

RESULTADOS PARCIAIS CENTRADOS NO PACIENTE DA ÁREA DOADORA PALATINA SUBMETIDA A DUAS FORMAS DE PROTEÇÃO APÓS A REMOÇÃO DE ENXERTO GENGIVAL LIVRE: UM ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO CEGO

RODRIGO KÖNSGEN ROSSALES¹; FRANCISO WILKER MUSTAFA GOMES MUNIZ²; THIAGO MARCHI MARTINS³

¹Universidade Federal de Pelotas – rodrigokonsgen@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – wilkermustafa@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – thiagoperio@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

A cirurgia plástica periodontal representa um procedimento cirúrgico com o propósito primordial de corrigir ou prevenir alterações anatômicas, traumáticas ou decorrentes de enfermidades que afetem a gengiva, a mucosa alveolar e o tecido ósseo adjacente (ZUCHELLI; MOUNSSIF, 2015). Os procedimentos concernentes à cirurgia plástica periodontal, destinados à correção de inadequações nos tecidos moles adjacentes a dentes, implantes e rebordos edêntulos, comumente demandam a utilização de enxertos de tecido conjuntivo (ETC) desepitelizado ou enxertos gengivais livres (EGL) (MIGUEL et al., 2021).

Em geral, os enxertos são retirados da região palatina ou da tuberosidade (KONFLANZ et al., 2021). Múltiplas abordagens para a remoção do EGL e medidas para proteção da área doadora têm sido propostas visando obter resultados clínicos eficazes e reduzir a morbidade e complicações pós-operatórias (BOSCO et al., 1996; LORENZANA, ALLEN, 2000). Geralmente, as abordagens de desepitelização intrabucal, que promovem cicatrização por primeira intenção, exigem espessura palatina substancial serem indicadas a fim de reduzir o risco de necrose do retalho palatino devido à vascularização limitada e minimizando a dor (MAINO et al., 2018).

Zucchelli et al. (2010) mostraram que a técnica EGL não causa mais desconforto pós-operatório do que a técnica convencional de ETC desepitelizado ("trap door technique"). Isso destaca que, mantendo e protegendo a ferida palatina durante a cicatrização com esponja de colágeno hemostático, não há diferença significativa em dor e morbidade entre os grupos ETC desepitelizado e EGL.

O propósito do presente estudo é avaliar resultados clínicos centrados no paciente de duas abordagens de proteção da área doadora palatina após a remoção de EGL: uso de fragmentos de epitélio e conjuntivo (FEC) do EGL ou esponja hemostática (HEM) (Hemospon®, Maquira Indústrias de Produtos Odontológicos S.A, Maringá, PR, Brasil), ambas combinadas com suturas e uso de placa de acetato por 7 dias após a cirurgia.

2. METODOLOGIA

Neste estudo, o trabalho de pesquisa será delineado como um Ensaio Clínico Randomizado (ECR) cego e em paralelo, destinado a avaliar os desfechos clínicos da cicatrização e morbidade pós-operatória decorrentes de duas abordagens de proteção da ferida cirúrgica na área doadora palatina. As diretrizes do "Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials" (SPIRIT) (Chan et al. 2013) são seguidas no estudo. Além disso, os resultados obtidos a partir dos dados coletados serão reportados de acordo com as orientações estabelecidas no

"Consolidated Standards of Reporting Trials Statements" (CONSORT). Os pacientes assinam Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e apenas os pesquisadores e a equipe do estudo tem acesso aos dados dos participantes, garantindo a confidencialidade dos participantes voluntários.

O estudo usará uma amostra conveniente de pacientes da Faculdade de Odontologia da UFPel que tenham necessidade e indicação clínica de cirurgia de recobrimento radicular associado com EGL em recessão gengival unitária isolada em dentes anteriores mandibulares. O cálculo amostral indicou 22 pacientes por grupo (totalizando 44 indivíduos) são necessários para detectar diferenças na área de cicatrização remanescente após 14 dias do procedimento cirúrgico, com poder de 80% e alfa de 5%, considerando uma taxa de atrição de cerca de 10%. A randomização foi realizada por um pesquisador não envolvido que depositou os tratamentos em envelopes opacos numerados de 1 a 44. No momento da cirurgia o operador abre o envelope referente ao número de identificação do paciente, quebrando o cegamento. O avaliador é cego ao tratamento durante todo o estudo.

Os pacientes incluídos no estudo deverão preencher os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos e estarem dispostos a participar do estudo; não possuir doenças sistêmicas relatadas; possuir um periodonto saudável ou demonstrar condição periodontal estável após terapia periodontal convencional; possuir índice de sangramento gengival $<10\%$ e índice de placa bacteriana $<15\%$; possuir indicação clínica para cirurgia plástica periodontal associada com ETC, a fim de tratar defeitos de RG únicos RT1 e RT2 de Cairo (Cairo et al., 2011), ao redor de dentes naturais localizados na região anterior de mandíbula (de canino a canino); Não possuir histórico de coleta de enxerto palatino. Os pacientes serão excluídos do estudo caso apresentem alguma das condições: gravidez; relatar o uso de medicamentos que afetariam adversamente os tecidos periodontais (corticosteroides, imunossupressores); possuir tratamento endodôntico inadequado; fumantes ou ex-fumantes, que tenham parado de fumar há menos de um ano; possuir mobilidade dentária no local da cirurgia; possuir necessidade de tratamento ortodôntico prévio à realização da cirurgia de recobrimento radicular.

