

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

CAIO EDUARDO DA SILVA

CUNHA DISTAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

BAURU

2019

CAIO EDUARDO DA SILVA

CUNHA DISTAL PERIODONTAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Cirurgião-dentista – Universidade do Sagrado Coração.

Orientadora: Prof.^a Dra. Mirella lindoso Gomes Campos.

Bauru
2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

S5861c	<p>Silva, Caio Eduardo da</p> <p>Cunha distal Periodontal: Relato de caso clínico / Caio Eduardo da Silva. -- 2019. 22f. : il.</p> <p>Orientadora: Prof.^a Dra. Mirella Lindoso Gomes Campos</p> <p>Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP</p> <p>1. Periodontia. 2. Cárie dentaria. 3. Restauração. 4. Adulto. I. Campos, Mirella Lindoso Gomes. II. Título.</p>
--------	---

CAIO EDUARDO DA SILVA

CUNHA DISTAL PERIODONTAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como parte dos requisitos para obtenção do
título de bacharel em Cirurgião-dentista -
Universidade do Sagrado Coração.

Aprovado em: ___/___/___.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Mirela Lindoso Gomes Campos (Orientadora)
Universidade do Sagrado Coração

Prof.^a Dra. Danieli Colaço Ribeiro Siqueira (Membro da banca)
Universidade do Sagrado Coração

Prof.^a Dra. Elcia Maria Varize Silveira (Membro da banca)
Universidade do Sagrado Coração

Dedico este trabalho aos meus pais e a todos que me ajudaram de forma direta ou indireta para que eu concluísse o curso de odontologia.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais José Roberto Silva e Renilce Aparecida da Silva, gostaria de agradecer infinitamente a motivação que sempre me proporcionaram, que foi essencial para conclusão do curso de Odontologia que sem os mesmos não seria possível. Foi uma grande jornada até chegar neste momento, mas sempre estiveram ao meu lado, me orientando e incentivando a não desistir nos momentos difíceis.

A minha orientadora Prof. Dra. Mirella Lindoso Gomes Campos, foi de grande importância toda sua sabedoria e disponibilidade sempre muito educada e dedicada a me ouvir, orientar e tirar todas as dúvidas.

A Universidade do Sagrado Coração, pela ótima estrutura e corpo docente encontrado no campus que foram essenciais para minha formação.

Agradecimentos a banca que os convidei com imenso carinho por serem professores queridos que marcaram de alguma forma especial essa jornada, aceitando o convite para realizar a avaliação do meu Trabalho de Conclusão de Curso.

Agradeço ao meu amigo Hugo Cardoso de Freitas que no decorrer dos quatro anos de curso me acompanhou sendo minha dupla de clínica, auxiliando e compartilhando conhecimentos.

E por fim, não menos importante o responsável pela realização do meu sonho; Deus, pois sem ele não teria capacidade para concluir com tanto êxito e sucesso essa etapa tão importante em minha vida.

A todos que fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

“A sabedoria é a árvore que dá vida a quem a abraça; quem a ela se apega será abençoado”
(BIBLIA SAGRADA, PROVERBIOS 3:18)

RESUMO

A cárie dentária pode ser encontrada em boa parte dos indivíduos e há casos onde o acesso se torna difícil por vários motivos, sendo eles: falta de higienização, ausência de coordenação motora, cavidades encontradas subgingivamente entre outros. Esta doença é caracterizada como multifatorial. O presente estudo tem como objetivo relatar um caso clínico de diagnóstico e tratamento de uma carie subgingival. Trata-se de um segundo molar permanente que foi acometido pela reabsorção, devido ao íntimo contato que o terceiro molar estava causando sobre ele, gerando o aparecimento de uma cárie subgingival. O paciente do sexo masculino com 21 anos de idade, sem problemas sistêmicos, chegou a clínica com o terceiro molar extraído posteriormente, necessitando de um acesso cirúrgico a cavidade subgingival de tecido cariado, para possível tratamento da lesão. Após exames físicos e complementares por imagens foi indicado a cirurgia de cunha distal periodontal na região afetada, com o objetivo de remover o tecido queratinizado em excesso para facilitar a visualização do campo operatório e uma possível restauração do mesmo. O procedimento foi realizado com boa resposta ao tratamento indicado, podendo concluir que seguindo um bom diagnóstico e correto plano de tratamento, o procedimento de cunha distal periodontal apresenta um bom prognóstico e melhora a saúde bucal dos nossos pacientes.

