

MAURO SÉRGIO CAMARGO

Incisões e Suturas em Periodontia

**Monografia apresentada ao Curso
de Especialização em Periodontia da
Faculdade de Odontologia de Piracicaba
da Universidade Estadual de Campinas,
para obtenção do Título de Especialista
em Periodontia.**

Piracicaba

1996

299



TCE/UNICAMP
C14i
FOP

1290004721

MAURO SÉRGIO CAMARGO

Incisões e Suturas em Periodontia

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Periodontia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do Título de Especialista em Periodontia.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Wilson Sallum - FOP - UNICAMP

Piracicaba

1996

Dedico este trabalho, in memoriam, ao Dr. Benedicto Camargo, meu pai, a quem devo a escolha do caminho acadêmico e profissional, e a D. Isaura Arias Nalini Camargo, minha mãe, pelo apoio e incentivo.

Dedico também à Mirian, minha esposa, pelo apoio e compreensão, e à Ângela, minha filha, pelo seu carinho e desprendimento.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Antônio Wilson Sallum, pelo apoio, capacidade e discernimento com que orientou este trabalho.

Aos colegas do Curso de Especialização, pela amizade e compreensão durante nossa convivência.

Às minhas amigas e cunhadas, Maria Aparecida Jordão e Bárbara Jordão, pela ajuda na tradução dos textos.

Ao Prof. Dr. José Eduardo Cesar Sampaio, pela ajuda na obtenção de várias das publicações em que se basearam este trabalho de monografia.

Ao Prof. Dr. Edwil A. Cantadori Jr. e Prof. Dr. Carlos Marcos Tarkieltaub pelo apoio durante o transcorrer do Curso de Especialização.

**“A coragem de fazer tem
que ser maior que o medo
de errar”**

Autor desconhecido.

Sumário

	Página
Capa.....	I
Folha de Rosto.....	II
Dedicatória.....	III
Agradecimentos.....	IV
Epígrafe.....	V
Sumário.....	VI
Listas.....	1
Resumo.....	2
Introdução.....	3
Desenvolvimento-PARTE I - MATERIAIS de SUTURA.....	5
PARTE II - TÉCNICAS de SUTURA e SUAS APLI- CAÇÕES	1 -
PARTE III - TÉCNICAS CIRÚRGICAS - INCISÕES.....	22
Conclusões.....	22
Anexos.....	
Summary.....	
Referências Bibliográficas.....	

RESUMO

Procedimentos cirúrgicos em periodontia requerem precisão e excelente habilidade técnica. Hoje em dia, com as técnicas regenerativas, os implantes osseointegrados, a reconstrução mucogengival estética, demandam excelente fechamento da ferida para a obtenção de ótimos resultados. Partindo deste princípio, o cirurgião deve ter conhecimento prévio dos materiais de sutura, bem como das indicações específicas de cada técnica cirúrgica, para cada caso em particular, desenvolvendo a capacidade de escolher a técnica adequada e também o material mais indicado para o seu fechamento.

A diversidade das técnicas cirúrgicas e os diferentes tipos de tecidos periodontais e formas dentais implicam em uma grande variedade de técnicas de sutura. A cada intervenção deve corresponder as soluções sob medida. O operador pode variar as condutas terapêuticas pois não existe apenas um modo de se proceder uma intervenção cirúrgica. Há sempre vários. Cada um tem vantagens e inconvenientes. O clínico deve escolher o melhor caminho levando em consideração a sua experiência e a sua habilidade.

INTRODUÇÃO

O objetivo principal deste trabalho de monografia é fazer uma revisão da literatura, trazendo à tona uma síntese do que foi desenvolvido a respeito de Incisões e Sutures em Periodontia, desde publicações e pesquisas mais antigas até as atuais.

Em razão da diversidade dos tratamentos cirúrgicos em periodontia, o cirurgião pode utilizar, para cada intervenção, a técnica apropriada bem como diferentes tipos de materiais empregados na sutura. O objetivo da cirurgia periodontal é de restabelecer a unidade dento-periodontal do ponto de vista anatômico e fisiológico. Frequentemente, o paciente chega até o periodontista quando os tratamentos não cirúrgicos já não permitem obter um resultado satisfatório. Neste ponto, impõe-se a indicação da terapia cirúrgica.

As intervenções mais frequentemente usadas são o retalho de Widman modificado e as cirurgias muco-gengivais. Para completar estas intervenções, é necessário o emprego de materiais de sutura. As suturas cirúrgicas são utilizadas para segurar os tecidos em justaposição até que a ferida tenha sarado o bastante para resistir à pressão funcional normal (Hutchens, 1995). Há muito tempo, o material de sutura mais utilizado em cirurgia periodontal é a seda. Atualmente, estão disponíveis muitos materiais de sutura, os quais possuem vantagens e desvantagens de acordo com as finalidades específicas que são empregados. Nós procuraremos abordar neste trabalho, os tipos de materiais de sutura disponíveis no mercado, as técnicas de sutura empregadas nas cirurgias periodontais e os tipos de incisões utilizadas nestas diversas cirurgias.

Vários autores já estudaram este tema, embora de maneira independente, por exemplo, quanto à reação tecidual aos vários tipos de materiais de sutura (BRIT, CARIDE, CARVALHO, CARVALHO e cols, CASTELLI, CASTRO, CERQUEIRA LUZ, CHUNG, CONN Jr, CRAIG, CUTRIGHT, GARY, GROSSI, HUTCHENS, KRUGER, LASKIN, LILLY, LORNDI, MAIA, OLIVEIRA, OKAMOTO, PASSERI, POSTLETHWAIT, RACEY, SALAZAR MARTINEZ, SAMPAIO, SILVA), também encontramos trabalhos que enfocam apenas suturas em cirurgia periodontal ou comparando duas ou mais técnicas de sutura e avaliando o resultado pós-operatório (ANGULO, ARCIERI, BRAMANTE, CARVALHO, CHAMBRONE, HUTCHENS, MORRIS,

NELSON, NEWELL, OLIVEIRA, TAKEI). Durante o desenvolvimento deste trabalho, procuraremos citar os autores conforme suas afirmações forem surgindo no texto, para que se torne mais claro.

Apenas por questões didáticas, ou seja, para que fiquem melhor distribuídos os temas no trabalho, separaremos os procedimentos cirúrgicos em Materiais de Sutura, abrangendo todos aqueles que tomamos conhecimento nas publicações, Técnicas de Sutura, com todas as suas variações e, finalmente, as Incisões, com seus tipos e indicações.

PARTE I - MATERIAIS DE SUTURA

Os mais diversos tipos de materiais já foram empregados em suturas de um modo geral. Há 3000 anos A.C., no antigo Egito, os cirurgiões utilizavam tiras adesivas de linho (MAIA, 1974) para aproximação das bordas da ferida cirúrgica ou fechamento de uma laceração. Em época idêntica, os cirurgiões hindus usavam intestino torcido de animais para ligaduras, enquanto que na China, a preferência tendia para os fios de seda. Outros materiais de sutura foram utilizados ao longo do tempo (Hutchens, 1995) tais como, cânhamo, crina de cavalo, joio, ervas, linho, ouro, prata, algodão, e polímeros de produtos químicos sintéticos. No século V A.C., Hipócrates demonstra a importância do fechamento das feridas, bem como a ligadura de vasos sanguíneos. Utilizava como materiais de sutura fios de algodão, de seda, tendões de animais, tiras de couro e crina de cavalo. Com o passar do tempo continua a procura por um material de sutura mais adequado. A contaminação das feridas cirúrgicas e dos fios de sutura era a grande ameaça. Lister, na segunda metade do século XIX introduziu a primeira solução anti-séptica à base de fenol, para a descontaminação das suturas. As suturas de seda e catgut, previamente esterilizadas, por meio químico, apresentavam resultados bem melhores.