Uma guia de acetato padroniza o tamanho do enxerto (6 mm de altura, 15 mm de comprimento e 1-1,5 mm de espessura) e auxilia na análise da cicatrização. Em pacientes do grupo teste o FEC é reposicionado e suturado. No grupo controle HEM é aplicada e suturada. Em ambos os grupos placas de acetato são associadas na proteção da área doadora. Após a cirurgia os exames clínicos são repetidos por um avaliador cego ao tratamento em 7, 14 e 28 dias. Dados incluem área de cicatrização, dor pós-operatória e qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Na presente avaliação dos resultados parciais o desfecho primário do estudo será a dor pós-operatória, e o secundário será o consumo de analgésicos de 1-7 dias, em 10 e 14 dias. A hipótese é que o FEC apresente resultados superiores ao HEM.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Até o presente momento 17 pacientes foram incluídos no estudo, sendo que 2 pacientes não realizaram a entrega da EVA, sendo assim os dados reportados são referentes a 15 pacientes ($n=15$), sendo 8 no grupo teste (FEC) e 7 no grupo controle (HEM). Para realizar o cálculo da média de idade dos pacientes foi feito o teste-t para amostras independentes e a média de idade obtida dos pacientes no tratamento do grupo teste (FEC) foi de 28,75 anos e no grupo controle (HEM) foi de 31,22 anos. A distribuição dos dados foi avaliada por meio do Shapiro-Wilk,

com o valor de $p < 0,001$ para todos os desfechos. Assim sendo, todos os desfechos foram comparados por meio do teste de Mann-Whitney.

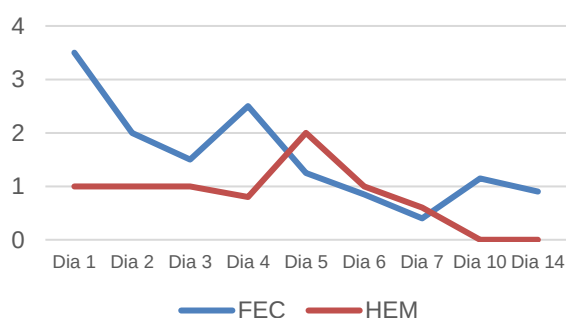


Figura 1 – Escore médio de dor pós-operatória

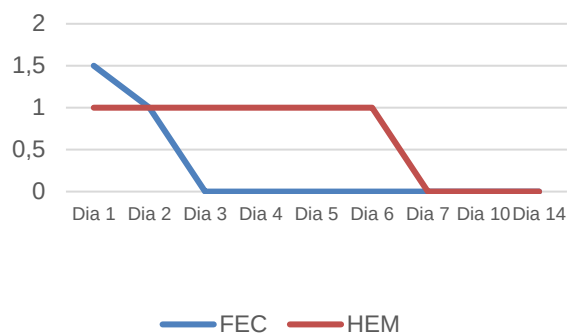


Figura 2 – Uso de comprimidos de analgésico no período pós-operatório

Tabela 1. Escore de dor no período pós-operatório. Valores em Mediana (intervalo interquartil)

	Grupo teste FEC (n=8)	Grupo controle HEM (n=7)	Valor de p
Idade média±DP	28,75±9,66	31,22±8,72	0,587#
Dor – Dia 1	3,50 (1,00 – 6,40)	1,00 (0,00 – 7,00)	0,232*
Dor – Dia 2	2,00 (0,57 – 5,98)	1,00 (0,00 – 3,00)	0,281*
Dor – Dia 3	1,50 (0,57 – 5,13)	1,00 (0,00 – 2,00)	0,336*
Dor – Dia 4	2,50 (0,55 – 4,38)	0,80 (0,00 – 2,50)	0,397*
Dor – Dia 5	1,25 (0,50 – 3,50)	2,00 (0,00 – 4,00)	1,000*
Dor – Dia 6	0,85 (0,00 – 2,65)	1,00 (0,00 – 2,60)	0,867*
Dor – Dia 7	0,40 (0,00 – 2,53)	0,60 (0,00 – 1,30)	0,867*
Dor – Dia 10	1,15 (0,00 – 6,35)	0,00 (0,00 – 0,10)	0,152*
Dor – Dia 14	0,90 (0,00 – 1,95)	0,00 (0,00 – 0,00)	0,072*

Legenda: #teste-t para amostras independentes; *Mann-Whitney

Tabela 2. Consumo de analgésico em número de comprimidos. Valores em Mediana (intervalo interquartil)