Palavras-chave: Cunha distal periodontal. Cárie dentária. Periodontia. Cirurgia.

ABSTRACT

Dental caries can be found in most individuals and there are cases where access is difficult for several reasons, such as: poor hygiene, lack of motor coordination, cavities found subgingivally among others. This disease is characterized as multifactorial. This study aims to report a clinical case of diagnosis and treatment of subgingival caries. This is a permanent second molar that was affected by resorption, due to the close contact that the third molar was causing on it, causing the appearance of a subgingival caries. The 21-year-old male patient, without systemic problems, arrived at the clinic with the third molar extracted later, requiring surgical access to the subgingival cavity of decayed tissue for possible treatment of the lesion. After physical and complementary imaging examinations, periodontal distal wedge surgery was indicated in the affected region, in order to remove excess keratinized tissue to facilitate the visualization of the operative field and its possible restoration. The procedure was performed with a good response to the indicated treatment, and it can be concluded that following a good diagnosis and correct treatment plan, the periodontal distal wedge procedure presents a good prognosis and improves the oral health of our patients.

Keywords: Periodontal distal wedge. Dental cavity. Periodontics. Surgery.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Radiografia inicial periapical	14
Figura 2 - Radiografia inicial interproximal.....	14
Figura 3 - Exame Físico Inicial da região desejada	15
Figura 4 - Captura do momento logo após a incisão ser realizada	16
Figura 5 - Finalização do procedimento com a síntese do campo operatório	17
Figura 6 - Após cirurgia observação da lesão cariosa agora supragengival.....	17
Figura 7 - Retorno de 21 dias para visualização da lesão	18

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVO	13
3	RELATO DE CASO CLINICO	14
4	DISCUSSÃO	19
5	CONCLUSÃO.....	21
	REFERÊNCIAS.....	22

1 INTRODUÇÃO

Caries subgengivais, por terem difícil acesso, muitas vezes necessitam de técnicas que permitem o acesso cirúrgico da lesão subgengival para que a restauração seja realizada adequadamente. Quanto há demanda de restaurações de classe II, encontrada em alguns casos no último dente erupcionado, além do acesso cirúrgico, faz-se necessário a remoção em altura do tecido conjuntivo devido à presença de bolsas periodontais associadas a dentes não completamente erupcionado, permitindo um melhor controle de biofilme pelo paciente e conseqüentemente melhor prognóstico quanto a manutenção da saúde. (LINDHE *et al.*, 2011).

A cunha distal periodontal consiste em um procedimento cirúrgico realizado na região distal do último dente erupcionado, objetivando a remoção de tecido gengival em excesso (NERY *et al.*, 2006). Esta técnica permite que o operador acesse a superfície radicular e o osso, tendo como indicação clássica o tratamento de bolsas periodontais (LINDHE *et al.*, 2011).

Cunha interproximal pode ser definida como um procedimento cirúrgico periodontal focado principalmente em restaurações, com envolvimento de classe II, possuindo extensão marginal subgengival (MONDELLI *et al.*, 1990; CUEVA, 2000 *apud* GUÊNES *et al.*, 2006).

Os dentes retidos, que nesse caso se tratando de um terceiro molar impactado, são aqueles que após chegar a hora de sua erupção, não irrompem na cavidade bucal por algum motivo específico, mantendo ou não comunicação com a cavidade bucal, (NERY *et al.*, 2006).

