

O TRATAMENTO DE DEFEITO INFRA-ÓSSEO, CAUSADO POR DOENÇA PERIODONTAL DESTRUTIVA, USANDO HIDROXIAPATITE

Robert K. Davis*, César Mexia de Almeida**

RESUMO

A ajuda mais importante que um periodontista pode oferecer ao seu paciente é recuperar os tecidos de suporte do dente, e, por consequência, devolver os elementos da dentição natural a uma função fisiológica.

O caso clínico apresentado constitui um exemplo de sucesso com um tipo de tratamento visando aquele objectivo numa situação com prognóstico muito reservado.

INTRODUÇÃO

A bolsa infra-óssea difere da supra-óssea pelo facto de estar situada num defeito ósseo,

com a sua base posicionada apicalmente em relação à margem do osso alveolar, ao contrário da bolsa supra-óssea, cuja base tem uma posição coronal relativamente à referida margem óssea.

A bolsa infra-óssea inicia-se como qualquer outra, por uma reacção inflamatória desencadeada pela placa bacteriana.

Um ou mais dos seguintes factores, pode contribuir para que uma bolsa se torne infra-óssea;

- 1 — *Trauma oclusal;*
- 2 — *Impactação alimentar;*
- 3 — *Características anatómicas do osso subjacente, tais como a grande espessura do osso alveolar; (1)*

Os defeitos ósseos associados com bolsas infra-ósseas, podem ser corrigidos;

- 1 — por regeneração da crista alveolar, isto é, pelo seu preenchimento com novo osso e pelo "reattachment" de novas fibras periodontais à raiz:

* Professor Catedrático de Periodontia da Escola Superior de Medicina Dentária de Lisboa

** Professor Associado de Endodontia da Escola Superior de Medicina Dentária de Lisboa.



Fig. 1 — Radiografia inicial mostrando radiotransparência periapical e mesial do primeiro pré-molar numa zona correspondente a uma bolsa periodontal profunda.

2 — por remodelação cirúrgica do defeito ósseo, ou seja, osteotomia das respectivas paredes para o eliminar.

A regeneração alveolar é a mais desejável. Ocorre frequentemente como resposta a diferentes técnicas de tratamento, mas não com tal incidência que possa ser previsível (2).

A limitada documentação histológica humana, sugeriu a possibilidade de se conseguirem estes novos "attacments", com o uso de técnicas de enxerto ósseo autogénico, quer seja ilíaco, quer seja intra-oral (3, 4, 5, 6, 7 e 8).

Visto que o uso do osso autogénico tem limitações, têm sido feitas tentativas para encontrar materiais sintéticos alternativos. A hidroxiapatite foi um dos materiais sintéticos usados no preenchimento das lacunas ósseas, criadas pela doença periodontal destrutiva (9). A cerâmica durapatite* (Periograft) é uma forma policristalina, não reabsorvível, da hidroxiapatite.