	Grupo teste FEC (n=8)	Grupo controle HEM (n=7)	Valor de p
Idade média±DP	28,75±9,66	31,22±8,72	0,587#
Analgésico – Dia 1	1,50 (1,00 – 2,00)	1,00 (1,00 – 3,00)	0,867*
Analgésico – Dia 2	1,00 (0,00 – 2,75)	1,00 (0,00 – 2,00)	0,955*
Analgésico – Dia 3	0,00 (0,00 – 1,75)	1,00 (0,00 – 3,00)	0,536*
Analgésico – Dia 4	0,00 (0,00 – 1,00)	1,00 (0,00 – 2,00)	0,463*
Analgésico – Dia 5	0,00 (0,50 – 1,75)	1,00 (0,00 – 2,00)	0,613*
Analgésico – Dia 6	0,00 (0,00 – 0,75)	1,00 (0,00 – 2,00)	0,232*
Analgésico – Dia 7	0,00 (0,00 – 0,00)	0,00 (0,00 – 1,00)	0,613*
Analgésico – Dia 10	0,00 (0,00 – 0,00)	0,00 (0,00 – 0,00)	0,694*
Analgésico – Dia 14	0,00 (0,00 – 0,00)	0,00 (0,00 – 0,00)	1,000*

Legenda: #teste-t para amostras independentes; *Mann-Whitney

Mediante a análise estatística, não foi encontrada diferença real em relação a dor pós-operatória e consumo de analgésicos em até 14 dias entre os grupos FEC e HEM. O uso da placa palatina em ambos os grupos do presente estudo pode estar relacionada com a ausência de diferença estatística, visto que um ECR reportou menor dor pós-operatória e menor consumo de analgésicos para o grupo que usou apenas placa palatina em comparação a HEM ou fibrina rica em plaquetas, ambos associados com suturas ou cianoacrilato (BASMA et al, 2023).

Poucos trabalhos na literatura reportam o uso da técnica FEC como proteção da área doadora palatina. Os resultados encontrados no presente estudo

corroboram com os reportados em um ensaio clínico que realizou a proteção da área doadora palatina com cimento cirúrgico (n=10), HEM associada com cimento cirúrgico (n=10) ou FEC associado com cimento cirúrgico (n=10). Os dados referentes a dor pós-operatória foram reportados como “presente” ou “ausente” em 7 dias após o procedimento cirúrgico. Em uma semana pós-operatória a dor estava presente em 50% menos pacientes que tiveram HEM ou FEC associados na proteção da área doadora palatina em comparação com aqueles que utilizaram apenas cimento cirúrgico (Bosco et al, 1996).

4. CONCLUSÕES

Com os resultados parciais do presente estudo conclui-se que, referente a dor pós-operatória e o consumo de analgésicos, não há diferença real entre o uso de FEC ou HEM associada com suturas e placa palatina de acetato por 7 dias na proteção de área doadora palatina. Ainda assim, é necessário atingir o n proposto pelo cálculo amostral para realizar aferições.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASMA, H. S.; SALEH, M. H. A.; ABOU-ARRAJ, R. V.; IMBROGNO, M. et al. Patient-reported outcomes of palatal donor site healing using four different wound dressing modalities following free epithelialized mucosal grafts: A four-arm randomized controlled clinical trial. **Journal of Periodontology**, 94, n.1, p.88-97, 2023.

BOSCO, A. F.; PEREIRA, S. L. S.; JÚNIOR, N. L.; MILANEZ, L. A. Análise Clínica das áreas doadoras de Enxerto Gengival Livre. **Revista da APCD**, 50, n.6, p.515-521, 1996.

CAIRO, F.; NIERI, M.; CINCINELLI, S.; MERVELT, J. et al. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. **J Clin Periodontol**, 38, n.7, p.661-666, Jul 2011.

KONFLANZ, W.; ORTH, C.C.; CELESTE, R. K.; MUNIZ, F.W.M.G.; HAAS, A.N. Influence of donor site and harvesting technique of connective tissue graft on root coverage outcomes of single gingival recessions: Systematic review and metaanalyses. **Int Acad of Periodontol**, v. 23, n. 1, p. 79-98, 2021.

MAINO, G.N.E.; VALLES, C.; SANTOS, A.; PASCUAL, A.; ESQUINAS, C.; NART, J. Influence of suturing technique on wound healing and patient morbidity after connective tissue harvesting: A randomized clinical trial. **J Clin Periodontol**, v. 45, n. 8, p. 977-985, 2018.

ZUCHELLI, G.; MELE, M.; STEFANINI, M.; MAZZOTTI, C.; MARZADORI, M.; MONTEBUGNOLI, L.; DE SANCTIS, M. Patient morbidity and root coverage outcome after subepithelial connective tissue and deepithelialized grafts: a comparative randomized controlled clinical trial. **J Clin Periodontol**, v.37, n.8, p.728-738, 2010.

ZUCHELLI, G.; MOUNSSIF I. Periodontal plastic surgery. *Periodontology* 2000, v. 68, n. 1, p. 333-68, 2015.