A retenção de um terceiro molar pode estar relacionada com causas mecânicas, como a presença de um dente impedindo que o mesmo se erupcione (DEBONI; GREGORI, 1990; BASILE; GREGORI, 2004; HATTAB; ALHAIJA, 1999; HATTAB; RAWASHDEH; FAHMY, 1995 *apud* NERY *et al.*, 2006), condições do tecido ósseo de revestimento, espessura óssea relacionado com a densidade dos tecidos moles subjacentes, ou razões patológicas. (OLASOJI; ODUSANYA, 2000). Na maioria dos casos a etiologia mais relacionada aos terceiros molares retidos são principalmente com a falta de espaço disponível na região. (GANSS *et al.*, 1993; OLIVE; BASFORD, 1981; RICHARDSON, 1977 *apud* TRAINA, 2004).

Muitas vezes, a proximidade com os segundos molares e a dificuldade ou inviabilização de higienização, podem levar o aparecimento de cáries subgengivais na face distal dos segundos molares irrompidos. Cáries subgengivais, por serem de difícil isolamento, podem

necessitar de técnicas que permitem o acesso cirúrgico da lesão para que a restauração seja realizada adequadamente na face distal dos segundos molares. (KHERA; RAGHAV; SHIVANG, 2015).

As técnicas que envolvem gengivectomias modificadas nas distais dos últimos dentes erupcionados são denominadas de cunhas distais, foram descritas primeiramente por Robinson (1966) e tinham como finalidade, o tratamento das bolsas periodontais e acesso ao osso, permitindo aumento da coroa clínica. Atualmente, técnicas modificadas, são propostas para expor cavidades cariosas subgengivais na distal dos últimos molares erupcioados e, conseqüentemente, realizar os procedimentos restauradores adequados (KHERA; RAGHAV; SHIVANG, 2015), permitindo ao operador acesso á superfície radicular e ao osso alveolar (LINDHE *et al.*, 2011).

A técnica da cunha distal consiste em incisões vestibulares e linguais realizadas no sentido vertical, na região da tuberosidade ou região retromolar com o objetivo de formar uma cunha triangular. Modificações da técnica original, propõem incisões verticais vestibulares e linguais na região retro-molar, atrás de um segundo molar inferior ou superior rompido para melhor visualização do campo. A cunha em questão, deve apresentar um aspecto de forma triangular sobre o tecido incisado em questão, após as incisões verticais, este tecido é dissecado do osso subjacente e removido (PERIN, 1985). Apesar de ser uma técnica simples de ser executada, alguns fatores podem limitar ou mesmo contra-indicar a execução de uma cunha distal, como a existência de pouco ou nenhum tecido ceratinizado, a proximidade com a altura da entrada de furca e a proximidade do dente ao ramo ascendente da mandíbula ou á linha oblíqua interna (POLLACK, 1980).

Pode ocorrer que mesmo havendo limitações para execução de uma técnica cirúrgica periodontal, elas são desenvolvidas na tentativa de realizar procedimentos de restabelecimento de distância e restauradores e , conseqüentemente , manutenção dos dentes. Existe uma carência na literatura sobre os relatos de casos clínicos, que tenham tratado casos limites de indicação de cunha distal em segundos molares inferiores irrompidos com cáries na distal, com pouca quantidade de tecido ceratinizado e menos de 1 centímetro de distância do ramo ascendente da mandíbula. Esses relatos são de suma importância pois podem lançar luz de viabilidades de procediementos limítrofes em detimetro da exodontia de dentes com prognóstico duvidoso (LINDHE *et al.*, 2011).

Cáries na distal dos segundos molares, podem estar relacionadas com a impactação ou intimo contato do terceiro molar, que pode ocasionar a uma reabsorção “formação de uma cavidade” podendo por sua vez, ficar exposta aos agentes microbianos formando biofilme.

