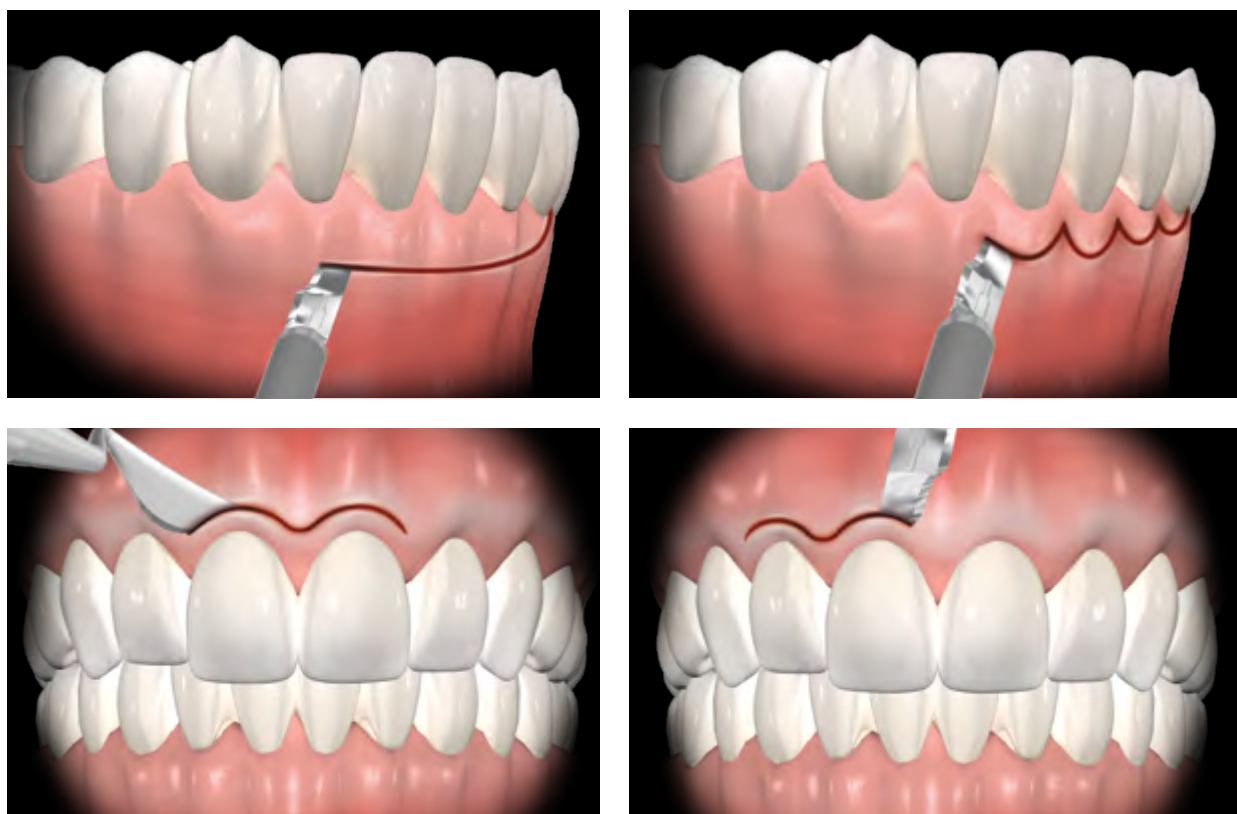


Fig. 01A-D • Incisão em bisel externo linear (A); Incisão em bisel externo contornando a forma da gengiva (B); Incisão em bisel externo realizada com gengivótomo de Kirkland (C); Incisão em bisel externo realizada com lâmina de bisturi (D).

BISEL INTERNO

Esta incisão é básica para a maioria dos procedimentos a retalho em Periodontia, sendo a incisão primária na realização de muitos retalhos^{1,6}. O objetivo da incisão em bisel interno é de remover o epitélio da bolsa para proporcionar o contato direto do osso a um tecido conjuntivo saudável¹. Atualmente, apresenta três objetivos importantes: remove o revestimento da bolsa, conserva a superfície externa não envolvida da gengiva e produz uma margem gengival delgada e fina para a adaptação osso-dente⁶. Este tipo de incisão também é denominado de bisel invertido ou bisel reverso.

TÉCNICA

Inicia-se a certa distância da margem gengival e finaliza-se na crista óssea, a inclinação da incisão é inversa à incisão para gengivectomia, sendo direcionada a 45° em relação à coroa. Posiciona-se a lâmina paralela ao longo eixo do dente, direcionada apicalmente para a crista alveolar, colocada na crista da margem ou recuada 0,5 a 2mm. O contorno é ditado pela anatomia do dente e pela forma radicular (Figura 02).

