

Cirurgia periodontal de retalho de Widman modificada no sextante anterior: caso clínico

Rita Passos Gancho^{1*} , Andreia Pereira¹ , José João Mendes^{1,2} , Maria Alzira Cavacas^{1,2,3} 

¹Instituto Universitário Egas Moniz, Monte da Caparica, Portugal;

²Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz (CiiEM), Egas Moniz, CRL, Monte de Caparica, Portugal;

³Morphology Lab (CiiEM), Egas Moniz, Monte de Caparica, Portugal.

✉ mariaalziracavacas6@gmail.com

Recebido em: 30 setembro 2020; Revisto em: 08 outubro 2020; Aceite em: 09 outubro 2020

Resumo

Introdução: O tratamento da doença periodontal é considerado complexo, incluindo numa primeira fase uma terapia não cirúrgica, e seguidamente, uma eventual terapia cirúrgica. O retalho de *Widman* modificado apresenta-se como uma técnica que permite uma diminuição da profundidade de sondagem das bolsas com máxima preservação do tecido periodontal, estando indicado quando a estética é um fator importante. **Descrição do caso clínico:** Paciente de 53 anos, sexo feminino, diagnóstico de doença periodontal estágio IV grau B. Foi iniciado o tratamento periodontal não cirúrgico, através do alisamento radicular. Na consulta de reavaliação constatou-se que a profundidade de sondagem das bolsas não atingiu a normalidade. Prosseguiu-se o tratamento, através da técnica cirúrgica periodontal de retalho de *Widman* modificada no sextante anterior. **Conclusões:** A técnica cirúrgica de retalho de *Widman* modificada mostrou-se uma opção de tratamento, alcançando estabilidade e saúde periodontal.

Palavras-chave: Doença periodontal, periodontite, bolsas periodontais, cirurgia periodontal, retalho de *Widman* modificado.

1. INTRODUÇÃO

A periodontite define-se como uma doença infecto-inflamatória de origem bacteriana que atinge os tecidos periodontais que dão suporte às peças dentárias (Jokstad, 2019). Esta doença provoca a destruição do ligamento periodontal e perda óssea, levando à formação de bolsas e ou recessão gengival, podendo contribuir para doenças sistémicas como diabetes e aterosclerose (Kinane *et al.*, 2017). A periodontite apresenta a nível mundial, segundo os últimos dados da *UK Adult Dental Health Survey*, uma prevalência de 37% da população adulta, sendo que 11% da população mundial sofre de periodontite severa (com bolsas superiores a 6 mm) (British Society of Periodontology, 2016). Dados relativos a Portugal, mais concretamente na região sul da área metropolitana de Lisboa, um estudo com base 1.064 participantes, registou uma prevalência da periodontite de 59,9%, sendo que 24% e 22,2% dos participantes apresentavam periodontite severa e moderada, respetivamente (Botelho *et al.*, 2019).

O tratamento da periodontite é complexo, e inclui numa primeira fase um tratamento não cirúrgico e eventualmente, um tratamento cirúrgico, o qual reúne um leque diferenciado de técnicas. É consensual na literatura que o tratamento não cirúrgico deve preceder o cirúrgico, estando este indicado quando o primeiro falha (Kinane *et al.*, 2017; Rocha *et al.*, 2013).

O tratamento não cirúrgico pretende reduzir ou eliminar a placa bacteriana, reduzir a profundidade de sondagem das bolsas periodontais e controlar os fatores de risco que contribuem negativamente para o estado periodontal. Este tipo de tratamento engloba procedimentos como a raspagem e o alisamento radicular, associado por vezes a terapias adjuvantes,

nomeadamente a associação de agentes antimicrobianos locais e antibióticos sistémicos, terapia a laser e a terapia fotodinâmica, propiciando a remoção do tártaro, do cimento e dentina radicular afetados (Kinane *et al.*, 2017; Kirmani *et al.*, 2016).

No entanto, o tratamento não cirúrgico apresenta algumas limitações, pelo que em certos casos é indicada a realização do tratamento cirúrgico como uma alternativa complementar em casos de bolsas moderadas (4-6mm) ou profundas (> 6mm). O tratamento cirúrgico tem como objetivo a obtenção de um melhor acesso às superfícies radiculares, o estabelecimento de um contorno gengival favorável e facilitar a higienização dessas áreas (Kinane *et al.*, 2017).

