

Quando se deve realizar tratamento cirúrgico periodontal associado ao tratamento convencional?



Prof. Dr. Rodolfo Francisco Haltenhoff Melani é Professor-associado do Departamento de Odontologia Social da FOU SP e Responsável pela área de Odontologia Legal do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas – FOU SP. **Prof. Emerson Nakao** é Mestre e Especialista em Prótese Dentária – FOU SP. **Dra. Caroline Teggi Schwartzkopf** é Cirurgiã-Dentista e Especialista em Periodontia

A raspagem e o alisamento radicular são os procedimentos de eleição para iniciar o tratamento de pacientes com doença periodontal, além da orientação em higiene bucal¹, buscando a remoção e a desorganização do biofilme – procedimentos tidos como altamente eficientes para a prevenção da perda de inserção periodontal e para a melhora de grande parte dos demais parâmetros clínicos, como sangramento gengival, mobilidade dentária aumentada e halitose, seguidos da terapia de manutenção por toda a vida²⁻⁹. As dificuldades

do debridamento adequado pioram de acordo com a profundidade das bolsas, anatomia radicular, lesão de furca, presença de restaurações subgengivais e presença de fissuras radiculares.

Não é fácil verificar por meio clínico se a instrumentação radicular subgengival foi bem realizada. Após a raspagem, a superfície deve estar lisa; porém, é necessária atenção à resposta gengival. Se a inflamação persistir, deve-se suspeitar de presença de cálculo subgengival que não pode ser removido por falta de acesso. Neste caso, o tratamento cirúrgico ►



▶ deve ser considerado. Além da profundidade das bolsas periodontais que persistem em permanecer com os mesmos valores colhidos antes do início da raspagem, o profissional deve se atentar à presença de inflamação na região, incluindo exsudação e sangramento durante a sondagem¹.

O objetivo de uma intervenção cirúrgica deve ser o de reduzir a bolsa periodontal, obtendo acesso direto à superfície radicular – o que permite a remoção dos cálculos subgingivais e a correção de defeitos ósseos ou de tecidos moles que possam prejudicar a manutenção da saúde periodontal^{1,5}. Destacam-se entre as várias técnicas cirúrgicas disponíveis que podem ser adotadas^{1,9}:

- **Cirurgia a retalho/Redução de bolsa:** permite visualização direta, debridamento e raspagem “a céu aberto” da região com a bolsa periodontal. Em alguns casos, aplainam-se regiões onde o osso está irregular e isto pode favorecer o acúmulo de placa e aumentar o número de bactérias na região.
- **Enxertos ósseos:** podem ser autógenos (do próprio paciente) ou de osso heterólogo, sendo colocados na região com defeito ósseo. A estratégia é fornecer uma matriz que facilite a formação de osso no local onde foi enxertado, com o intuito de reestabelecer a arquitetura óssea da região e melhorar o prognóstico dos dentes envolvidos.

- **Enxerto de tecido mole:** é utilizado para restabelecer a arquitetura de regiões que tiveram perda de tecido mole. Pode ser utilizado em conjunto com os enxertos ósseos.
- **Regeneração tecidual guiada:** consiste na instalação de uma membrana entre o osso e o tecido gengival, impedindo que o tecido epitelial, de desenvolvimento mais rápido que o conjuntivo, ocupe as regiões de defeitos ósseos e impeça o restabelecimento de regiões que sofreram perda óssea.
- **Cirurgia óssea:** por meio de um retalho de espessura total, permite acesso às regiões com defeito ósseo; regulariza-se sua superfície, promovendo a melhora na saúde oral, bem como a diminuição de depósitos de placa/cálculo e bactérias na região.

Uma revisão sistemática comparando a efetividade do tratamento cirúrgico e o não cirúrgico mostrou que em bolsas rasas (1-3 mm) não houve diferença da redução da profundidade de bolsa; porém, em casos moderados (4-6 mm) e profundos (> 6 mm), a opção cirúrgica mostrou resultado superior quando comparado ao do tratamento não cirúrgico (raspagem e alisamento radicular)¹⁰. ▶



Fonte: <https://miteshjivandmd.com/project/periodontal-disease-treatment/>

- ▶ A necessidade e a opção pelo tipo de cirurgia que será realizada geralmente são analisadas após a verificação da resposta dos tecidos à terapia inicial (reavaliação após raspagem e orientação de higiene). Recomenda-se espera de 4 a 6 semanas após o último quadrante tratado para se proceder à reavaliação. É exatamente nesta fase quando as medidas de profundidade clínica de sondagem colhidas na consulta inicial serão refeitas e comparadas – o que, juntamente a outros parâmetros, como higiene bucal, mobilidade dentária, sangramento à sondagem e supuração, atestará a resposta do paciente aos procedimentos de debridamento mecânico e aplainamento das superfícies radiculares¹⁰.