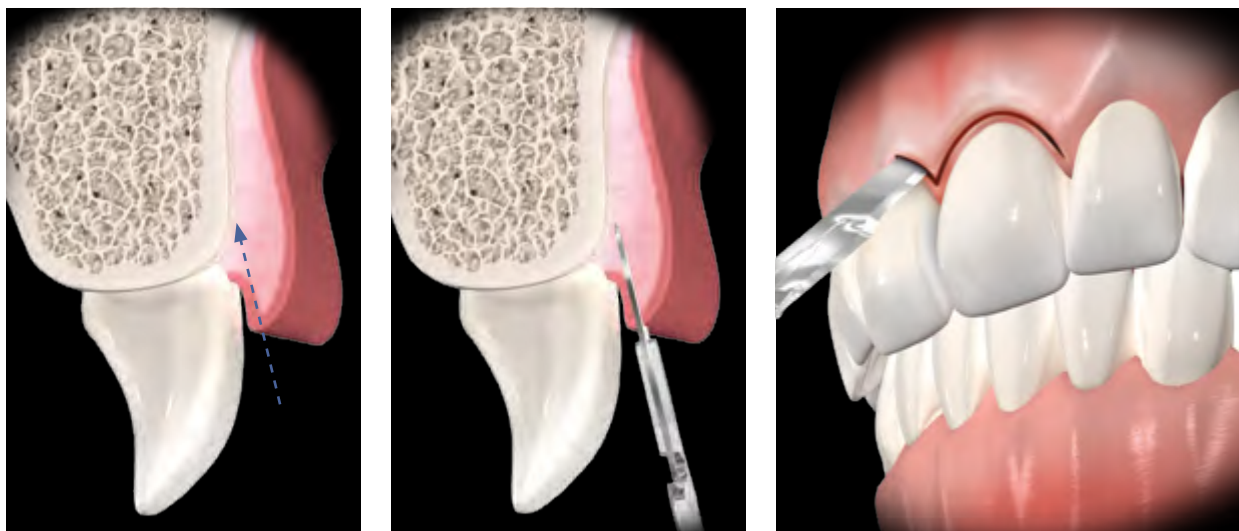


Fig. 02A-C • Incisão em bisel interno mostrando o recuo a partir da margem gengival. A incisão é angulada em direção à crista alveolar (A,B); Vista frontal da incisão em bisel interno (C).

INCISÃO SULCULAR

Esta incisão é realizada quando se deseja preservar todo o tecido queratinizado existente¹. Pode também ser denominada de incisão secundária⁶.

TÉCNICA

Insere-se a lâmina do bisturi no sulco gengival, paralela ao longo eixo do dente, em direção à crista alveolar. Esta técnica requer a inclusão da maior quantidade possível de papila no retalho (Figura 03).

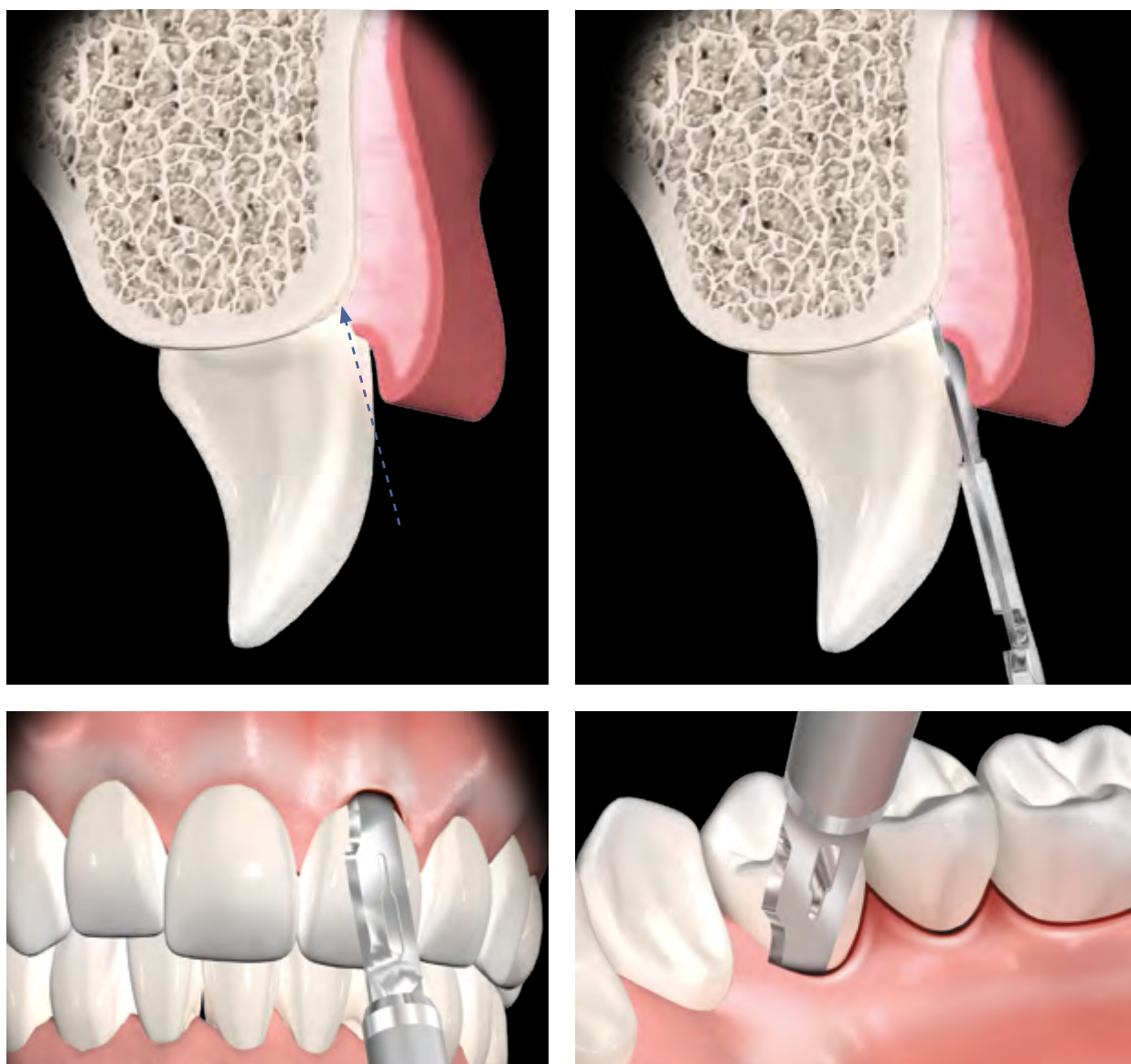


Fig. 03A-D • Vista lateral de uma incisão intrassulcular, mostrando que a incisão é direcionada para dentro do sulco gengival (A,B); Vista frontal da incisão intrassulcular (C); Incisão intra-sulcular na região palatina (D).