Destaca-se o retalho de *Widman* modificado, indicado em casos de doença periodontal estágio III e IV, com profundidade de bolsas compreendidas entre os 4 e 6 mm, em pacientes submetidos a uma fase não cirúrgica inicial, seguida da reavaliação do tratamento periodontal. Esta técnica, inicialmente descrita por Ramfjord e Nissle, em 1974 (Wennström, Heijl & Lindhe, 2008), e também conhecida por técnica de “raspagem a céu aberto”, apresenta como vantagens a diminuição da profundidade de sondagem das bolsas com máxima preservação do tecido periodontal, a adaptação imediata pós- cirúrgica do tecido circundante, como a malha de colagénio saudável à superfície dentária, uma perda mínima óssea, pouco trauma mecânico nos tecidos periodontais e a fácil higienização do local para o paciente (Kirmani *et al.*, 2016; Rocha *et al.*, 2013). Contudo, comparativamente com a cirurgia de reposicionamento apical com remodelação óssea, observa-se maior taxa de incidência de recidiva das bolsas, levando a uma menor redução de profundidade das mesmas. Porém, garante maior preservação estética, estando indicada quando

Caso Clínico

este é um fator relevante (Becker *et al.*, 1987; Kirmani *et al.*, 2016; Rocha *et al.*, 2013). Sendo este um procedimento simples, que não recorre a osteotomia, resulta num pós-operatório simples, acompanhado de pouca mobilidade dentária (Rocha *et al.*, 2013).

Esta técnica não está indicada em casos de presença de gengiva aderida muito estreita ou biótipo gengival fino, mais frequente na mandíbula (Rocha *et al.*, 2013).

Este caso ilustra o tratamento da doença periodontal estágio IV grau B através de cirurgia periodontal de retalho de Widman modificada.

2. DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente de 53 anos, sexo feminino, apresentou-se à consulta de triagem e urgências do Instituto Universitário Egas Moniz para uma avaliação geral, com queixas de dificuldade de mastigação, referiu ainda sentir-se embaraçada com a sua aparência, com vergonha de sorrir.

A Figura 1 exibe o registo fotográfico da cavidade oral da paciente na primeira consulta. Foi diagnosticada como desdentada parcial superior (Classe II de Kennedy, Modificação 1) e inferior (Classe II de Kennedy, Modificação 2).

Foi proposto um tratamento multidisciplinar que inclui

consultas no âmbito da medicina dentária preventiva, apostando na instrução e motivação para melhor higiene oral.

A nível periodontal iniciou-se o tratamento pelo diagnóstico da doença, combinando a avaliação clínica e realização do periodontograma, com recurso à análise radiográfica através do *status* periodontal (Fig. 2). Obteve-se o diagnóstico final de periodontite estágio IV grau B. Prosseguiu-se para o tratamento mecânico e não cirúrgico da doença periodontal, tendo sido iniciado pelo alisamento radicular de cada quadrante por consulta e a motivação para a higiene oral.

Na consulta de reavaliação, após cerca de 1 ano de tratamento, foi tomada a decisão clínica de prosseguir o tratamento através da cirurgia periodontal, optando-se pela técnica cirúrgica periodontal de retalho de *Widman* modificada no sextante anterior (Fig. 4). Este procedimento iniciou-se com uma primeira incisão paralela ao eixo do dente, uma segunda incisão intrasulcular e uma terceira incisão paralela à crista alveolar. Seguidamente procedeu-se ao descolamento do retalho e curetagem que possibilita a remoção do tecido de granulação da superfície óssea, com permanente irrigação através de soro fisiológico. Procedeu-se por fim à sinérese, através de leve pressão digital para aproximação dos bordos e sutura simples com pontos colcheros verticais. Neste procedimento não houve necessidade de osteoplastia.



Figura 1: Registo fotográfico da cavidade oral na primeira consulta de triagem (A-E).