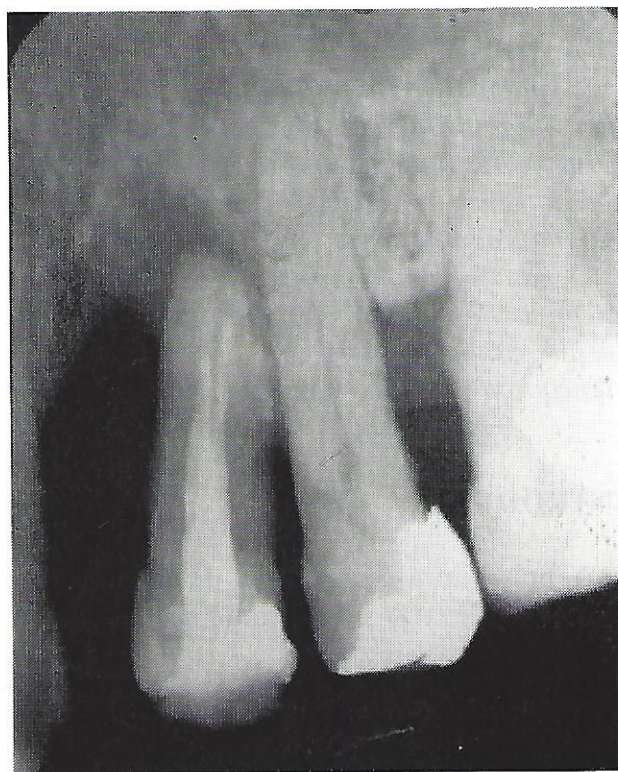


Fig. 2 — Radiografia após tratamento endodôntico do primeiro pré-molar.

* Cook-Waite Laboratoires, 90 Park Av. New York, N. Y.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, raça caucasiana, 53 anos, saudável. Foi examinada e subsequentemente tratada, devido a uma perio-

dontite generalizada, a qual variava de moderada a severa.

O primeiro premolar superior esquerdo (24) foi inicialmente considerado como tendo um prognóstico bastante reservado, talvez

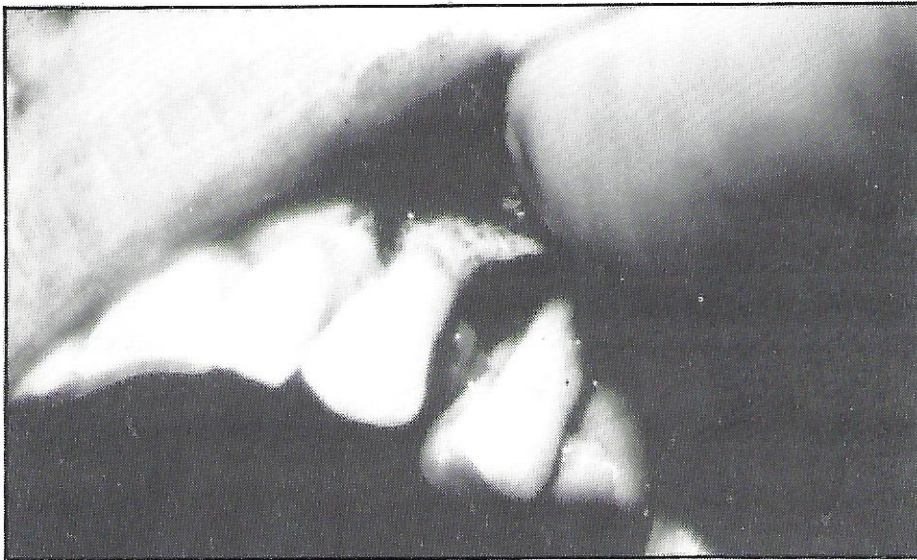


Fig. 3 — Lesão infraóssea exposta durante a intervenção cirúrgica.