INCISÃO RELAXANTE

Este tipo de incisão pode também ser denominado de incisão vertical ou oblíqua relaxante. As incisões relaxantes devem se estender para além da linha mucogengival para permitir que o retalho seja deslocado, bem como devem ser evitadas nas áreas lingual e palatina⁶. São perpendiculares à margem gengival, aumentando o acesso ao osso alveolar, além de diminuir a tensão dos retalhos. Permitem ainda um posicionamento apical e coronário dos retalhos e limitam a inclusão de um sítio sadio no campo cirúrgico. Além disso, as incisões relaxantes não devem ser colocadas em concavidades pronunciadas, não devem dividir a papila interdental e não devem ser localizadas na porção média dos dentes (Figura 04).

TÉCNICA

Realizam-se incisões com o bisturi posicionado perpendicularmente, podendo ou não incluir a papila no retalho. A incisão não deve cruzar a proeminência radicular do dente adjacente (Figura 05).



Fig. 04A-F • Incisões relaxantes. Localização incorreta da incisão relaxante (A-C); Localização correta da incisão relaxante (D-F).

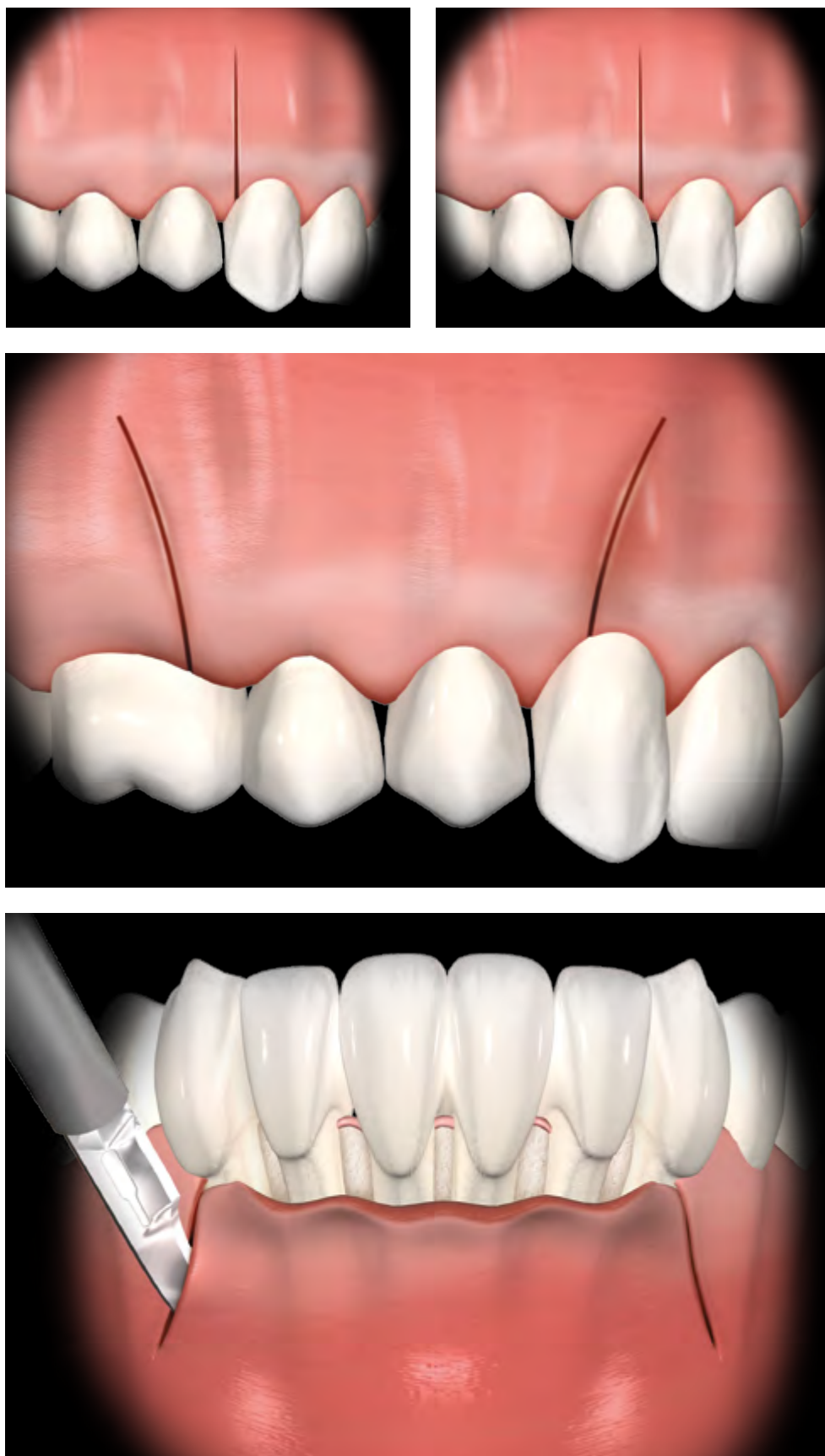


Fig. 05A-D • Incisões relaxantes unilaterais (A,B); Incisão relaxante bilateral (C); Posicionamento da lâmina de bisturi para realização das incisões relaxantes (D).



INCISÃO PARA AFINAMENTO

Estas incisões reduzem o volume de conjuntivo no retalho e são utilizadas na redução da espessura dos tecidos. São bastante utilizadas nas cirurgias de cunhas interproximais e para redução de papilas volumosas¹ (Figura 06).