3. DISCUSSÃO

O tratamento teve início pelo tratamento mecânico e não cirúrgico da doença periodontal, mais concretamente, o alisamento radicular de cada quadrante por consulta e a motivação para a higiene oral. Esta escolha justifica-se pela sua importância como terapia isolada, podendo ser suficiente para controlar a doença periodontal. Caso o controlo da doença periodontal não ocorra apenas por meios não cirúrgicos, esta terapia inicial permite o controlo da infecção e a criação um ambiente mais propício à execução da técnica cirúrgica (Kinane *et al.*, 2017).

O tratamento através da cirurgia periodontal permitiu uma

exposição adequada das superfícies radiculares, levando a um alisamento radicular mais eficiente e fácil, contribuindo para a regeneração da inserção periodontal e uma morfologia gengival que facilite o controlo de placa (Kirmani *et al.*, 2016; López *et al.*, 2011). O tratamento das bolsas > 4 mm é mais eficiente quando tratadas através de técnicas cirúrgicas (Kirmani *et al.*, 2016).

Note-se, no entanto, o aumento da profundidade de sondagem das bolsas no dente 23, e ainda a não regressão de nenhuma bolsa nos restantes dentes do sextante anterior (Fig. 3). Tal poderá dever-se a uma morfologia dentária que dificulta a remoção de tártaro e, portanto, a escolha de continuar com o tratamento cirúrgico ser uma opção válida. As medições

da margem gengival foram sensivelmente semelhantes em ambas as avaliações. Constatou-se uma redução visível dos sinais clínicos de inflamação (com um índice de placa de 10%

e índice gengival de 33%) e uma estabilização da profundidade de sondagem das bolsas de 6 mm. Prosseguiu-se o tratamento através da técnica cirúrgica.

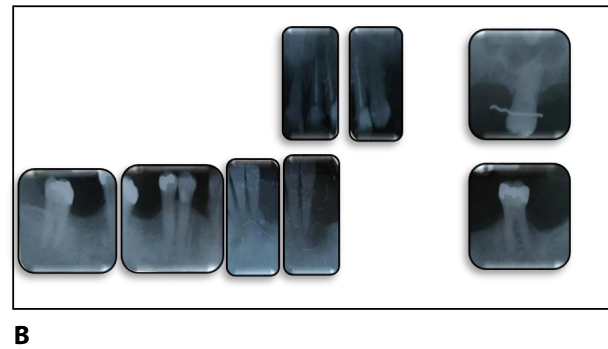
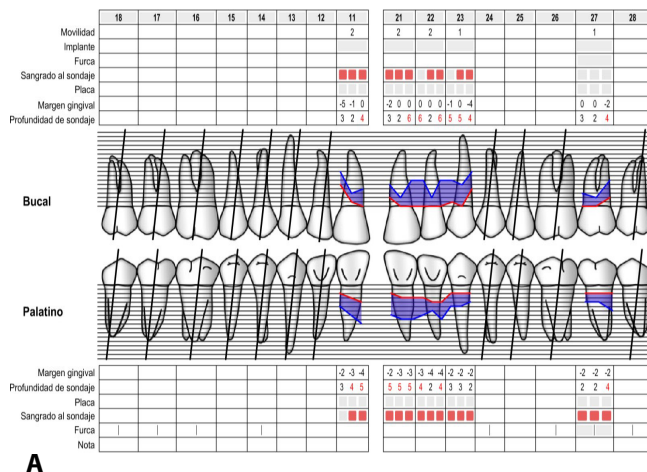


Figura 2: Periodontograma (A) e status radiográfico realizados na primeira consulta de triagem (B).

A técnica cirúrgica está indicada para correção de defeitos ósseos ou anatomias irregulares (Mani *et al.*, 2018) que dificultem o tratamento não cirúrgico, sendo possivelmente esta uma das causas do insucesso no controlo das bolsas periodontais do dente 23.

ressetiva. Esta última permite maior redução da profundidade de sondagem e menor taxa de recidiva das bolsas. Contudo, a longo prazo ocorre uma perda de inserção periodontal superior à técnica de *Widman* modificada (Cairo *et al.*, 2015; Carnevale & Kaldahl, 2000; López *et al.*, 2011).