O progresso atual trouxe o aperfeiçoamento nos tradicionais fios de seda e catgut, e a partir de 1940, foram surgindo mais e mais materiais de sutura de alta qualidade, que estão à disposição do cirurgião, e continua a pesquisa em busca de um fio de sutura ideal.

É indiscutível, cientificamente, a necessidade de síntese dos tecidos moles após as intervenções cirúrgicas de qualquer tipo com as seguintes finalidades (GROSSI, 1971/1972):

- 1) Manter os tecidos moles coaptados sobre o osso, contribuindo para a aceleração e normalidade do processo de reparo;
- 2) Prevenir hemorragias pós operatórias;
- 3) Contribuir para a formação e manutenção de bom coágulo sanguíneo, evitando a infecção do mesmo;
- 4) Diminuir a dor pós-operatória, em especial aquela provocada pela exposição óssea;
- 5) Evitar a penetração de corpos estranhos na ferida, lisando o coágulo ou infectando-o.

Devemos ter sempre em mente que, no que concerne à Cirurgia Periodontal, um material de sutura deve preencher os seguintes requisitos:-

- 1) Possibilidade de utilização em qualquer tipo de intervenção.
- 2) Facilidade de esterilização.
- 3) Facilidade de manipulação.
- 4) Elevada capacidade de rompimento em relação ao calibre do material.
- 5) Estabilidade do nó.
- 6) Ausência de ação traumática sobre os tecidos circundantes.
- 7) Ausência de contração do material no tecido.
- 8) Mínima reação tecidual.
- 9) Ausência de ação eletrolítica, alérgica, carcinogênica.
- 10) Possibilidade de reabsorção após ter sido completada a função requerida.

Há que se acrescentar também, que no uso em cirurgia periodontal, se manipula tecidos muito delicados, e é importante a ausência de ação de corte ou laceração dos tecidos por parte dos materiais para sutura.

A qualidade ideal das suturas cirúrgicas (Hutchens, 1995) incluirá a força de tensão (carga contrária por área de secção necessária para romper o material), bom manejo cirúrgico, boa compatibilidade com os tecidos e um material que seja fácil de atar e tenha um mínimo deslize para dar o nó. Um bom material de sutura deverá ter também, ainda segundo Hutchens, bastante elasticidade, ter tensão firme suficiente para aproximar os tecidos, mas frouxo o bastante para não provocar isquemia e necrose dos tecidos. Os fios de sutura também devem ter boa capacidade para esterilização, boa resistência e serem estáveis onde colocados (KRUGER, 1968).

Os materiais de sutura podem ser divididos (Carvalho, 1986) quanto à sua origem (orgânicos e inorgânicos), quanto à permanência (absorvíveis e não absorvíveis), e quanto à quantidade de filamentos (monofilamentar ou multifilamentar).

A classificação dos materiais de sutura, segundo Hutchens, pode ser de acordo com seus diâmetros, sua absorvência, e se eles são naturais ou sintéticos. O diâmetro da sutura é classificado numericamente com o aumento do

número de zeros, indicando uma diminuição no diâmetro da sutura, ou seja, o 4-0 é menor que o 3-0.

Hutchens preconiza que a seleção do material de sutura deve ser baseada nas exigências dos procedimentos cirúrgicos específicos e o término do fechamento da ferida. A seleção da espessura da sutura a ser utilizada, depende das características do tecido a ser suturado, ou seja, quanto mais delgado e delicado o tecido, este requer suturas mais finas, e quanto maior e mais espesso for o tecido, requer suturas de diâmetros maiores. Alguns materiais são selecionados para aumentar o período de permanência da sutura, como quando as utilizamos nos procedimentos de regeneração tecidual guiada (GTR) ou na colocação de implantes osseointegrados.

Investigações vêm sendo desenvolvidas para testar as reações de toxicidade, metabolismo, antigenicidade, teratogenicidade e carcinogenicidade (**Bonelli, 1972**).

Existem na literatura, citações a respeito de alternativas ao fio de sutura. A que mais chama a atenção, é a comparação do fio de sutura de seda com a “adesivo de fibrina” (**PRATO, 1987**). Neste trabalho, o autor concluiu que:

- A aplicação do adesivo de fibrina é mais fácil e mais rápido do que o uso de sutura
- O sistema de selamento de fibrina fornece melhor hemostasia e uma completa adesão da superfície interna do tecido com o tecido conjuntivo subjacente
- As suturas causam inflamação ao redor de si, enquanto que o selamento com fibrina melhora a cicatrização precoce da ferida
- O sistema de selamento com fibrina é efetivo como um meio de fixação dos tecidos após cirurgia periodontal.

De acordo com o que já foi dito anteriormente, os materiais de sutura podem ser divididos em absorvíveis e não absorvíveis. Os não absorvíveis podem ser complementarmente subdivididos em monofilamentares e multifilamentares. Os monofilamentares são associados com uma resposta tecidual menos severa que a de materiais multifilamentosos (**Lilly, 1969**).

D) Absorvíveis:

I.a) Cat gut (liso ou crômico)

I.b) Colágeno

I.c) Polyglactin 910 (Vicryl)

I.d) Ácido Poliglicólico (PGA ou Dexon)

I.e) Poliglicaprone 25 (Monocryl)

I.f) Ácido Poliláctico (PLA)

II) Não Absorvíveis:

II.1- Multifilamentares

II.1.a) Seda

II.1.b) Poliéster

II.1.c) Algodão

II.2- Monofilamentares

II.2.a) Polipropileno

II.2.b) Nylon

II.2.c) Aço Cirúrgico

II.2.d) Politetrafluoroetileno Expandido (e-PTFE)

Procuraremos abordar agora os vários fios de sutura utilizados em cirurgia periodontal, de acordo com o que os pesquisadores citam na literatura.

I.a) Cat Gut Cirúrgico (plano ou Crômico)

O cat gut é obtido do intestino de ovelha ou de boi e, através de métodos especiais, é confeccionado e esterilizado. Ele é utilizado como gut simples ou cromado (CHUNG, 1978), torcido e polido previamente. Este processo é feito para aumentar o tempo de reabsorção do fio pelos tecidos. O cat gut é um material bastante absorvível e é utilizado quando não se quer remover a sutura (POSTLETHWAIT, 1975), em suturas profundas. Porém, é um material relativamente difícil de se manipular e dar o nó. A força de ruptura do material é baixa e o nó não se mantém adequadamente, existe tendência a desfiar e tende a provocar uma ação traumática sobre os tecidos adjacentes. Tem sido demonstrado também reação tecidual à sutura, de grau moderado a severo (SALAZAR MARTINEZ, 1971) (POSTLETHWAIT, 1975) (GARY,

1978) (CARVALHO, 1985) (CARVALHO, 1987) (SILVA, 1978). Essa reação não pode ser evitada previamente devido aos métodos de preparação do material não permitirem uma hidrólise constante e uniforme do próprio material. Em geral, o cat gut é reabsorvido entre 5 e 6 dias, por um processo de degradação proteolítica (LASKIN, 1980).