Contando com a dificuldade de higienização pode-se gerar o aparecimento de uma recidiva de lesão cariada, objetivando esse trabalho a ilustrar um relato de caso clínico, onde o paciente em questão, apresentava uma carie subgingival no dente 37, onde a técnica de cunha distal foi o procedimento cirúrgico realizado para o tratamento e sucesso do caso em questão.

2 OBJETIVO

O objetivo desse trabalho foi apresentar um relato de caso clínico de uma cirurgia periodontal (de Cunha distal), do dente 37 que apresentava limitações de indicação para sua execução, com finalidade de acessar a superfície distal que apresentava uma cavidade subgingival e descrever a previsibilidade e dificuldade de execução do procedimento. Após a extração do dente 38, havia a necessidade de realizar um rebaixamento da gengiva queratinizada na distal do dente 37 para acesso da lesão cáriosa que se apresentava na face distal subgingival do mesmo.

3 RELATO DE CASO CLINICO

O planejamento deste caso clínico para execução, consistiu em informações obtidas através do exame clínico e complementar.

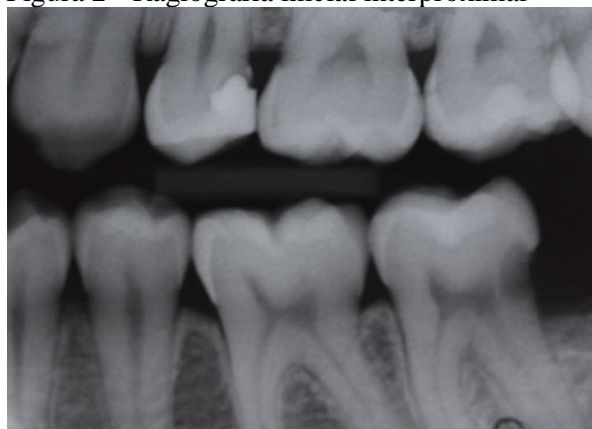
Paciente, sexo masculino, leucoderma, idade 21 anos, sem problemas sistêmicos apresentou-se na clínica de integrada I, da Universidade do Sagrado Coração-USC para realização de uma cunha distal na região de terceiro molar inferior do lado esquerdo onde o mesmo havia sido extraído anteriormente, necessitando de um acesso há uma lesão cariosa subgingival no dente 37 ocasionada pelo dente 38 que estava reabsorvendo-o. Observado respectivamente nas figuras 1 e 2.

Figura 1 - Radiografia inicial periapical



Fonte : Elaborada pelo autor.

Figura 2 - Radiografia inicial interproximal



Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 3 - Exame Fisico Inicial da região desejada



Fonte : Elaborada pelo autor.

Anteriormente a cirurgia propriamente dita começar a ser executada, foi realizado antissepsia intrabucal, solicitado para o paciente bochechar a solução de clorexidina 0,12% durante um minuto e extra bucal envolvendo toda região de boca com auxílio de uma gaze umedecida com solução de PVPI, montagem do campo operatório sobre o paciente e mesa cirúrgica contendo os instrumentos necessários para realização do procedimento, logo em seguida foi realizado o bloqueio do nervo alveolar inferior esquerdo, técnica das três posições que visa anestésiar o Nervo Bucal, Nervo Lingual e Nervo Alveolar Inferior esquerdo respectivamente, utilizando a solução Mepivacaína 2% com Epinefrina 1:100.000 com seringa de auto aspiração.

A técnica mais indicada cirurgicamente para obter os resultados desejados foi a de Cunha distal periodontal, que consiste em incisões vestibulares e linguais realizadas no sentido vertical, na região da tuberosidade ou região retromolar atrás de um segundo molar inferior ou superior rompido, foi utilizado cabo de bisturi e lamina 13d.

A cunha deve apresentar um aspecto de forma triangular sobre o tecido incisado em questão de modo que podemos notar na figura 4.

Figura 4 - Captura do momento logo após a incisão ser realizada



Fonte : Elaborada pelo autor.