Foi escolhida a técnica cirúrgica de retalho de *Widman* modificada em detrimento da técnica clássica, a cirurgia óssea

Esta técnica tem como objetivo primordial, não apenas a eliminação das bolsas periodontais, mas o seu tratamento

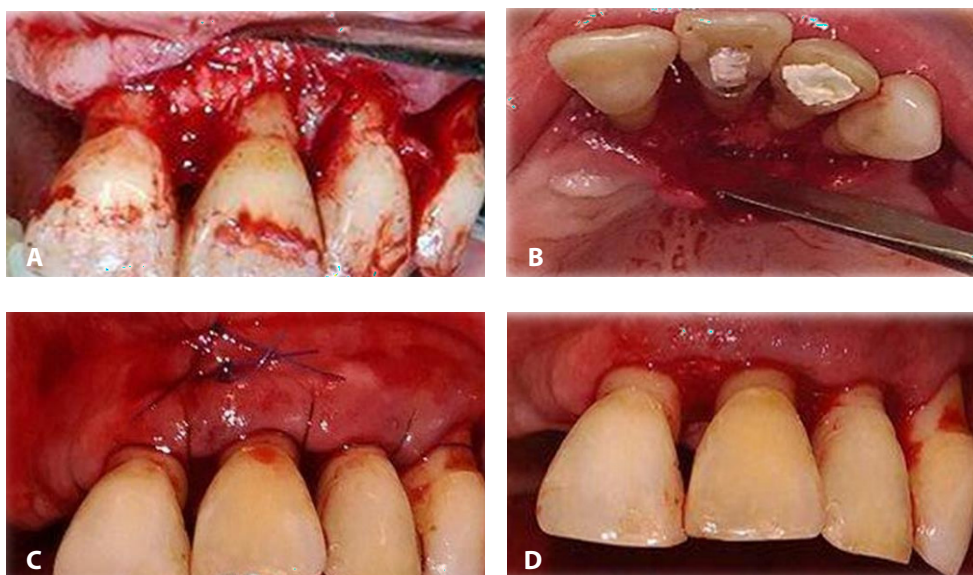


Figura 3: Cirurgia Periodontal de *Widman* Modificada (A-D).

com a menor perda tecidual durante e após o procedimento, resultando na formação de um epitélio juncional na superfície dos dentes promovendo a formação de novo cimento (Kinane *et al.*, 2017; Kirmani *et al.*, 2016; Rocha *et al.*, 2013). Apesar de uma das limitações da técnica do retalho de *Widman* modificado apresentadas por Ramfjord e Nissle (1974) ser a arquitetura interproximal desfavorável após a remoção do cimento cirúrgico, este problema pode ser ultrapassado através

de uma higienização correta por parte do doente para permitir a recuperação desses tecidos. A técnica cirúrgica escolhida possibilita uma menor exposição radicular, maior preservação da gengiva queratinizada, cicatrização por primeira intenção e uma maior conservação estética exigida no sextante anterior em comparação com o tratamento não cirúrgico da periodontite (Mani *et al.*, 2018).

5. CONCLUSÕES

A técnica cirúrgica de retalho de *Widman* modificada mostrou-se uma opção válida, conseguindo alcançar-se uma

condição de estabilidade e saúde periodontal, que poderá contribuir para uma reabilitação favorável.