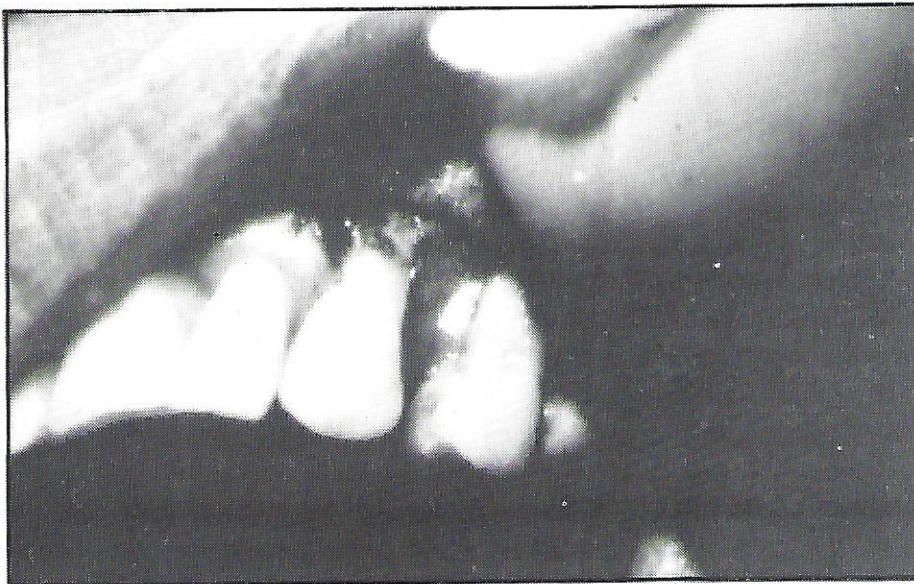


Fig. 4 — Enxerto de hidroxiapatite colocado no defeito ósseo.

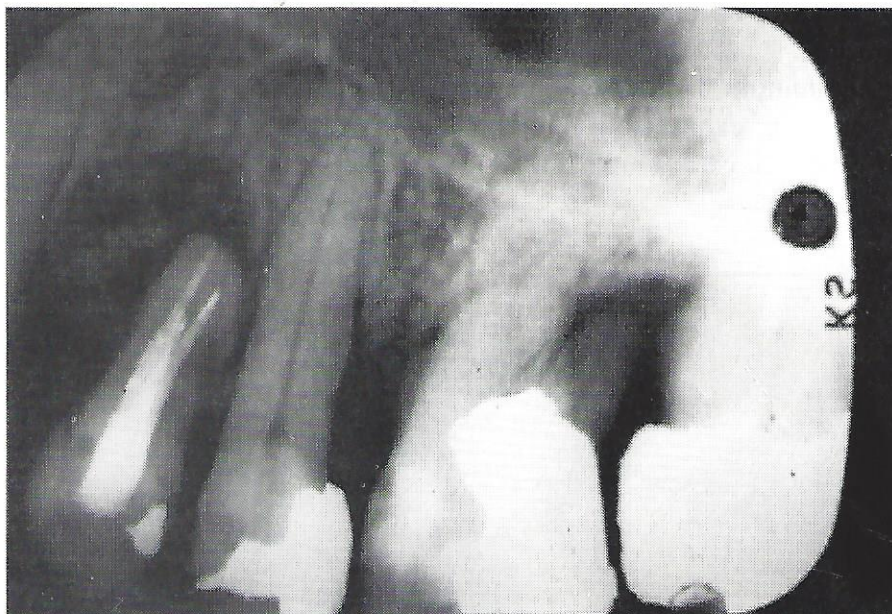


Fig. 5 — Radiografia no momento da intervenção mostrando o enxerto ósseo dentro do defeito.



Fig. 6 — Radiografia 8 meses após a colocação de hidroxiapatite.