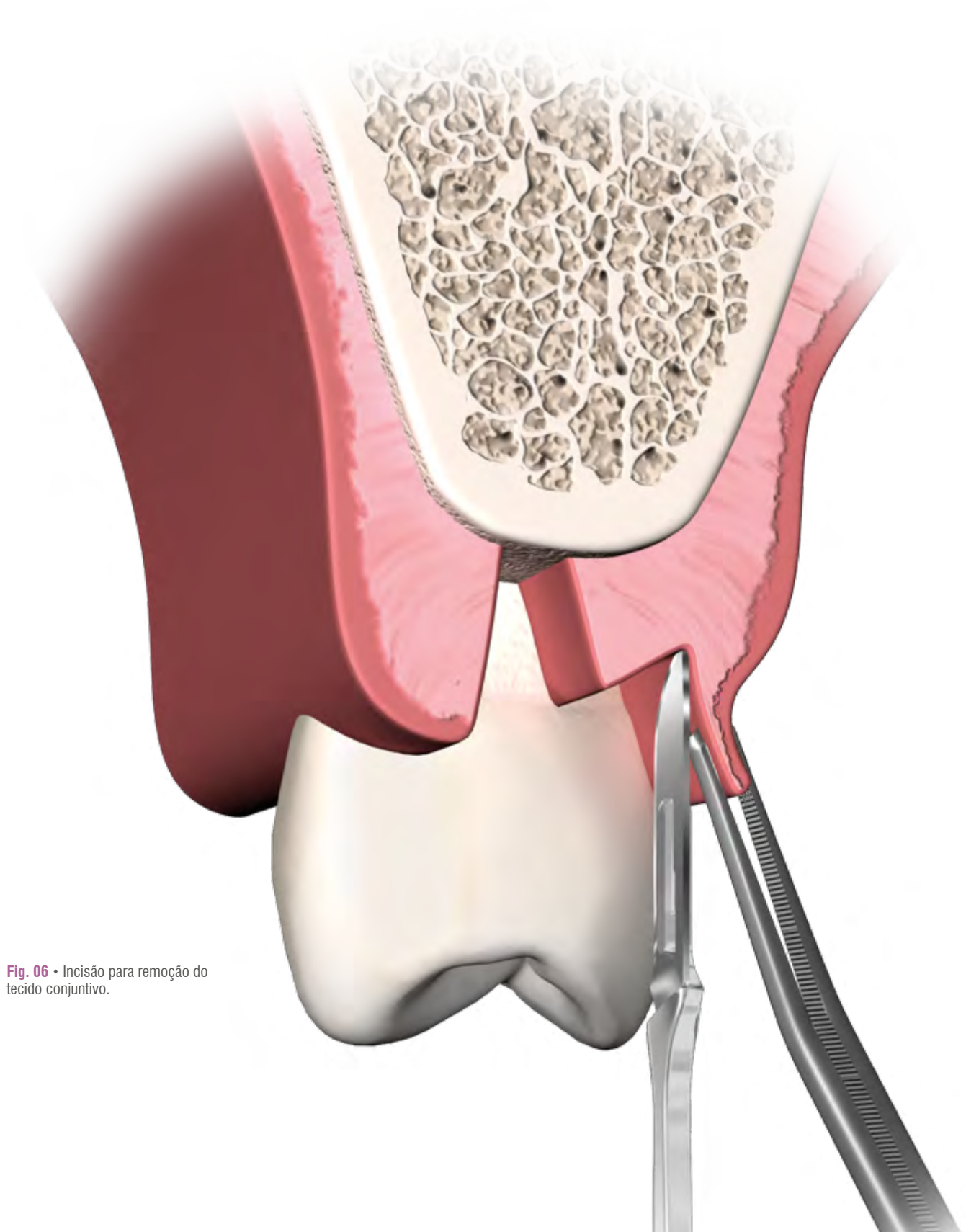


Fig. 06 • Incisão para remoção do tecido conjuntivo.



CONTRAINCISÃO

São pequenas incisões realizadas na superfície apical das incisões relaxantes verticais. As contraincisões são utilizadas em conjunto com os retalhos pediculados para promover maior mobilidade. Não devem ultrapassar 2 a 3mm para que não haja o comprometimento do suprimento sanguíneo¹. Este tipo de incisão foi descrita em 1964 por Corn (Figura 07).

INCISÃO RELAXANTE NO PERIÓSTEO

As incisões relaxantes no perióstio são usadas para avanço do retalho, seja para direção coronária ou lateral, permitindo o posicionamento do retalho sem tensão. A lâmina de bisturi é voltada para o retalho, cortando o perióstio subjacente¹ (Figura 08).



Fig. 07 • Contraincisão para propiciar maior mobilidade ao retalho.

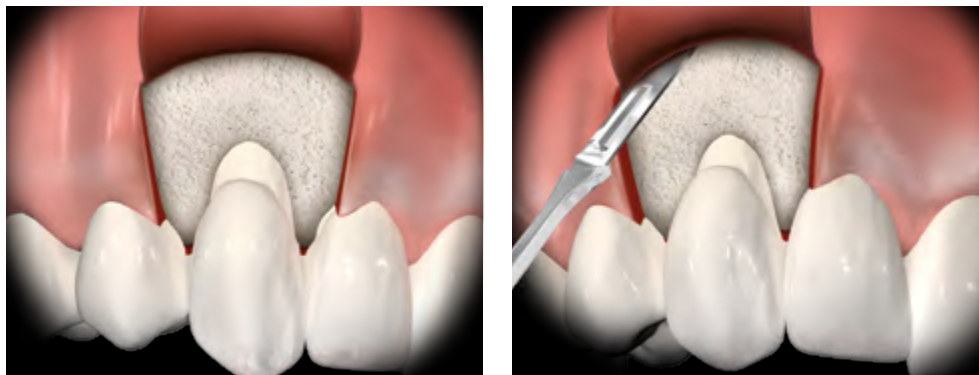


Fig. 08A,B • Retalho mucoperiosteal (A); Incisão no perióstio para aumentar a mobilidade do retalho (B).