Lb) Colágeno

Tendão flexor profundo de bovino é usado para o preparo da sutura de colágeno, usando métodos especiais. Em comparações realizadas com o gut (simples ou crômico), pequena diferença foi encontrada em suas taxas de reabsorção. O colágeno obtém gradualmente uma resposta imune também semelhante ao gut, e uma pequena reação inflamatória inicial (CHUNG, 1978).

Lc) Polyglactin (Polyglactin 910 ou Polyvieryl)

Trata-se de um material introduzido para experimentação em 1971 (Polyglactin 910 ou Vieryl). São sintetizadas pela copolimerização da mistura de lactina purificada e glicólido; são, respectivamente, ciclicos intermediários derivado dos ácidos lactina e glicólico (CONN, 1974). Estes intermediários são convertidos em um polímero em forma de fibra, o qual é então fabricado em pedaços uniformes. Os pedaços são dissolvidos e o polímero é expelido através de uma espiral para produzir filamentos contínuos uniformes. Os filamentos expelidos são reforçados pela dilatação até que as moléculas sejam convenientemente alinhadas. As fibras são coradas de violeta para aumentar a visibilidade nas feridas. A manipulação é boa, mas em se tratando de um material sintético, os nós devem ser feitos com procedimento adequado, mais complexo do que aquele utilizado com a seda. O material possui uma elevada força de ruptura. A resistência da sutura de Vieryl é maior que a do catgut e se iguala à sutura de poliéster (CONN, 1974). Esse material forma um nó que apresenta uma estabilidade que se mantém bem, possui baixa tendência ao desfiamento e ao enrolamento e, segundo alguns autores, tem a vantagem da passagem sem traumas através dos tecidos. A reação tecidual ao material é boa, próxima ao nível de reação da seda (RACEY, 1978). Outra citação de pesquisa mostra que a Poliglaactina 910 foi o fio que provocou a menor reação inflamatória (SAMPAIO, 1993). Pode-se observar a superioridade do fio de origem sintética para suturas profundas quando comparadas com o Catgut simples (CARVALHO, 1985). O aumento dos fenômenos inflamatórios se verifica com o aumento da permanência do material nos tecidos. A dinâmica de sua absorção é simples. A água está em con-

dições de partir a molécula em pequenos filamentos, permitindo assim a absorção de parte do tecido (reabsorção por hidrólise). A reabsorção acontece num tempo longo, de aproximadamente 56 a 70 dias (HUTCHENS, 1995) ou em torno de 90 dias (CHUNG, 1978). Concluindo, é um fio bem adequado para suturas intrabuciais, não tendo seus nós desfeitos com facilidade, sendo de fácil manuseio e, principalmente, macio, não irritando os tecidos circunvizinhos, com suas pontas, como ocorre com o nylon. Nota-se também que este material não favorece a aderência de indutos, não desencadeia processos inflamatórios e infecciosos. Apresenta tamanho suficiente (70 cm) para as nossas necessidades em cirurgias bucais (PASSERI, 1982).

I.d) Ácido Poliglicólico (PGA ou Dexon)

O fio de ácido poliglicólico é um homopolímero sintético de ácido glicólico. Ele tem uma boa força de tensão, facilidade no manejo, produz moderada reação tecidual e não requer umidescimento antes do uso. O PGA provoca menos bacteriemia do que a sutura de seda no uso intra bucal. Por causa desta observação, conclui-se que as suturas de PGA exibem mínima reação tecidual quando comparadas com suturas não reabsorvíveis (CARIDE, 1981). Apesar disso, temos citação na literatura de que o PGA produz uma reação inflamatória inicial de severas proporções (CUTRIGHT, july, 1971). Na cavidade bucal este material permanece de 16 a 20 dias e então é lentamente hidrolisado num período de 60 a 90 dias. O PGA é degenerado pela hidrólise e seus produtos de degradação tem propriedades antibacterianas. O uso do fio de PGA é recomendado quando suturas reabsorvíveis são requeridas, quando um alto grau de força de tensão é necessário ou para um período maior de permanência da sutura. Em cirurgias periodontais, a sutura de PGA deve ser removida antes do tempo requerido para a sua absorção na cavidade bucal, que é de 16 a 20 dias. Nas suturas profundas, o PGA apresenta grande vantagem quando comparado com o poliéster (CASTRO, 1978).

I.e) Poliglecaprone 25 (Monocryl)

Este material é um copolímero do ácido glicólico e epsilon-caprolactina (epsilon=letra grega). A estrutura química do monocryl permite flexibilidade superior e comodidade no manuseio e nó. Ele é virtualmente inerte aos tecidos e sua absorção é extremamente prognosticada. O Monocryl é um monofilamento e é excelente nas áreas em que se requer alta força de tensão, em períodos acima de duas semanas. A absorção é completa entre 90 e 120 dias.

I.f) Ácido Poliláctico (PLA)

O ácido poliláctico (PLA) é um componente biodegradável do ácido láctico (CUTRIGHT, 1971). Apresenta apenas uma leve reação inflamatória nos tecidos adjacentes. A degradação do PLA demora aproximadamente de 42 a 70 dias. Esta degradação é acompanhada pela reação de células gigantes. O diâmetro das suturas de PLA aumentam gradativamente quando estão no interior dos tecidos devido à reação inflamatória e também devido à infiltração do tecido entre as camadas da sutura.

II.1.a) Seda

Este é certamente o material de sutura mais antigo que é utilizado até hoje. É obtido do casulo do bicho-da-seda, composto de uma série de fios delicadíssimos, entrelaçados até se obter a espessura desejada. A seda branca crua é tingida de preto para aumentar a visibilidade quando for utilizada. Geralmente o fio de seda comercializado é submetido a um processo de parafinagem que aumenta a sua textura e favorece a passagem através dos tecidos. No que diz respeito à manipulação, é o material mais superior a qualquer outro material até hoje conhecido. O fio de seda é dos materiais mais usados e melhores para conseguirmos uma cicatrização ótima, tanto cronológica quanto quantitativamente (CARIDE, 1981). A força de tensão e a força de ruptura apresentam valores aceitáveis, mas sem dúvida inferiores a alguns materiais sintéticos. Os nós são feitos com extrema facilidade, são resistentes, não tem a tendência a desfazer-se. No que diz respeito à resposta inflamatória do tecido, ela está presente, porém a níveis aceitáveis, e sempre em relação à permanência do material no tecido, e em linhas gerais, é mais pronunciada do que nos materiais sintéticos. Apresenta o inconveniente de se embeber quando entra em contato com os tecidos. Tem sido dito também que o aspecto desfavorável deste fio é a característica física do material (CERQUEIRA LUZ, 1983).

