

INFLUÊNCIA DO TRATAMENTO DE RECESSÕES GENGIVAIS UNITÁRIAS COM E SEM ODONTOPLASTIA NA HIPERSENSIBILIDADE DENTINÁRIA

Anelis Gasparino de Souza (PIBIC/CNPq/FA/Uem), Cléverson de Oliveira e
Silva (Orientador), e-mail: prof.cleversonsilva@gmail.com

Universidade Estadual de Maringá / Centro de Ciências da Saúde/ Maringá,
PR.

Odontologia, Periodontia.

Palavras-chave: hipersensibilidade, odontoplastia, recessão gengival.

Resumo:

A hipersensibilidade dentinária (HD) é uma dor aguda de curta duração, bem localizada e ocorre quando há exposição da dentina a partir da destruição do esmalte ou do cimento, e por túbulos dentinários abertos e interligados à polpa viva. A recessão gengival (RG) é a causa mais comum da exposição dos túbulos dentinários. A proeminência vestibular da raiz exposta tem uma relação direta com a RG. A partir disso, a redução da proeminência radicular (odontoplastia) durante o tratamento cirúrgico de RG tem sido defendida e realizada. Entretanto esse desgaste radicular também pode ser causa de HD. O objetivo deste estudo é avaliar a frequência e intensidade de HD após a odontoplastia realizada anteriormente ao recobrimento radicular das RG tipo I de Cairo, em caninos e primeiros pré-molares superiores. Foram realizadas cirurgias de recobrimento radicular em 7 pacientes que apresentavam em RGs unitárias, tipo I de Cairo, $\geq 2,5$ mm, em canino ou pré-molar através da técnica do retalho deslocado coronariamente associada ao enxerto subepitelial de tecido conjuntivo (ESTC). A avaliação da redução da HD será feita por estímulos térmicos/ evaporativos e tátil através da escala visual analógica (VAS) no exame inicial, 1ª, 2ª, 3ª e 4ª semanas, 3 e 6 meses de acompanhamento. O valor da variação da dor pelos métodos de provocação com ar e tatil no estudo não foi significativo quando comparada à intervenção (odontoplastia), o que significa que a odontoplastia, em nosso estudo, não influenciou na redução ou aumento da dor em até 6 meses de acompanhamento.

Introdução

A hipersensibilidade dentinária (HD) é definida como uma dor aguda e de curta duração, ocasionada por diferentes estímulos, sejam eles térmicos, táteis ou químicos, em regiões de exposição dentinária. Estudos publicados

mostram variações extremas na prevalência da HD. Os dados de pesquisas transversais variam de 3% a 98% de prevalência. Os pacientes da clínica periodontal especializada que possuem condições clínicas específicas como recessão gengival, lesões cervicais não cariosas e desgaste dentário apresentam maior prevalência da HD quando comparada aos demais grupos. (ZEOLA et al., 2019). Os dois principais processos considerados como fatores etiológicos da HD são a exposição da dentina e a abertura dos túbulos dentinários conectados à polpa viva.

A recessão gengival é a causa mais comum que leva à exposição dos túbulos dentinários e pode ser definida como a exposição da superfície da raiz devido ao deslocamento apical da margem gengival em relação à junção esmalte-cimento (JEC). Os fatores etiológicos primários para RG são biofilme e trauma mecânico, no entanto, vários fatores predisponentes podem contribuir para o desenvolvimento da RG. Estes incluem fenestração e deiscência do osso alveolar, posição anormal do dente no arco, forma do dente / raiz, fenótipo periodontal fino e dentes posicionados fora do processo alveolar devido à movimentação ortodôntica (JOSS-VASSALLI et al., 2010; ZUCHELLI e MOUNSSIF, 2015).

Um dos fatores a serem considerados para o sucesso do tratamento cirúrgico é o fato de que a proeminência das raízes tem sido associada a deiscências e fenestrações em alguns estudos. A relação entre a proeminência da superfície radicular e a migração apical da margem gengival foi relatada por MORRIS (1958). A partir disso, a redução da proeminência radicular (odontoplastia) durante o tratamento cirúrgico de defeitos de RG tem sido defendida e realizada por muitos estudos (HARRIS, 1994; KECALI et al., 2015), com o objetivo de melhorar os resultados do recobrimento radicular. Porém, ao desgastar a raiz, ocorre a exposição dos túbulos dentinários, podendo desenvolver ou aumentar a HD.