RETALHOS UTILIZADOS PARA MELHOR VISUALIZAÇÃO E HIGIENIZAÇÃO DE BOLSAS PERIODONTAIS

RETALHO DE WIDMAN

Widman¹⁰ foi um dos primeiros pesquisadores a descrever uma técnica cirúrgica para eliminação da bolsa periodontal. O autor descreveu um retalho mucoperiosteal desenhado para remover o epitélio da bolsa e o tecido conjuntivo inflamado, além de facilitar a correta higienização da superfície radicular.

TÉCNICA

Duas incisões relaxantes são executadas para delimitar a área cirúrgica. Uma incisão é realizada acompanhando o contorno da margem gengival, separando o epitélio da bolsa da gengiva não inflamada. Desloca-se o retalho, expondo em torno de 2 a 3mm de osso alveolar (Figura 09).

Então, realiza-se a remoção de tecido inflamado com curetas, raspagem e reanatomização do osso alveolar (Figuras 10).

O retalho é reposicionado e mantido com suturas interproximais (Figura 11).

RETALHO DE NEUMANN

Poucos anos após Widman¹⁰, Neumann¹¹ descreveu uma técnica para tratamento com retalhos, mas esta diferia pouco daquela proposta anteriormente, embora o principal objetivo continuasse a ser facilitar a correta higienização da superfície radicular.

TÉCNICA

Realiza-se uma incisão intrassulcular, contornando os dentes afetados em direção das porções apicais das bolsas, e o afastamento do retalho mucoperiosteal. Ambos são delimitados por incisões relaxantes.

Então, cureta-se a face interna para remover o epitélio da bolsa e o tecido de granulação. Raspagem e alisamento da superfície radicular e remoção de irregularidades ósseas são realizadas.

Reposiciona-se o retalho após ajustes para uma adaptação ideal.



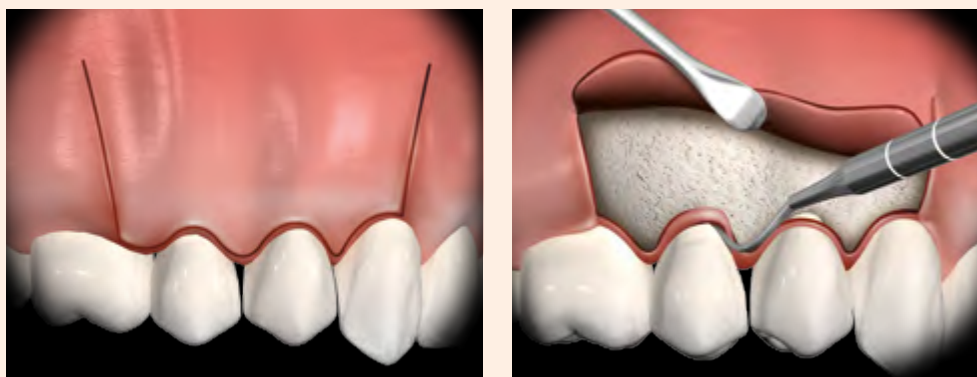


Fig. 09A,B • Incisões relaxantes no retalho de Widman (A); Elevação do retalho e, em seguida, remoção do colar de tecido inflamado (B).



Fig. 10 • Recontorno ósseo após a remoção do tecido inflamado.

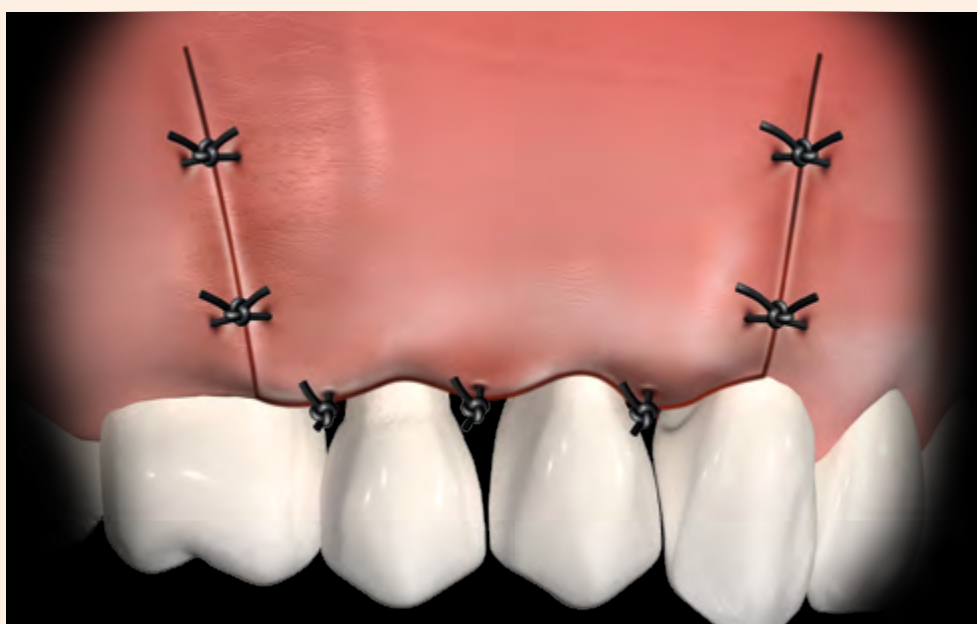


Fig. 11 • Retalho suturado com a margem gengival localizada no nível da crista óssea.

RETALHO DE KIRKLAND (RETALHO MODIFICADO)

Idealizado por Kirkland¹² em 1931 que, preocupado com o prejuízo estético causado pela retração cicatricial, propôs uma técnica mais conservadora e muito parecida com a cirurgia proposta por Neumann. Ele denominou a técnica de cirurgia a retalho modificado e desenvolveu uma série de instrumentos para sua técnica. O objetivo do retalho era realizar acesso para debridamento adequado da raiz, sem incisões relaxantes e sem a necessidade de remoção de tecido gengival, causando, portanto, poucas mudanças na região anterior, pois não havia incisões relaxantes e não havia remoção de tecido gengival.