II.1.b) Poliéster (Mersilene)

As suturas de poliéster são feitas de polímeros de polietileno terephthalate, formado pelo firme entrelaçamento de fios bastante delicados, com superfície muito lisa. Estas suturas não são enfraquecidas quando umedecidas, tem exce-

lente força de tensão, e é mínima a reação tecidual. Algumas marcas comerciais (o Ethibond, por exemplo) são recobertas com polybutilate, um composto biológico não reabsorvível, o qual reduz a resistência à penetração da sutura, permitindo que ela passe facilmente através dos tecidos. A cobertura também melhora a flexibilidade e a qualidade do manuseio e permite um nó seguro quando amarrado. Quando comparadas com o PGA, mostrou-se melhor aceito pelo organismo e com menor reação inflamatória inicial nas suturas superficiais (CASTRO, 1974). Quando comparadas com o fio de seda, o processo de reparação, ao nível do alvéolo dental, foi mais rápido incluindo as fases proliferativa e de neoformação óssea (OKAMOTO, 1995).

II.1.c) Algodão

Provavelmente, por ser menos dispendioso, é um dos materiais de sutura mais utilizados na cavidade bucal. É um multifilamentar retorcido e pouco estirado. Na intimidade dos tecidos, provoca reação de corpo estranho e atrasa a proliferação fibroblástica (CASTRO, 1974). Na cavidade bucal, interfere no processo cicatricial, provocando áreas inflamadas, de moderada a severa, e aposição de matéria alba (SALAZAR MARTINEZ, 1971). Também foi detectado que o fio de algodão atua como um condutor de material séptico da cavidade bucal para o interior da ferida cirúrgica (SALOMÃO, 1982). Sua indicação na cavidade bucal, na atualidade, está restrita à exodontia e em regularização de rebordo, onde não sejam necessárias a permanência da sutura além de 5 dias (CARVALHO, 1987). A maior resposta celular ao algodão foi devida à sua maior capacidade de modificar o meio interno biológico da gengiva (CASTELL, 1978). Também é sugerido que não deveríamos utilizar o algodão como fio de sutura (CARIDE, 1981). O uso de cianoacrilato sobre o algodão melhorou ligeiramente a resposta tissular. Também foi feita uma avaliação de um fio de sutura de composição mista algodão-poliéster, e este foi mais irritante quando comparado com o fio de poliéster (PASSERI, 1992).

II.2.a) Polipropileno

Um material de polyolefin que é fundido e expulso para formar sutura monofilamentar à base de poliproleno. Como o nylon, eles provocam menos infecção tecidual do que outras suturas não absorvíveis (CHUNG, 1978). Este sucesso é resultado da sua inércia biológica. Nos testes, o polipropileno implantado no tecido por dois anos guarda sua força de tensão. Por causa de sua capacidade de manter a força de tensão e sua inércia no tecido, o polipropileno

deve ser usado onde estas características são requeridas. Ele também é o material de eleição para suturar feridas contaminadas. Embora do ponto de vista biológico seja um material excelente, deixa de ter indicação prioritária para suturas intrabuciais, em decorrência do traumatismo que suas pontas provocam na mucosa e da facilidade de soltar os nós. (CARVALHO, 1987).

II.2.b) Nylon

O nylon é composto de poliamida (nylon 6:6). Alguns autores afirmam que o nylon produz, gradualmente, menos infecção do que a sutura metálica ou a seda (Lilly, 1968). Outra citação é que o fio de nylon é, sem sombra de dúvidas, o material de melhor aceitação pelos tecidos (SALAZAR MARTINEZ, 1971). A proliferação de fibroblastos é mais precoce nas suas adjacências. Tem pouca aplicação em cirurgias periodontais porque tem a desvantagem de traumatizar a mucosa bucal, e também dilacerar os retalhos mais delicados.

II.2.c) Aço cirúrgico

Tem pequena aplicação na cirurgia bucal. É utilizado nos enxertos de crista ilíaca e também na cirurgia bucomaxilo. Testes mostram que de todas as suturas não reabsorvíveis o aço inoxidável produz a menor reação dos tecidos adjacentes (Lilly, 1968).

II.2.d) Politetrafluoroetileno Expandido (e-PTFE)

Este fio é um monofilamento não absorvível de PTFE, o qual foi expandido até conseguir uma microestrutura porosa. O fio de e-PTFE possui uma excelente facilidade de manejo e uma grande adaptabilidade. Possui também um deslizamento suave através dos tecidos, minimizando o trauma causado pela passagem do fio. Também tem como característica uma excelente força de tensão, o que permite ficar longos períodos na cavidade bucal sem que haja afrouxamento do nó.

PARTE II - TÉCNICAS DE SUTURA E SUAS APLICAÇÕES

A sutura é o procedimento técnico-cirúrgico que promove a aproximação correta dos bordos de uma ferida cirúrgica, favorecendo, deste modo, a hemostasia e a cicatrização, objetivos básicos para o sucesso da terapêutica cirúrgica (OLIVEIRA E SILVA, 1978).

Procuraremos abordar agora as diversas técnicas de sutura aplicadas nas diferentes cirurgias periodontais. Começaremos abordando os princípios gerais de aplicação das Técnicas de Suturas Periodontais (HUTCHENS, 1995):

- 1) Não pegar grande quantidade (espessura) de tecidos com agulhas pequenas, particularmente em gengiva fibrosa densa.
- 2) Não pegar quantidade de tecido excessivamente pequena pois a sutura poderá dilacerar por completo as margens da ferida. A agulha deverá entrar no tecido a aproximadamente de 3 a 4 mm da margem da ferida ou da ponta da papila.
- 3) Não tentar construir uma ponte de tecido com a agulha. Não é aconselhável passar a agulha através da papila vestibular e lingual numa única passagem.
- 4) Se a ponta da agulha está romba, não experimente forçá-la através do tecido, pegue uma nova agulha e suture.
- 5) Aplique a força no tecido a ser suturado na direção da curvatura da agulha.
- 6) Não experimente torcer ou forçar a ponta da agulha para fora através dos tecidos. A agulha passará através dos tecidos fácil e livremente, com pouca resistência.

Em cirurgia periodontal, a união acurada das extremidades dos tecidos gengivais controla a hemorragia, diminui o volume do coágulo e dá a cicatrização por primeira intenção (Angulo, 1971).

Existem várias técnicas de sutura e estas técnicas possuem modificações, propostas pelos pesquisadores na tentativa de melhor conseguir a coaptação dos retalhos em determinada técnica cirúrgica. Ao tentarmos escolher o material de sutura melhor indicado para cada intervenção, devemos levar em consideração alguns fatores que podem excluir a utilização de alguns deles, por exemplo o fio de aço é muito traumático sobre os tecidos circundantes, característica negativa que proíbe a possibilidade de utilização em cirurgia periodontal. Neste caso, também devemos considerar a escolha da agulha de sutura que deverá ser empregada, para evitar trauma aos tecidos. Em cirurgias periodontais deve-

mos dar preferência para as agulhas atraumáticas, com aço de boa qualidade e bastante afiada para permitir a penetração nos tecidos com um mínimo de resistência. O tamanho da agulha deverá ser compatível com o diâmetro do fio, permitindo que os dois trabalhem juntos, suavemente.