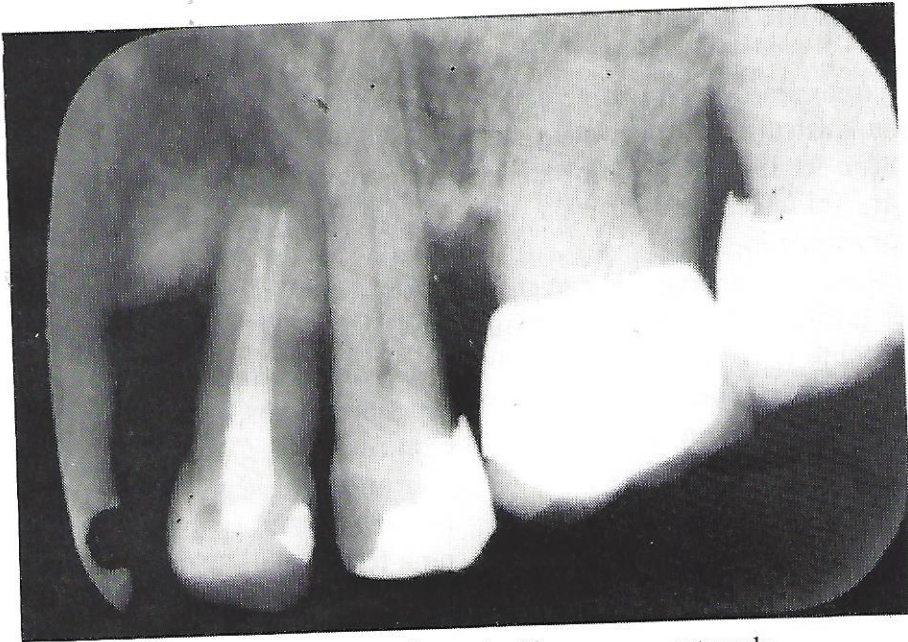


Fig. 7 — Radiografia após 18 meses, mostrando completo preenchimento da cavidade com o osso neoformado.

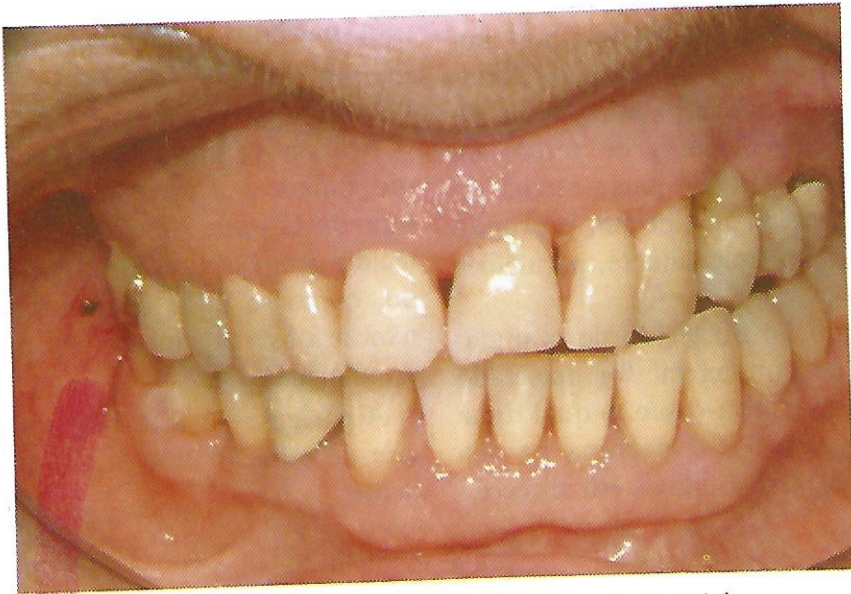


Fig. 8 — Fotografia mostrando a aparência clínica 18 meses depois do tratamento.

uma situação irrecuperável. Apresentava uma bolsa de 12 mm nos ângulos mesio-vestibular e mesio-palatino, e uma mobilidade de grau 2+, numa escala de 1 a 3. Pelo

orifício da bolsa verificava-se uma drenagem constante de um exudado purulento amarelado. O movimento de lateralidade esquerda mostrava interferências oclusais entre a cúspi-

de vestibular e a cúspide oposta do 1.º molar inferior.

Depois de algumas sessões para controle da placa bacteriana, instrução e motivação higiénicas, avaliação e raspagem com alisamento radicular, foi efectuada cirurgia no sextante superior esquerdo.

No entanto, antes da cirurgia, a paciente foi novamente informada acerca do mau prognóstico do dente (24), embora fosse admitido ser possível salvar o dente conjugando o tratamento periodontal com o tratamento endodôntico. Também foi explicado à paciente que, no caso de haver um defeito infra-ósseo adjacente ao 1.º premolar, um enxerto aumentaria consideravelmente as possibilidades de êxito. A paciente mostrou-se receptiva e disposta a correr todos os riscos, para poder salvar o dente.