TÉCNICA

Realizam-se incisões intrassulculares até o fundo da bolsa, tanto na face vestibular como na lingual. As incisões se estendem nas direções mesial e distal (Figura 12).



Fig. 12 • Incisão intrassulcular para o retalho de Kirkland.

Faz-se o descolamento do retalho para expor as superfícies radiculares para debridamento. Se houver defeitos ósseos angulares devem ser curetados (Figura 13).

Eliminam-se da superfície interna do retalho tecidos de granulação e o epitélio da bolsa. Reposiciona-se o retalho através de suturas interproximais (Figura 14).

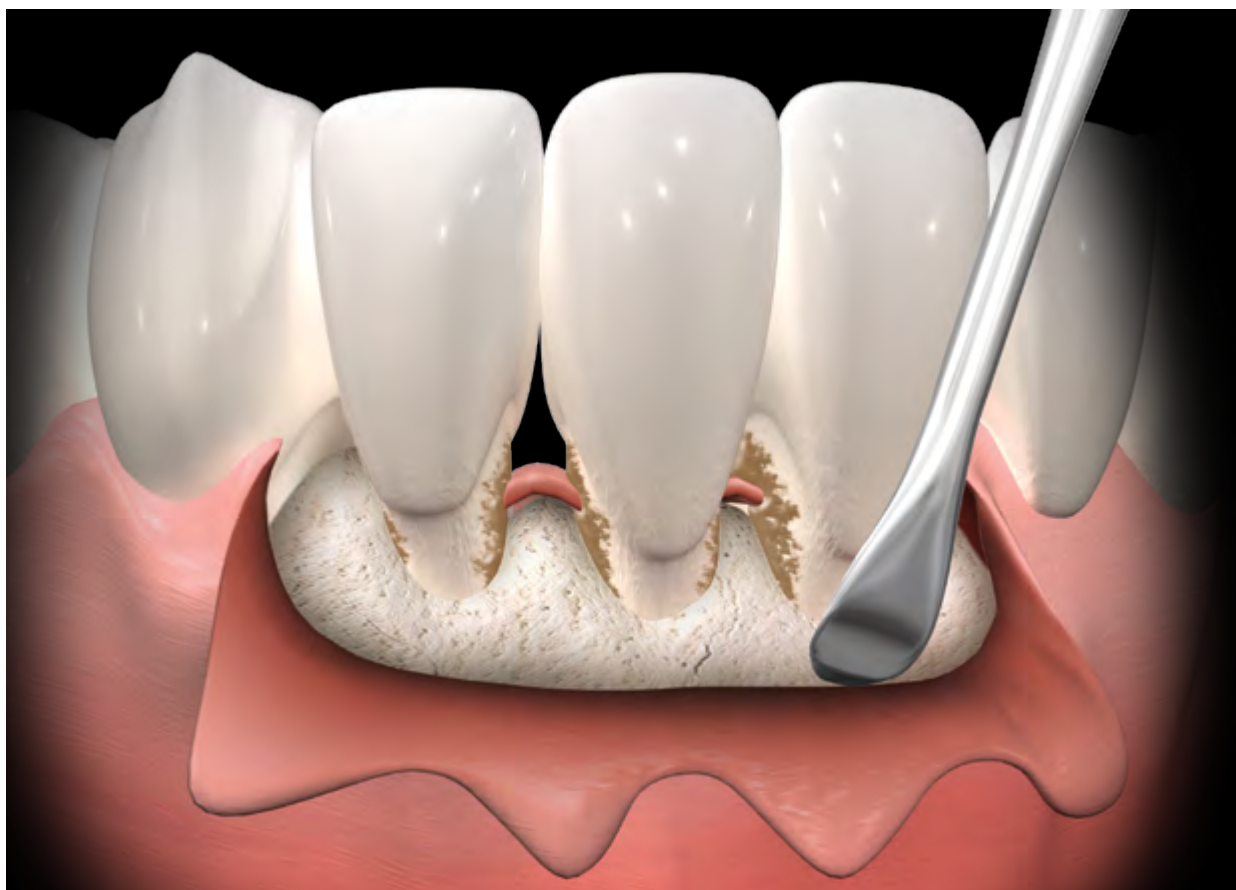


Fig. 13 • Deslocamento da gengiva para visualização da superfície radicular.

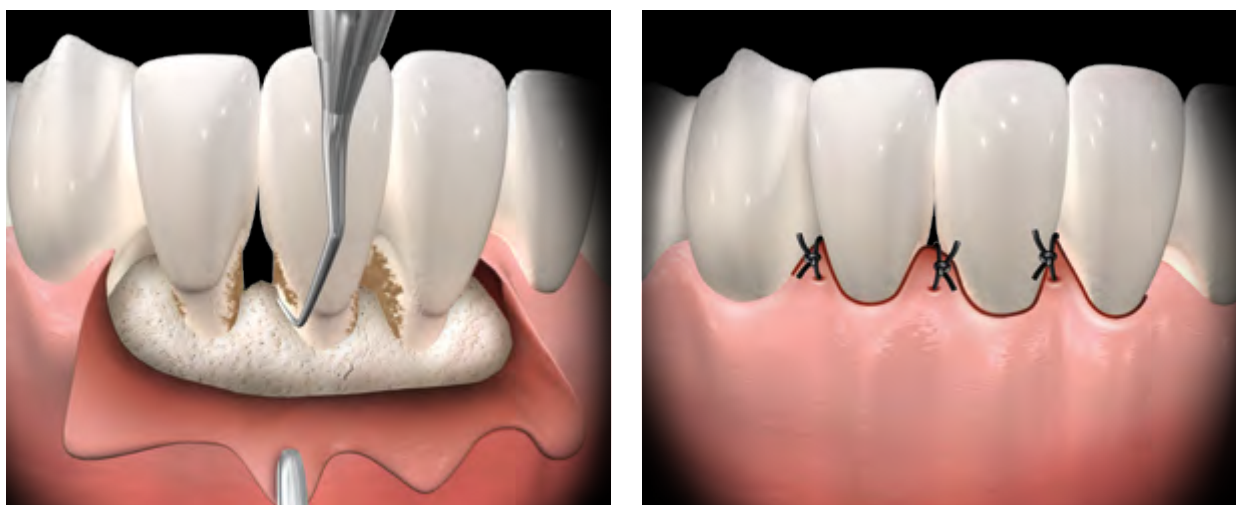


Fig. 14A,B • Debridamento mecânico das superfícies radiculares (A); Reposicionamento do retalho na posição original e sutura (B).