Quadro 1. Avaliação da resposta à terapia¹⁰

• Realizada de 4 a 6 semanas após a cirurgia
• Revisar a higiene bucal
• Repetir a sondagem periodontal em furcas invadidas e em áreas com perda de inserção, comparando com as medidas antes da cirurgia
• Revisar mobilidade, sangramento e supurações
• Procurar por irregularidades na superfície radicular
• Remover cálculos residuais
• É esperada resolução de bolsas de 1 a 2 mm de profundidade
• É esperada resolução dos sinais de atividade da doença
• Julgamento clínico é crítico em determinar onde o tratamento foi bem-sucedido

Quando os objetivos terapêuticos dos procedimentos básicos periodontais (raspagem, alisamento e polimento coronários e radiculares) não são alcançados após adequado tratamento relacionado a causas, a abordagem cirúrgica pode ser indicada. A arquitetura óssea e a profundidade de bolsa indicarão a abordagem cirúrgica adequada.

“ A necessidade e a opção pelo tipo de cirurgia que será realizada geralmente são analisadas após a verificação da resposta dos tecidos à terapia inicial (reavaliação após raspagem e orientação de higiene) ”

Houve debates vigorosos ao longo do século passado sobre os méritos relativos aos tratamentos cirúrgico e não cirúrgico da periodontite⁷. Em alguns casos, a terapia não cirúrgica é o tratamento inicial mais indicado; porém, em casos mais complexos, os procedimentos de raspagem podem ser combinados com técnicas cirúrgicas e até mesmo com terapias complementares/coadjuvantes, como o uso de antibióticos¹¹⁻¹⁴ ou *lasers*¹⁵⁻¹⁸.

A escolha adequada da intervenção é influenciada diretamente pela severidade clínica da doença. Para cada campo cirúrgico, diferentes técnicas podem ser empregadas e combinadas entre si para que os objetivos da fase cirúrgica sejam atendidos. Deve-se preferir as técnicas cirúrgicas que preservem ou induzam à formação de tecido periodontal no lugar daquelas que promovam a eliminação do tecido¹⁹.

Após a cirurgia, os pacientes deverão ser reavaliados e, caso não precisem de medidas adicionais, deve-se proceder à terapia de manutenção. O principal objetivo da cirurgia periodontal é preservar o periodonto no longo prazo, facilitando a remoção e o controle de placa⁹.

▶ Referências

1. Lindhe J, Karring T, Lang NP. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. São Paulo: Guanabara-Koogan; 2005.
2. American Academy of Periodontology. Comprehensive Periodontal Therapy: A Statement by the American Academy of Periodontology. J Periodontol 2011; 82(7):943-49.
3. American Academy of Periodontology. Parameter on Periodontal Maintenance – Parameters of Care Supplement. J Periodontol 2000;71(5):849-50.
4. American Academy of Periodontology. in: Glossary of periodontal terms. 4th ed. The American Academy of Periodontology, Chicago; 2001:39.
5. Carranza FA, Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR. Periodontia Clínica. São Paulo: Guanabara Koogan; 2007.
6. Deacon SA, Glenn AM, Deery C, et al. Different powered toothbrushes for plaque control and gingival health. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Dec 8;(12):CD004971.
7. Dentino A, Lee S, Mailhot J, Hefti AF. Principles of Periodontology. Periodontol 2000. 2013;61(1):16-53.
8. Smiley CJ, Tracy SL, Abt E, et al. Evidence-based clinical practice guideline on the nonsurgical treatment of chronic periodontitis by means of scaling and root planing with or without adjuncts. J Am Dent Assoc. 2015;146(7):525-35.
9. Cohen ES. Atlas de cirurgia periodontal reconstrutiva e cosmética. São Paulo: Santos Livraria e Editora; 2008.
10. HealthPartners Dental Group and Clinics guidelines for the diagnosis & treatment of periodontal diseases. (2011). Disponível em: <http://www.guideline.gov/popups/printView.aspx?id=35130>. Acesso em: out. 2018.
11. Keestra JA, Grosjean I, Coucke W, et al. Non-surgical periodontal therapy with systemic antibiotic in patients with untreated chronic periodontitis: a systematic review and meta-analysis. J Periodontol Res. 2015;50(3):294-314.
12. Fritoli A, Gonçalves C, Faveri M, et al. The effect of systemic antibiotics administered during the active phase of non-surgical periodontal therapy or after the healing phase: a systematic review. J Appl Oral Sci. 2015;23(3):249-54.
13. Harks I, Koch R, Eickholtz P, et al. Is progression of periodontitis relevantly influenced by systemic antibiotics? A clinical randomized trial. J Clin Periodontol. 2015;42(9):832-842.
14. Löe H, Theilade E, Jensen SB, Chiott R. Experimental gingivitis in man III. The Influence of Antibiotics on Gingival Plaque Development. J Periodontol Res. 1967;2(4):282-9.
15. American Academy of Periodontology (Comissioned Review). Laser in Periodontics: a Review of Literature. J Periodontol. 2006;77(14):545-64.
16. Behdin S, Monje A, Lin GH, et al. Effectiveness of laser application for periodontal surgical therapy: systematic review and meta-analysis. J Periodontol. 2015;86(12):1352-63.
17. Zhao Y, Yin Y, Tao L, et al. Er:YAG laser versus scaling and root planing as alternative or adjuvant for chronic periodontitis treatment: a systematic review. J Clin Periodontol. 2014;41(11):1069-79.
18. Derdilopoulou FV, Nonhoff J, Neumann K, Kielbassa AM. Microbiological findings after periodontal therapy using curettes, Er:YAG laser, sonic, and ultrasonic scalers. J Clin Periodontol. 2007;34(7):588-98.