Com o descolador de Molt foram desinseridas as fibras musculares e fenestração do periósteo na região de face distal segundo molar inferior esquerdo. Em seguida foi realizado a exérese do tecido gengival hiperplásico que limitava a visualização da carie subgengival do dente 37, com o uso de curetas de gracey 13-14 indicado para dentes posteriores em face distal onde a mesma executou a raspagem e alisamento radicular da região. Obtendo o cunho estético, visando a redução do volume da gengiva.

A limpeza do campo operatório foi feita com a solução de soro fisiológico para que fosse possível visualizar alguma irregularidade e evitar possíveis infecções futuras.

Após a sutura simples feita com fio reabsorvível vicryl 4-0 (Ethicon) no sentido vestibulo lingual tendo em vista a cicatrização por primeira intenção, mas como podemos observar na figura 5 alguns locais não foram possíveis realizar a coaptação das bordas deixando que a cicatrização se realiza-se por segunda intenção nessas regiões finalizando este procedimento.

Figura 5 - Finalização do procedimento com a síntese do campo operatório



Fonte : Elaborada pelo autor.

Figura 6 - Após cirurgia observação da lesão cariosa agora supragengival



Fonte: Elaborada pelo autor.

Foi receitado anti-inflamatório (Nimesulida 100mg de 12\12 horas durante 3 dias), analgésico (Dipiroa 500mg de 6\6 horas durante 3 dias), antibiótico(Amoxicilina 500mg de 8\8horas duantes 7 dias), bochechos de clorexidina 0,12% (2 vezes ao dia durante 7 dias) e instrução de higiene oral e ênfatização na importância de não traumatizar o local em questão.

A remoção de ponto foi realizada após uma semana pois o fio reabsorvível iria permanecer na cavidade oral por muito tempo podendo ocasionar em acúmulo de biofilme e placa infectando o local. Com 21 dias de pós operatório realizamos uma reavaliação cirúrgica que pode ser observada na figura 7. Onde a cavidade está totalmente exposta facilitando agora uma possível restauração da lesão encontrada no dente 37.

Figura 7 - Retorno de 21dias para visualização da lesão



Fonte: Elaborada pelo autor.

4 DISCUSSÃO

Para realização do correto diagnóstico de uma cirurgia periodontal de cunha distal, é de suma importância um minucioso exame clínico com uso de exames complementares por imagens para correto planejamento e execução do caso. Bolsas periodontais podem interferir na correta higienização e desordem do biofilme causando acúmulos excessivos de bactérias em determinados lugares, podendo ser foco de aparecimento de lesão cariada (LINDHE *et al.*, 2011).

Se tratando dos últimos dentes erupcionados na cavidade oral os terceiros molares podem gerar problemas com seu nascimento e erupção, muitas vezes estando em contato com os segundos molares, reabsorção do mesmo pode ocorrer. Como foi ilustrado nesse caso em questão, o aumento da gengiva queratinizada no local ocasiona a limitação do acesso há lesão cariada encontrada subgengivamente (MARZOLA, 1988).

Cáries subgengivais por terem difícil acesso, necessitam de técnicas e planejamentos que permitam o acesso cirúrgico desta lesão. A cunha distal periodontal consiste em um procedimento realizado na região distal dos últimos dentes erupcionados, nos dando a possibilidade de remover o tecido gengival em excesso (GUÊNES *et al.*, 2006).

Para este caso em questão onde o paciente necessitava de um acesso cirúrgico ao segundo molar permanente, apresentando uma cárie subgengival, a técnica de cunha distal foi escolhida pois a mesma nos proporciona a remoção em altura do tecido conjuntivo em excesso, permitindo um melhor controle de biofilme pelo paciente e conseqüentemente melhor prognóstico quanto a manutenção de saúde (LINDHE *et al.*, 2011).