RETALHO DE WIDMAN MODIFICADO

Em 1974, Ramfjord e Nissle¹³ descreveram o retalho de Widman modificado. Esta técnica é reconhecida como “técnica da curetagem a retalho aberto”, tendo sido inspirada nas técnicas propostas por Widman¹⁰ (1920), Neumann (1920)¹¹ e Kirkland¹² (1931). Consiste em curetagem em campo aberto com o intuito de ganhar inserção. As características da técnica são: facilitar a correta higienização da superfície radicular, porém, sem a realização do deslocamento apical e do contorno ósseo, procurando preservar a altura gengival do retalho¹³.

TÉCNICA

Para esta técnica, é preciso executar incisões em três direções (Figura 15).

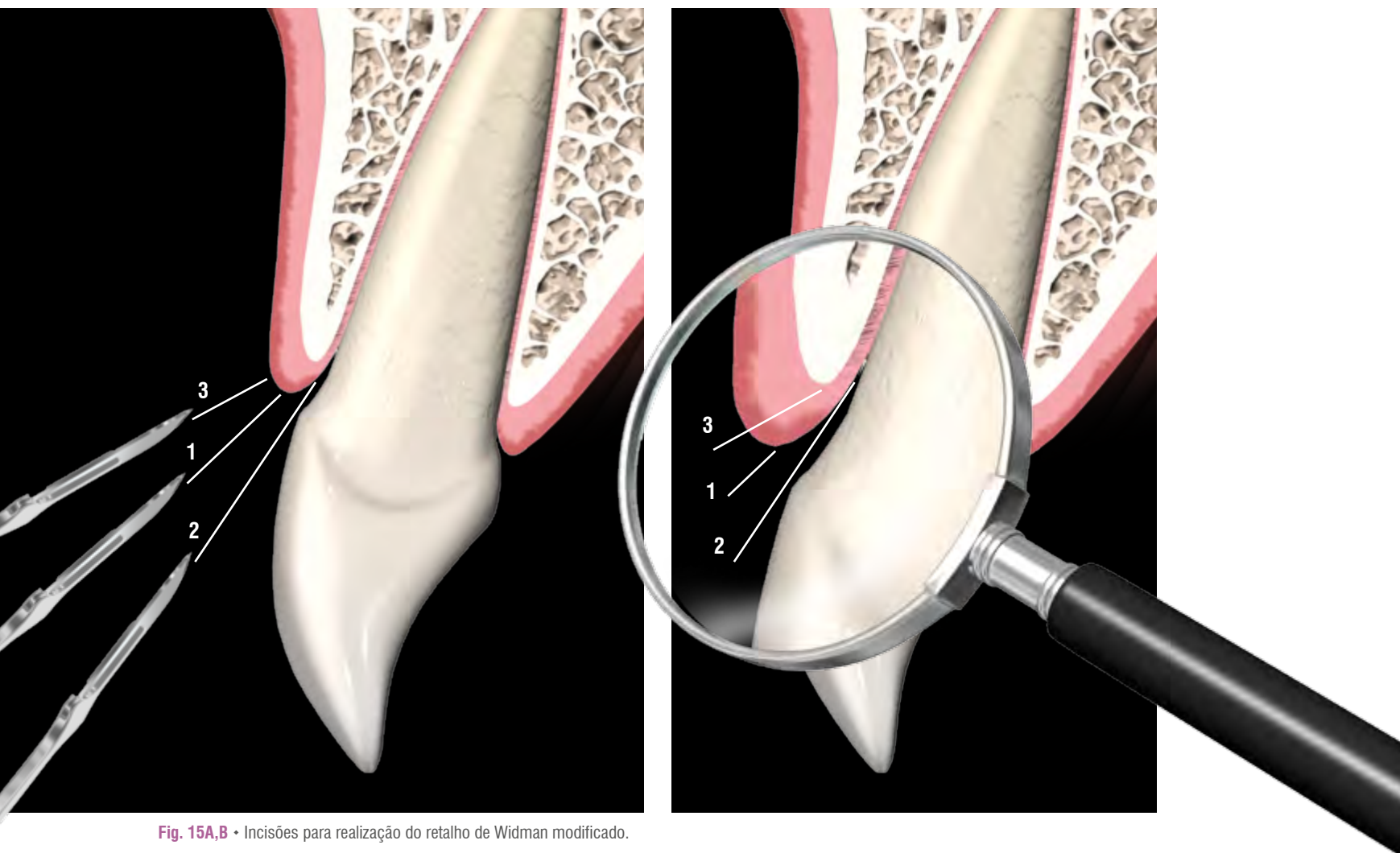


Fig. 15A,B • Incisões para realização do retalho de Widman modificado.



A primeira incisão é realizada a mais ou menos 1mm de distância da margem gengival e paralela ao longo eixo do dente (Figura 16).

O retalho em espessura total é deslocado cuidadosamente. Realiza-se a segunda incisão, a qual é intrassulcular, ao redor dos dentes até a crista alveolar (Figura 17).