Portanto, devemos seguir alguns princípios básicos durante a sutura periodontal (Angulo, 1971):

- 1- Material (agulhas, linhas, porta-agulha) compatível com o caso
- 2- Mínima quantidade de sutura sobre o retalho
- 3- Manter as suturas unidas aos tecidos, evitando o deslocamento do eimento
- 4- Remoção das mesmas tão logo seja necessário, normalmente de 5 a 7 dias

Os objetivos principais da sutura são os seguintes (BRAMANTE, 1995):

- a) obter aproximação dos tecidos eruentos
- b) eliminar espaços mortos
- c) orientar a cicatrização
- d) obter hemostasia

Temos que tomar os cuidados necessários não só para realizarmos as suturas satisfatoriamente, mas também quando da sua remoção, que consiste no seguinte (ATTERBURY, 1968): a) Falta de movimentação do paciente b) Destreza do operador c) Seguir uma técnica padrão d) Uso de material de sutura impermeável.

SUTURA INTERROMPIDA

A sutura circunferencial interrompida ou sutura em curva ou zero (fig. 1), é a mais comumente usada por todos os cirurgiões. É usada basicamente, quando o posicionamento dos tecidos não é problema, onde ambos os lados necessitam a mesma tensão ou onde um lado é firmemente fixo (DAHLBERG, 1969). Ela é indicada para fechar incisões em linha reta, tais como áreas edêntulas em crista, incisões verticais e áreas de tuberosidade e retromolar. A sutura interproximal interrompida é também usada para ganhar boa adaptação dos retalhos e fechá-los firmemente (OLIVEIRA E SILVA, 1978). Ela é freqüentemente usada com o retalho de Widman modificado, curetagem a retalho, retalho posi-

cionado apicalmente e procedimentos de regeneração periodontal. É recomendado um espaçamento mínimo de aproximadamente 5 mm entre os pontos, para que haja uma boa coaptação dos retalhos e, com uma distância menor, poderia provocar uma dilaceração dos retalhos bem como dificultar a irrigação sanguínea dos mesmos (ARCIERI, 1991).

COPIAR A FIGURA N. 3 pg 581

Vantagens da sutura interrompida (GALGUT, 1989):

- a) A técnica de sutura é fácil e rápida para ser executada, eliminando a necessidade de troca de instrumentos ou assistência clínica para prender e cortar o nó em cada área interdentária, que conseqüentemente abrevia o tempo clínico e o esforço.
- b) Como não existe material de sutura ao redor do colo dos dentes, como na sutura contínua, não há a possibilidade do material de sutura esbarrar na margem gengival, com conseqüente formação de placa e inflamação para o interior do tecido através do fio de sutura, favorecendo a cicatrização.
- c) Para a sutura, na região vestibular, o tecido deve ser inclinado para ser puxado coronariamente, minimizando o desnível pós-operatório. Consegue um fechamento e aposição dos tecidos de uma maneira satisfatória.
- d) Remoção da sutura é particularmente fácil, individualmente, por vestibular ou palatino/lingual.
- e) Devido à natureza da própria sutura, é menos provável soltar-se ou perder-se durante a fase de cicatrização.

A agulha, na sutura interrompida, penetra a margem do retalho ou a papila interproximal a aproximadamente 3 a 4 mm da incisão ou da ponta da papila. A sutura penetra então a superfície subjacente do tecido conjuntivo da margem oposta do retalho, completando a curva. A sutura é então amarrada.

A sutura interrompida em forma de oito (fig. 2) é colocada tal como a em curva, exceto que, depois de passar pela primeira margem da ferida ou papila interproximal, a agulha penetra na superfície externa epitelial oposta, completando o formato de oito. Ambas, a em curva e a em forma de oito, são usadas

quando igual tensão é colocada nas margens da ferida ou na papila interproximal do retalho.

COPIAR A FIG 4 pg 582

A **sutura de colchoeiro** (fig. 3) é uma variação da sutura interrompida. As suturas de colchoeiro são usadas frequentemente em áreas onde a gengiva é espessa e fibrosa, tal como o tecido do palato. A sutura de colchoeiro é também usada em áreas com papilas interproximais extensas (largas), que requerem boa adaptação interproximal. Outra indicação para as suturas de colchoeiro é quando o fio de sutura se tornar inconveniente dentro dos tecidos, como quando se faz um enxerto ósseo, por exemplo (TAKEL, 1991). Há 3 variações da sutura de colchoeiro: Vertical, Horizontal e Transversal. Todas elas penetram o retalho a aproximadamente 8 mm da ponta da papila ou da borda do retalho. Com a colchoeiro horizontal (fig. 4), a agulha penetra no lado do epitélio do retalho vestibular, passa através do perióstio adjacente e sai para o mesmo lado do tecido do retalho, aproximadamente 3 a 5 mm horizontalmente (lateralmente) à penetração inicial. A sutura é então retomada através do espaço interproximal para o lado oposto do inicial. A colchoeiro vertical (fig. 6) é semelhante à horizontal, exceto que as duas penetrações de cada papila estão verticalmente em vez de horizontalmente. Ambas suturas de colchoeiro, vertical e horizontal, são úteis em procedimentos de regeneração óssea porque a sutura está situada no topo do tecido e não em contato com o enxerto ósseo ou a membrana regenerativa. A sutura de colchoeiro transversal é idêntica à horizontal, exceto que a tensão na transversal é feita no espaço interproximal do lado oposto. A sutura de colchoeiro transversal é usada em áreas de largo espaço interproximal ou em áreas edêntulas onde dentes foram perdidos e estão próximos de dentes migrados.

A **sutura intrapapilar ou intradérmica** é uma sutura interrompida semelhante à colchoeiro vertical. A sutura intrapapilar está situada completamente dentro do tecido conjuntivo da papila e não passa através do perióstio do retalho. Uma espessura adequada de tecido é requerido para fixar esta sutura. Ela é excelente para o fechamento interproximal primário após enxerto ósseo e/ou colocação de membrana.

Outra variação da sutura interrompida é a **sutura em âncora** (fig. 7). Esta sutura é usada para fechamento distal, tuberosidade, retromolar e incisões nas cristas edêntulas. Um tipo de sutura interrompida em curva é colocada com duas pontas frouxas, atravessando e estendida ao redor do dente adjacente e amarrado do lado oposto do dente. Esta técnica permite um bom fechamento primário e também segura o tecido intimamente ligado ao dente. A técnica mais utilizada é a seguinte: a agulha atravessa a papila vestibular sobre o espaço interdentário e sai imediatamente. O fio é passado para o lado lingual dos dentes, contorna e penetra pelo espaço interproximal mais próximo em direção vestibular. Ele passa então, contornando o dente adjacente, por um terceiro espaço interdentário no sentido vestibulo-lingual, e se reencontra do lado lingual. Enfim, ele retorna pela abertura inicial. O nó é dado pelo lado vestibular.