Logo após o tratamento endodôntico, foi-lhe feita a cirurgia periodontal no sextante superior esquerdo. Constou de retalhos mucoperiósteos totais, os quais foram rebatidos nas superfícies vestibular e palatina. Esse rebatimento expôs uma massa de tecido de granulação hemorrágico, na parte mesial do 1.º premolar, na vizinhança de um profundo sulco que se estendia apicalmente, paralelo à raiz mesial.

Depois da remoção do tecido de granulação, por meio de curetagem, foi detectado um profundo defeito infra-ósseo, o qual tinha paredes ósseas vestibular e palatina na sua porção coronal, e se estreitava em direcção

apical, tendo no último terço três paredes ósseas.

O defeito infra-ósseo foi cuidadosamente preenchido com cristais de hidroxiapatite, os quais haviam sido misturados com soro fisiológico esterilizado, numa consistência de "areia húmida". O preenchimento foi feito apenas até aos limites coronais das paredes ósseas.

O enxerto foi então coberto pelos retalhos mucoperiósteos, os quais foram suturados com seda 4-0. Como habitualmente fazemos, cobrimos em seguida a ferida com o penso periodontal. A paciente foi medicada com uma tetraciclina, 250 mg, de 6-6 horas, durante sete dias. Foram-lhe dadas instruções, tendo em vista o post-operatório.

O post-operatório foi normal. Ao oitavo dia foi removido o penso periodontal e a sutura.

A paciente foi então colocada numa fase de manutenção sob vigilância a intervalos regulares.

Após nove meses, o dente (24) já não tem mobilidade e a profundidade da bolsa diminuiu de 12 para 5 mm, na área do enxerto. O tecido gengival tem um aspecto firme e rosado, como se pode observar na fotografia; e não se observa emissão de qualquer exudado anormal.

A paciente sente-se bem e encara já a hipótese de colocar uma coroa total no referido dente.

Bibliography

- 1 — GLICKMAN'S CLINICAL PERIODONTOLOGY, CARRANZA F. A., W. B. SAUNDERS CO. PHILADELPHIA, 5th. Ed. 1979, page 843.
- 2 — PATUR, B., and GLICKMAN, I.: Clinical and roentgenographic evaluation of the post-treatment healing of infrabony pockets. J. Periodont, 33: 164, 1962.
- 3 — HIATT, W. H., SCHALLBORN, R. G., and AARONIAN, A. J.: The induction of new bone and cementum formation IV. Microscopic examination of the periodontium following human bone and marrow allograft, autograft and non-graft periodontal regenerative procedures. J. Periodontal. 49: 495, 1978.
- 4 — FROUM, S. J., THALER, R., SCOPP, I.W. and STAHL, S. S.: Osseous autografts II Histologic responses to osseous Coagulum — bone blend grafts. J. Periodontal 46: 656, 1975.
- 5 — HAWLEY, C.E., and MILLER, J.: A Histologic examination of a free osseous autograft. J. Periodontal 46: 289, 1975.
- 6 — DRAGOO, M. R. and SULLIVAN, H. C.: A Clinical and Histological Evaluation of autogenous iliac bone grafts in humans: Part I. Wound healing 2 to 8 months. J. Periodontal 44: 599, 1973.
- 7 — NABERS, C. L., REED, O. M. and HAMMER, J. E.: Gross and histologic evaluation of an autogenous bone graft 57 months postoperatively. J. Periodontal. 43: 702, 1972.
- 8 — ROSS, S. E. and COHEN, D. W.: The fate of a free osseous tissue autograft. A clinical and histologic case report. Periodontics 6: 145, 1968.
- 9 — FROUM, S. J., KUSHNER, L. SCOPP, I. W. and STAHL: Human clinical and histologic responses to Durapatite implants in Intraosseous lesions. J. Periodontal, Dec. 1982.

Agradecimentos

Os autores agradecem à Dr.^a Elsa Pessoa Ferreira da Costa, a colaboração prestada na tradução deste artigo.