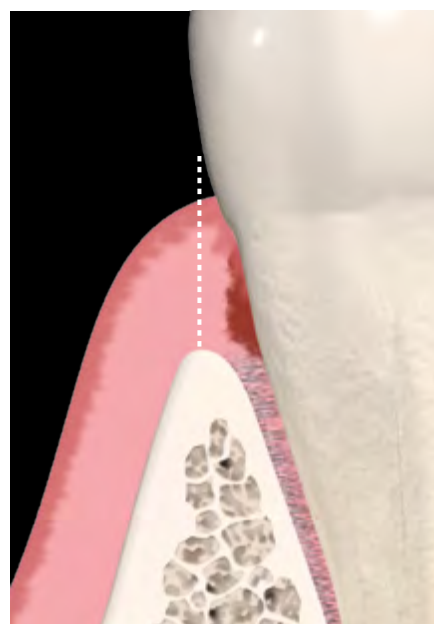


Fig. 16A,B • Incisão inicial do retalho colocada de 0,5 a 1mm da margem gengival (A); Paralela ao longo eixo do dente (B).

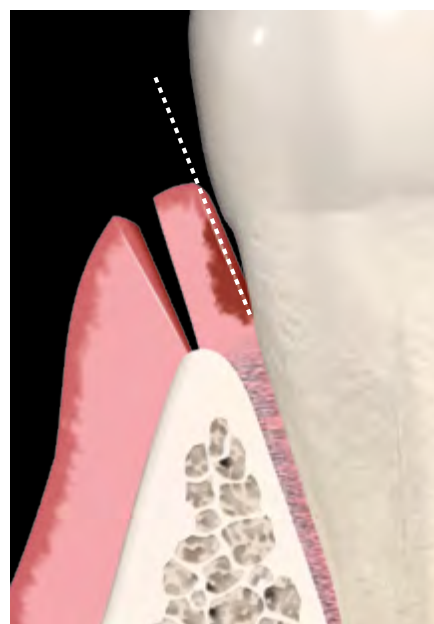
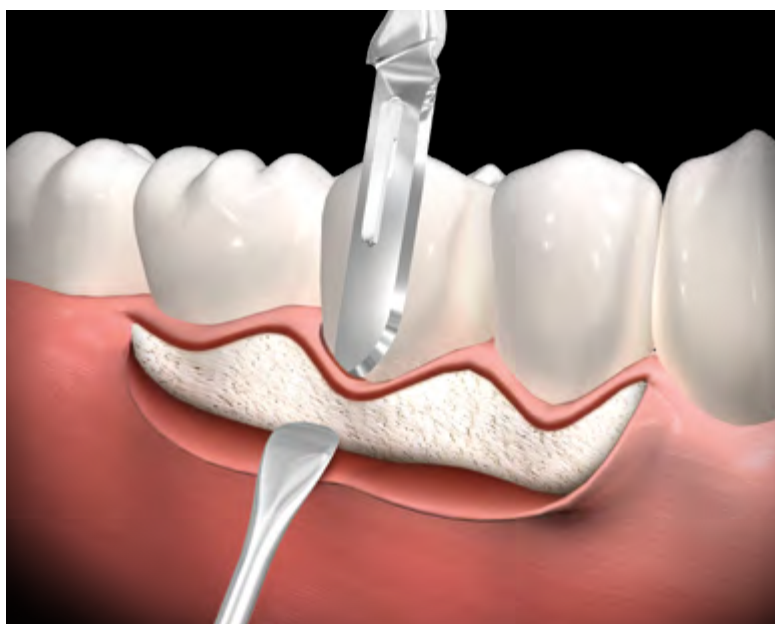


Fig 17A,B • Segunda incisão intra-sulcular (A); Separação do tecido mole da superfície radicular (B).

A terceira incisão é realizada em direção horizontal ou perpendicular em relação à raiz para separar o colar de tecido gengival do osso alveolar (Figura 18).

Então, realiza-se raspagem e alisamento radicular. O retalho é ajustado para proteger todo o tecido ósseo, sutura-se com pontos interproximais (Figura 19).



Fig. 18A,B • Terceira incisão realizada perpendicularmente à superfície radicular e próxima à crista óssea (A); Separação do colar gengival do osso alveolar (B).



Fig. 19A,B • Retalho ajustado para cobrir completamente o osso alveolar (A); Vista lateral mostrando o osso alveolar completamente coberto por tecido mole (B).

RETALHO DE RAMFJORD

Ramfjord¹⁴ propôs, em 1977, uma variação da técnica de Widman modificada, ressaltando a possibilidade de estender mais a área cirúrgica para maior flexibilização do retalho e, consequentemente, melhor visualização das superfícies radiculares. Estes retalhos podem ser utilizados em abordagens remodeladoras estéticas, mas não se recomenda mais o uso para raspagem e alisamento com visão direta¹⁴.

ENAP

Esta técnica foi desenvolvida por Yukna^{15,16} e seus colaboradores, em 1976, com o objetivo de se obter uma nova inserção, denominada *Excisional New Attachment Procedure* (ENAP). Baseia-se na remoção de tecido de granulação através de uma incisão em direção à porção apical da bolsa, removendo epitélio, reação de granulação e tecido conjuntivo inflamado pela remoção da vertente interna da bolsa (Figura 20).

ENAP MODIFICADO

Em 1977, Fedi e Rosenfeld¹⁷ modificaram a incisão proposta por Yukna^{15,16} em 1976, direcionando-a para a crista óssea do processo alveolar devido à dificuldade de atingir a porção apical da bolsa por meio de uma lâmina de bisturi (Figura 21).



Fig. 20 • Retalho ENAP.

Fig. 21 • Retalho ENAP modificado.



NAPOLEÃO
e d i t o r a

Editora Napoleão

R. Prof. Carlos Liepin, 534

Bela Vista - CEP 13460-000

Nova Odessa - SP - Brasil

Fone: + 55 19 3466 2063

Fax: + 55 19 3498 2339

autores@editoranapoleao.com.br

www.editoranapoleao.com



ISBN 978-85-60842-41-4