COPIAR A FIG. 9 pg. N. 585

A **sutura interrompida suspensa** (fig. 8) é usada quando somente uma ou mais papilas do retalho é suspensa independente, num dos lados do dente. A sutura suspensa é usada para ancorar independentemente o retalho ao redor dos dentes e posicioná-lo **apicalmente, coronariamente ou lateralmente**. O uso da sutura suspensa fornece estabilidade para o retalho independente porque os retalhos vestibular e lingual não são ligados um ao outro. Qualquer movimento de um retalho não afetará o outro.

COPIAR A FIG. N. 11 pg 587

SUTURA CONTÍNUA

A sutura contínua pode ser usada para unir dois retalhos simultaneamente (fig. 9) ou para segurar múltiplas papilas interproximais de um retalho independentemente do outro retalho. A sutura contínua pode unir os retalhos vestibular e lingual simultaneamente usando sutura interrompida em voltas ou sutura em forma de oito que alterna de lado a lado. A sutura contínua é começada em um e termina em outro retalho, segurando duas papilas com a volta ou em forma de oito e continua por vestibular e lingual

até que a última papila interproximal é segurada. A sutura suspensória pode também ser colocada como uma sutura contínua. A indicação primeira para este tipo de sutura é quando se quer o fechamento contínuo e simultâneo de retalhos opostos (ROSNER, 1977). A sutura contínua pode ser usada também para auxiliar na visão da área operada. Isso pode ser conseguido suturando um retalho palatino posterior com uma sutura contínua, a qual é amarrada ao redor do dente do lado oposto da arcada (MORRIS, 1965).

COPIAR A FIG. 15 pg 589

A sutura suspensória contínua (fig. 10) é começada sobre um final de retalho por qualquer dos dois, sobre a papila ou colocando uma sutura interrompida para fechar uma incisão de cunha distal. A sutura então continua em torno do colo do dente e independentemente, ancora o retalho em torno do dente, sem prender o retalho oposto. A sutura suspensória contínua é completada pela confecção de uma volta em torno do último dente e, usando a volta como um final livre para prender e dar o nó. A sutura suspensória contínua pode também ser continuada na direção oposta pela sutura do retalho oposto do mesmo modo mas independentemente, segurando-o em torno do colo do dente.

COPIAR A FIG. 19 pg 591

Retalho mucoperiosteal (vestibular ou lingual da mandíbula e vestibular da maxila) podem ser posicionados em diferentes alturas em torno do colo dos dentes com a sutura suspensória contínua. Uma desvantagem da sutura suspensória contínua é a excessiva quantidade de sutura sobre o tecido gengival, que pode causar povoamento bacteriano nas suturas multifilamentares. Uma alternativa para este inconveniente é citado em uma sutura chamada de "bainha curva contínua" (GALGUT, 1989). Esta sutura começa com uma sutura interrompida na distal da incisão; em seguida, a ponta mais curta do fio é cortada e a mais longa, fixada na agulha, é levada para a área interdental mais próxima. A agulha é passada primeiro através do retalho vestibular e então através do palatino, da mesma forma que uma sutura convencional interrompida. A agulha então retorna através da região interdental e enlaça a ponta da sutura distal. A sutura é a-

pertada e esta sequência é repetida para cada região interdental consecutivamente até que a extremidade anterior do retalho seja alcançada. Nesta extremidade, a sutura é apertada em uma volta ao redor dela mesma para formar o nó. Embora exista uma grande vantagem da sutura contínua em que existem amarrações menores, a desvantagem é que com um nó rompido, pode desprender o retalho inteiro.

PARTE III - TÉCNICAS CIRÚRGICAS - INCISÕES

Nesta parte do trabalho procuraremos relacionar as técnicas cirúrgicas com as suturas indicadas para cada caso. É lógico que, como havíamos dito antes, não existe somente uma solução para cada caso, o que vai definir a técnica a ser utilizada é a destreza do cirurgião e o seu conhecimento.

Basicamente, dois tipos básicos de retalhos são usados em cirurgia periodontal: o retalho mucogengival de espessura total, incluindo o periósteo e o retalho de espessura parcial, em que temos o tecido conjuntivo, incluindo o periósteo, recobrimdo o tecido ósseo (DAHLBERG, 1969).

Para que qualquer cirurgia tenha sucesso, é necessário que tenhamos em mente que precisamos seguir alguns princípios cirúrgicos básicos, ou seja, uma boa técnica de assepsia, hemostasia cuidadosa, dissecação penetrante, manipulação branda dos tecidos e o uso de material de sutura compatível com o tipo de cirurgia que está sendo realizada.

Antes de entrarmos nas cirurgias propriamente ditas, vamos tecer alguns comentários a respeito de incisões. Podemos dividir, apenas para efeito didático, as incisões em:

1- Incisão Coronária:

A incisão ao redor do dente é guiada pela qualidade e tipo de tecido presente e o planejamento final da posição do retalho. Se a quantidade de gengiva inserida é mínima e fina, uma incisão com preservação da papila é necessária para que não percamos nada desta gengiva. Se a gengiva é do tipo fibrosa, ela pode ser desbastada internamente, e uma porção do tecido coronário pode ser removida, se for necessário.

2- Incisões Verticais:

As incisões verticais são frequentemente necessárias para dar acesso, mobilidade do retalho, evitando deiscências ou fenestrações, segurando mais tempo o retalho cobrindo o osso pós-cirúrgico. Devemos evitar fazer estas incisões verticais na face lingual da mandíbula, devido à fragilidade dos tecidos ali presentes. Esta incisão pode acarretar: a) quando feita até abaixo do músculo miloi-deo, pode abrir o espaço submandibular. Se é na área de segundo molar, pode

se estender muito diretamente dentro do espaço faríngeo lateral, podendo levar alguma infecção para esta área. b) uma incisão vertical na área de segundo molar ou distalmente, frequentemente causa uma hemorragia desnecessária, devido à intensa vascularização presente. c) uma incisão vertical frequentemente abre amplamente e a cicatrização é lenta sobre o osso compacto da superfície lingual da mandíbula.

No palato, devemos tomar cuidado ao fazermos uma incisão vertical, em cortamos transversalmente, a artéria palatina. Nem sempre é necessário fazermos incisões relaxantes nesta região.

3- Incisões Relaxantes Suplementares

No manejo de retalhos periodontais, incisões relaxantes adicionais são frequentemente úteis para a mobilidade adequada. Estas são geralmente, incisões de espessura parcial pois, ocasionalmente um retalho de espessura total será limitado por causa da mobilidade do periosteio. Uma incisão através do periosteio, dentro do retalho, será relaxante.

TÉCNICAS CIRÚRGICAS:

FRENECTOMIA

Esta simples intervenção não pede senão uma sutura rápida, realizada com um material fino, 5-0 por exemplo, não reabsorvível ou reabsorvível se não desejarmos remover os pontos. A escolha pode ser pelos pontos simples ou pelo ponto em X, que permite a tensão e a coaptação das margens satisfatoriamente, apesar da fragilidade das mucosas neste local (MOUSQUES, 1989).