Apesar da extensa literatura sobre terapia cirúrgica para tratamento da RG ainda há carência de evidência sobre o suposto efeito positivo da odontoplastia no tratamento cirúrgico da RG e da influência da odontoplastia como causa da HD. Assim, o objetivo do presente estudo será avaliar a frequência e intensidade de HD em dentes que receberão recobrimento radicular com o sem a realização de odontoplastia.

Materiais e métodos

O presente estudo foi um ensaio clínico controlado aleatório, cego, com 2 grupos paralelos, que buscou comparar a hipersensibilidade dentinária (HD) após o recobrimento radicular com e sem a redução da proeminência da raiz vestibular (odontoplastia). Recessões gengivais (RG) unitárias $\geq 2,5$ mm foram submetidas à cirurgia de recobrimento radicular através da técnica do retalho deslocado coronariamente associada ao enxerto subepitelial de tecido conjuntivo (ESTC). A amostra inicialmente era composta por 20 voluntários, mas em função da pandemia da Covid-19 (Sars-Cov-2) e a consequente paralisação das atividades no Departamento de Odontologia da UEM, só foi possível realizar a cirurgia em 7 pacientes. A avaliação da redução da HD foi

feita por estímulos térmicos/ evaporativos (jato de ar) e tátil (sonda periodontal) através da escala visual analógica (VAS) no exame inicial, 1ª, 2ª, 3ª e 4ª semanas, 3 e 6 meses de acompanhamento.

Resultados e Discussão

Tabela 1. Redução das escalas de dor com relação ao fator odontoplastia pelos métodos de provocação.

Método	Com Odontoplastia	Sem Odontoplastia	Teste T (Valor de p)
Ar	-2.76 (± 2.49)	-0.57 (± 3.95)	0.45
Tátil	-2.2 (± 3.72)	0 (± 1.5)	0.34

O valor da variação da dor pelos métodos de provocação com ar e tatil no estudo não foi significativo quando comparada à intervenção (odontoplastia), o que significa que a odontoplastia, em nosso estudo, não influenciou na redução ou aumento da dor em até 6 meses de acompanhamento. A média da porcentagem de recobrimento radicular (%RR) foi de 84.76% ($\pm 19.13\%$), com média de redução no grupo com odontoplastia de 90% ($\pm 20\%$) e no grupo sem odontoplastia de 77.78% ($\pm 19.24\%$), com teste T de Student com p-valor de 0.45, não sendo significativa a odontoplastia para a média da %RR pelo padrão do estudo. O recobrimento radicular total (RRC) ocorreu em 4 dos 7 pacientes. Dos 4 com recobrimento total, 3 realizaram odontoplastia e 1 não realizou. Por outro lado, dos 3 pacientes que não atingiram o RRC, 2 não realizaram a odontoplastia e 1 realizou. O teste Exato de Fisher desta distribuição 2 por 2 demonstrou p-valor de 0.48, não sendo significativa a distribuição de RRC quando comparado ao fator odontoplastia pelo padrão do estudo.

Conclusões

A partir da análise dos dados coletados e dos níveis descritivos não significantes, conclui-se que a odontoplastia não influenciou na redução ou aumento da dor, bem como na porcentagem de recobrimento radicular em até 6 meses de acompanhamento.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Fundação Araucária (FA) por possibilitarem o desenvolvimento dessa pesquisa.

Referências

FAVARO ZEOLA, L.; SOARES, P. V.; CUNHA-CRUZ, J. Prevalence of dentin hypersensitivity: Systematic review and meta-analysis. **Journal of Dentistry**, v. 81, p. 1–6, fev. 2019.

HARRIS, R. J. The Connective Tissue With Partial Thickness Double Pedicle Graft: The Results of 100 Consecutively-Treated Defects. **Journal of Periodontology**, v. 65, n. 5, p. 448–461, 1994.

JOSS-VASSALLI, I. et al. Orthodontic therapy and gingival recession: a systematic review: Orthodontic therapy and gingival recession. **Orthodontics & Craniofacial Research**, v. 13, n. 3, p. 127–141, 6 jul. 2010.

KECELI, H. G. et al. The Adjunctive Effect of Platelet-Rich Fibrin to Connective Tissue Graft in the Treatment of Buccal Recession Defects: Results of a Randomized, Parallel-Group Controlled Trial. **Journal of Periodontology**, v. 86, n. 11, p. 1221–1230, nov. 2015.

ZUCCHELLI, G.; MOUNSSIF, I. Periodontal plastic surgery. **Periodontology** **2000**, v. 68, n. 1, p. 333–368, jun. 2015.