A técnica da cunha distal consiste em incisões vestibulares e linguais realizadas no sentido vertical, na região da tuberosidade ou região retromolar com o objetivo de formar uma cunha triangular. Modificações da técnica original, propõem incisões verticais vestibulares e linguais na região retro-molar, atrás de um segundo molar inferior ou superior rompido para melhor visualização do campo. A cunha em questão, deve apresentar um aspecto de forma triangular sobre o tecido incisado em questão, após as incisões verticais, este tecido é dissecado do osso subjacente e removido (PERIN, 1985). Apesar de ser uma técnica simples de ser executada, alguns fatores podem limitar ou mesmo contra-indicar a execução de uma cunha distal, como a existência de pouco ou nenhum tecido ceratinizado, a proximidade com a altura da entrada de furca e a proximidade do dente ao ramo ascendente da mandíbula ou a linha oblíqua interna (POLLACK, 1980).

Com o objetivo desse trabalho foi apresentar um relato de caso clínico de uma cirurgia periodontal de Cunha distal, do dente 37 que apresentava limitações de indicação para sua execução, com finalidade de acessar a superfície distal que apresentava uma cavidade subgingival, descrevendo a dificuldade de execução do procedimento, rebaixamento da gengiva queratinizada na distal do dente 37 para acesso da lesão cariada, que se apresentava na face distal subgingival do mesmo. A cirurgia foi realizada com êxito devolvendo a saúde bucal permitindo um melhor controle de biofilme pelo paciente e consequentemente melhor prognóstico quanto a manutenção da saúde, possibilitando agora o acesso à cavidade da lesão (LINDHE *et al.*, 2011).

5 CONCLUSÃO

Com o relato do caso exposto, conclui-se que, por meio de um correto diagnóstico e planejamento, a cirurgia de cunha distal periodontal é de alta previsibilidade de sucesso que resulta em um prognóstico adequado contribuindo para a qualidade da saúde e meio bucal.

REFERÊNCIAS

DEBONI, M. C. Z.; GREGORI, C. Aferição das posições prevalentes dos terceiros molares inferiores inclusos. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, Bauru, v. 4 , n. abr./ju 1990, p. 87-91, 1990.

GUÊNES, G. M. T. *et al.* Cirúrgias Periodontais Aplicadas À Dentística. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe, v.6, n.4, p. 9 - 16, out./dez. 2006. Disponível em: <http://www.revistacirurgiabmf.com/2006/v6n4/1.pdf>. Acesso em: 25 set. 2019.

KHERA, Amit Kumar; RAGHAV Pradeep; Shivangi. A simplified segmental approach to maxillary molar intrusion. **J Indian Orthod Soc.**, Bombay, v. 49, p. 226-227, 2015.

LINDHE, J. *et al.* **Tratado de periodontia clinica e implantologia oral**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MARZOLA, Clovis. **Retenção Dental**. 2. ed. São Paulo: Pancast Editora, 1988.

NERY, F. S. *et al.* Avaliação da prevalência de terceiros molares inferiores inclusos e da posição e inclinação do seu longo eixo em radiografias panorâmicas. **R. Ci. méd. biol.**, Salvador, v. 5, n. 3, p. 222-230, set./dez. 2006. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/4130>. Acesso em: 25 set. 2019.

OLASOJI, H. O.; ODUSANYA, S. A. Comparative study of third molar impaction in rural and urban areas of South-Western Nigeria. **Odontostomatol Trop.**, Dakar, v. 23, n. 90, p. 25-28, Jun. 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11372160>. Acesso em: 25 set. 2019.

PERIN, Y. L. F. **Cirurgia periodontal operações de retalho. 1985**. Monografia. (Especialização em Periodontia) – Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 1985.

POLLACK, R. P. Modified distal wedge procedure. **J Periodontol.**, Chicago, v. 51, n. 9, p. 513-515. Sep. 1980. Disponível em <https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1902/jop.1980.51.9.513>. Acesso em: 25 set. 2019.

TRAINA, A. A. Estudo radiográfico das características dos terceiros molares e suas correlações com a impactação óssea. 2004. Dissertação. (Mestrado em Ciências Odontológicas) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.