Uma das técnicas indicadas para a cirurgia de frenectomia (KINOSHITA, 1988) consiste no seguinte: o freio é preso com um hemostato, depois da anestesia local, inserido na profundidade do vestibulo. Usa-se um bisturi ou uma tesoura gengival para excisar o freio ao longo de sua ligação com o periosteio. O hemostato é levantado, e é observada a inserção do freio ao periosteio. O tecido fibroso remanescente é ainda mais dissecado. Coloca-se uma sutura simples, interrompida, na porção central, para fechar o corte rombóide. Se o corte cirúr-

giao for grande, pode ser necessário fazer suturas adicionais na porção central para um melhor fechamento do corte. Depois coloca-se as suturas complementares.

COPIAR FIG. 24 pg 593.

GENGIVOPLASTIA

O objetivo da gengivoplastia é criar um contorno artificial favorável da gengiva para facilitar a manutenção da saúde periodontal (KINOSHITA, 1988). Com esse contorno gengival, o acúmulo de placa e de debris alimentares irritantes pode ser razoavelmente controlado e a boa higiene oral pode ser mantida com facilidade.

A gengivoplastia é indicada na presença de contorno gengival anormal tais como: gengiva hiperplásica, com crateras, enrolada (como festão), com pigmentação de melanina, etc. As contra-indicações para gengivoplastia incluem: rescessão gengival grave e inflamação aguda. Basicamente a gengivoplastia é realizada em pacientes com sulco gengival normal, contudo, ela também pode ser combinada com gengivectomia.

VESTIBULOPLASTIA

Ela consiste na dissecação das fibras musculares a fim de aprofundar o vestibulo. É também o primeiro estágio de preparação do leito receptor de um enxerto gengival livre. Somente a vestibuloplastia não permite aumentar a altura de gengiva inserida.

A borda marginal do retalho mucoso, consecutivo à incisão horizontal, pode ser mantido no fundo do vestibulo, pelas suturas periósticas. O fio, neste caso deve ser muito fino e reabsorvível, devido à posição em que vai ficar posicionada esta sutura (MOUSQUES, 1989).

Copiar a figura 25 e 26 da página 594

GENGIVECTOMIA

Os objetivos da gengivectomia são a eliminação completa das bolsas periodontais e a restauração do contorno gengival fisiológico. É indicada para pseudo-bolsas, bolsas supra-ósseas (mas deve-se deixar uma zona funcional suficiente

de gengiva inserida depois da cirurgia), alargamentos gengivais fibróticos e abscessos periodontais crônicos.

Ela é contra-indicada para pacientes com higiene bucal precária, bolsas infra-ósseas, quando a base da bolsa atravessa a junção mucogengival, inflamação aguda e possíveis problemas estéticos em dentes anteriores.

RETALHO DE ESPESSURA PARCIAL COM DESLOCAMENTO CORONÁRIO

Este retalho permite a correção dos contornos gengivais e uma cicatrização por primeira intenção. Nós suturamos o retalho em função das diferentes incisões efetuadas. Para as incisões verticais relaxantes, nós podemos efetuar pontos periósticos que retêm o retalho mucoso na posição desejada. Este ponto é dado na gengiva inserida, se houver. Na base do retalho, uma sutura perióstica pode ser efetuada, na posição central e apical. Nós obteremos assim uma melhor ancoragem e uma imobilização perfeita. Ao nível papilar, as suturas interrompidas, tais como os pontos simples intermediários, suturam eficazmente a parte coronária do retalho. As suturas de colchete horizontais ou verticais fixam o retalho na posição correta no sentido ocluso-apical e no sentido méso-distal.

Nós podemos também realizar as suturas contínuas que não necessitem somente de um nó, as quais permitem uma boa manutenção dos tecidos nos espaços interdentários e que evita sobretudo que o fio seja colocado entre o retalho e o leito, que pode ser a parte óssea, tecido conjuntivo ou mesmo o dente envolvido na região.

COPIAR Fig. 27 pg 595

RETALHO BIPAPILAR

Para cobrir uma fissura ou uma recessão gengival localizada em somente um dente, nós utilizamos cada vez mais, as papilas intermediárias adjacentes quando há gengiva inserida em quantidade suficiente. Esta intervenção é delicada e requer fios de sutura 4-0 ou 5-0. A sutura interrompida de escolha é a perióstica, na parte apical à recessão. Nós começamos a realizar um ponto na parte apical da incisão, não esquecendo de colocar as duas margens marcadas em contato íntimo. Depois, um segundo e um terceiro ponto, podem ser efetuados em direção coronária. Um ponto simples ou uma sutura suspensa colocada sobre o enxerto e em volta do dente, evita a movimentação para apical. Para evitar um nó sobre a região enxertada, podemos escolher um ponto em âncora, que enla-

çamos sobre o dente adjacente. Também podemos utilizar a sutura de colchoeiro pois esta não mantém contato com a área que recebeu o enxerto (ósseo, hidroxiapatita, etc) (TAKEI, 1991).

COPIAR Fig. 28 pag. 596

ENXERTO GENGIVAL LIVRE

Seu objetivo principal é o aumento ou criação de gengiva inserida nos lugares onde ela é insuficiente ou não existe e/ou corrigir uma recessão gengival. Na zona doadora do enxerto, certos autores realizam uma sutura oclusiva mas, podem cicatrizar muito bem sem esta sutura, simplesmente sendo cobertos com um cimento cirúrgico sem eugenol. Também é recomendada a confecção prévia de uma placa de acrílico para recobrir a região doadora, podendo, em uma área de alívio, ser colocado cimento cirúrgico.

Copiar fig 29 pg 597

Para suturar o enxerto, vamos optar por uma agulha pequena, curva, atraumática, fácil de manipular. A escolha entre um fio de sutura absorvível e não absorvível varia segundo os autores.

No caso do enxerto gengival livre, o enxerto pode ser mantido por duas suturas periósticas laterais e, depois posicionadas verticalmente pelas suturas coronárias. Se nós desejamos recobrir uma recessão gengival, podemos fazer uma sutura contínua perióstica suspensa a fim de pressionar o enxerto sobre o leito preparado na zona diretamente adaptadas à deiscência óssea. Assim, o espaço do coágulo entre o leito e o enxerto é minimizado o que permite uma cicatrização mais rápida e melhor. Esta técnica é longa, difícil de realizar e pede numerosos pontos. A adaptação do enxerto é melhorada com a colocação do cimento cirúrgico.

Nós podemos também começar a sutura por uma sutura horizontal, destinada a amarrar o enxerto. Em seguida, nós o posicionamos pelas suturas coronárias e laterais. Depois, para uma melhor adaptação, realizamos uma sutura perióstica de colchoeiro horizontal, apical em relação ao enxerto. O nó pode ser feito do lado vestibular, mas de preferência ele será lingual ou palatino. Antes de iniciarmos a sutura do enxerto sobre o leito doador, nós devemos pressionar o enxerto com uma gaze embebida em soro fisiológico por mais ou menos 3 minutos. Este passo é importante para que haja um início da vascularização entre o enxerto e o leito receptor. Certos autores recomendam ainda uma sutura conti-

nua perióstica colchoeiro horizontal apicalmente ao enxerto a fim de evitar a sua perfuração.

Copiar fig. 30 pg 598

DESLIZE LATERAL

Nós utilizamos este tipo de retalho para recobrir uma recessão gengival ou para criar gengiva inserida. Nós fixamos este retalho pelos pontos laterais e intermediários simples ou contínuos. Pode ser fixado também pelos pontos simples laterais mais uma sutura contínua suspensa para fixar as papilas nos espaços interdentários. Neste caso, é dado apenas um nó. Para melhorar a coaptação do retalho sobre o sítio receptor, nós podemos utilizar a sutura de colchoeiro horizontal. Se nós o laçamos na borda marginal da gengiva ao nível do sítio receptor, uma sutura simples suspensa mantém bem o retalho. Um ponto simples suplementar é feito na distal para segurar a borda livre do retalho. Nós podemos completar esta sutura com 1 ou 2 pontos simples mesiais, a fim de assegurar uma boa coaptação das margens e, assim, evitar eventuais infiltrações.

Copiar fig. 31 pag. 599 e 600

RETALHO COM DESLOCAMENTO CORONÁRIO

Este retalho é indicado para recobrir as recessões gengivais, nos casos de hipersensibilidade ou quando elas tem implicações estéticas. Esta cirurgia, na maioria das vezes, é feita em duas etapas. Num primeiro tempo cirúrgico, realizamos um enxerto gengival livre, para aumentarmos ou criarmos gengiva inserida. Depois da cicatrização total do enxerto, realizamos o segundo tempo cirúrgico, tracionando o retalho coronariamente. Vamos citar apenas as suturas deste segundo tempo pois, as do enxerto já foram descritas acima. Dois pontos simples laterais e intermediários bastam para evitar o deslizamento apical e assegurar uma boa adesão entre as "novas" papilas com as "velhas" que foram tiradas o epitélio previamente. Esperamos assim, estabilizar a borda marginal da gengiva ao nível da junção cimento-esmalte e obter um contorno gengival harmonioso.

E.N.A.P. (PROCEDIMENTO EXCISIONAL DE "NEW ATTACHMENT")

Esta intervenção visa eliminar bolsas periodontais pouco profundas e permitir uma nova ligação, após a excisão. Ela se limita a bolsas supra-ósseas das regiões anteriores onde a estética deve ser preservada. O retalho é recolocado sobre os dentes o mais estreitamente possível na sua posição pré-operatória, com suturas simples interdentárias.

Mas também podemos utilizar a sutura de colcheteiro vertical, para obtermos uma cicatrização por primeira intenção e diminuir a infiltração salivar e bacteriana.

Copiar fig 33 pg 601

RETALHO DE ESPESSURA TOTAL

Sua indicação maior é a eliminação de bolsas profundas. Nas intervenções de retalhos simples ou duplos, nós suturamos ao nível das incisões horizontais e das incisões verticais relaxantes, quando elas existirem. A parte horizontal do retalho requer suturas interdentárias interrompidas ou contínuas. O mais indicado é a sutura de colcheteiro vertical ou horizontal, pois este tipo de sutura faz com que os retalhos fiquem melhor adaptados. Também podemos utilizar a sutura contínua dupla, que permite uma tração coronária do retalho. No caso de duplo retalho, a sutura contínua dupla é a indicada.

As intervenções retromolares, também chamadas de cunha distal, são muitas vezes, a terminação distal dos retalhos. Esta intervenção permite eliminar as bolsas periodontais e as hiperplasias gengivais distais. Nestas intervenções, podemos suturar separadamente a zona distal ou retromolar. Neste caso, utilizamos a sutura simples interrompida.

Copiar fig 34 pg 602

RETALHO DESLOCADO APICALMENTE

Este retalho é utilizado para erradicar as bolsas profundas ou no caso de alongamento coronário. Para as regiões posteriores, nós utilizamos a sutura interdentária simples ou mesmo a sutura contínua simples ou dupla. O problema é muito delicado para a região de maxila anterior. Neste caso, está indicado um

retalho com deslocamento apical clássico, que nós suturamos com pontos periósticos laterais e uma sutura suspensa cervical. Estas práticas visam preservar ao máximo a estética, modificando sua aproximação por um retalho palatino inspirado na técnica da cortina. Dois pontos simples interdentários bastam. Mas a sutura colchoeiro interna horizontal ou vertical, segurando as papilas interdentárias, dão um melhor resultado estético. Com isto, não temos o deslocamento da papila vestibular em direção palatina. Evitamos assim uma recessão interproximal. Também, este tipo de sutura, mantém melhor as papilas vestibulares aos tecidos adjacentes, reduzindo assim seu deslocamento possível por ocasião da colocação do cimento cirúrgico. Devemos tomar cuidado para não provocarmos uma dilaceração dos tecidos por um excesso de pressão nas suturas.

Copiar fig 35 pg 603

RETALHO DE WIDMAN MODIFICADO

Esta técnica permite tratar as bolsas periodontais profundas, sobretudo nas regiões anteriores por razões estéticas. Os retalhos são unidos pelas suturas interdentárias interrompidas, que permitem uma posição precisa e fecha os tecidos. Também podemos optar por uma sutura contínua.

“TÉCNICA DE CORTINA”

No ponto de vista do paciente, a estética é um dos aspectos mais importantes da terapia periodontal. Muitos procedimentos cirúrgicos têm sido descritos visando a preservação da estética anterior como uma de suas metas. A “técnica de cortina” (NEWELL, 1985) é um destes procedimentos. Ela é indicada para reter toda a união da gengiva vestibular e reduzir as bolsas com acesso por palatino. Se o recontorno ósseo for necessário, um retalho palatino é indicado. O objetivo da sutura é adaptar completamente o retalho palatino contra o osso palatino e contra a superfície da raiz, enquanto permite que a extremidade da papila vestibular permaneça em sua posição original. A sutura é começada pela penetração da agulha na superfície externa do retalho palatino, a agulha é então puxada completamente através do retalho. Logo a papila vestibular é penetrada pela superfície interna, tão apicalmente quanto o osso interdental permitir. A agulha que é empurrada para a superfície vestibular da papila interdental, é então puxada vestibularmente para fora do tecido. A técnica para este ponto é idêntica àquela da sutura curva interrompida simples. O próximo passo a transforma

em sutura de colchoeiro interna. Em lugar da passagem da agulha de volta através do espaço apical interdental para a área de contato e incisal para a extremidade da papila, a superfície externa da papila é penetrada de 2 a 3 mm incisal ao ponto de penetração. A agulha é então puxada completamente através da papila e espaço interdental, e a sutura é amarrada sobre a superfície externa do retalho palatino. Este resultado, no aspecto vestibular, é uma sutura de colchoeiro interna vertical e, no aspecto palatino, uma laçada interrompida. Semelhante procedimento é então repetido para cada papila envolvida. Vantagens observadas nesta técnica: a) mais resistência da papila vestibular ao deslocamento durante o procedimento de colocação do cimento cirúrgico palatino. b) evita rescessão gengival interproximal e, em consequência, estética pobre, pois o retalho palatino é suportado sem depressão e deslocamento das extremidades da papila vestibular. c) não há violação do sulco vestibular como ocorre com suturas suspensas. Desvantagens: a) pode haver uma "cavinha" na superfície vestibular da papila após remoção da sutura, mas isto persiste somente por 2 a 3 semanas. b) as suturas podem dilacerar papilas finas, principalmente se atadas muito firmemente.