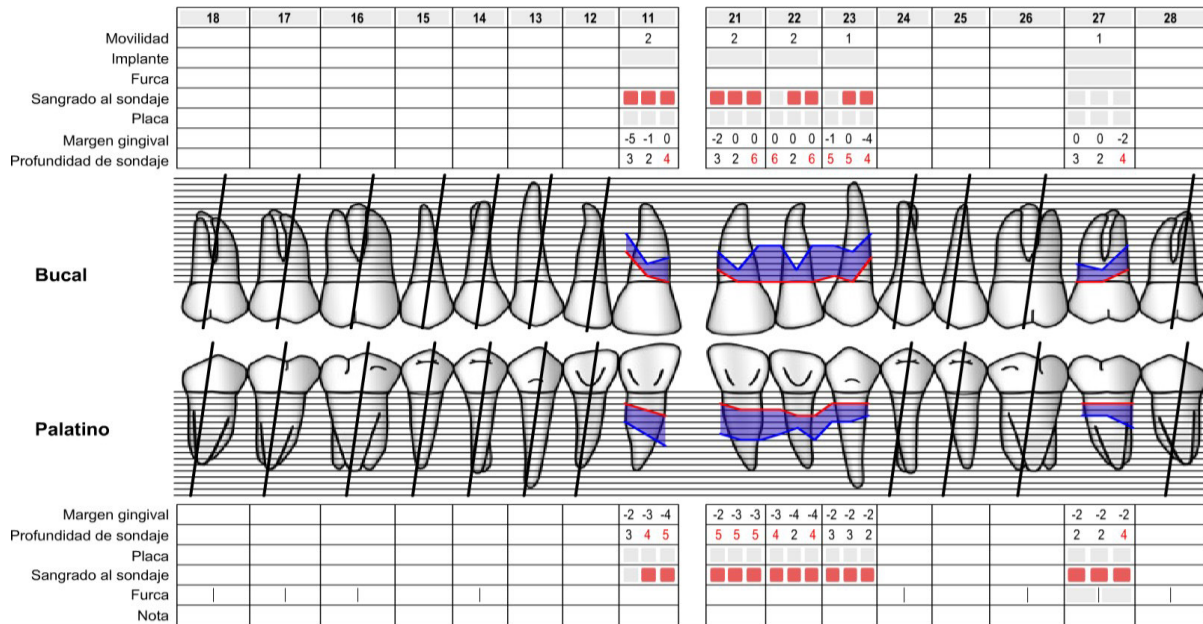


Figura 4: Periodontograma efetuado na consulta de reavaliação periodontal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Becker W, Becker BE, Caffesse R, Oxsenbein C, Morrison E, Prichard J. A longitudinal study comparing scaling, osseous surgery, and modified Widman procedures: results after 5 years. *J Periodontol* **72**(12):1675-1684, 2001.

Becker W, Becker BE, Prichard JF, Caffesse R, Rosenberg E, Gian-Grasso J. Root Isolation for New Attachment Procedures: A Surgical and Suturing Method: Three Case Reports. *J Periodontol* **58**(12):819-26, 1987.

Botelho J, Machado V, Proença L, Alves R, Cavacas MA, Amaro L, Mendes JJ. Study of Periodontal Health in Almada-Seixal (SoPHIAS): a cross-sectional study in the Lisbon Metropolitan Area. *Sci Rep* **9**(1):15538, 2019.

British Society of Periodontology. The Good Practitioner's Guide to Periodontology. BSP, Britain, 2016.

Cairo F, Carnevale G, Buti J, Nieri M, Mervelt J, Tonelli P, Pagavino G, Tonetti M. Soft-tissue re-growth following fibre retention osseous resective surgery or osseous resective surgery: a multilevel analysis. *J Clin Periodontol* **42**(4):373-379, 2015.

Carnevale G, Kaldahl WB. Osseous resective surgery. *Periodontol 2000* **22**:59-87, 2000.

Jokstad A. The 2018 AAP/EFP classification of periodontal diseases, a focus on "risks" as a faux ami and language gone on holiday. *Clin Exp Dent Res* **5**(5):449-451, 2019.

Kinane D, Stathopoulou P, Papapanou P. Periodontal diseases. *Nat Rev Dis Primers* **3**:17038, 2017.

Kirmani M, Saima S, Behal R, Jan SM, Yousuf A, Shah AF. Comparing the efficacy of scaling with root planing and modified widman flap in patients with chronic periodontitis. *IAIM* **3**(4):168-174, 2016.

Wennström JL, Heijl L, Lindhe J. Periodontal Surgery: Access Therapy, In: Clinical Periodontology and Implant Dentistry, Lindhe J, Lang NP, Karring T (ed). Blackwell Munksgaard, 783-822: 2008.

López A, Nart J, Santos A, Alcázar J, Freixa O. Assessment of morbidity after periodontal resective surgery. *J Periodontol* **82**(1*1*):1*563-1*569, 2011*.

Mani A, Maniyar SD, Kale P, S A, Thange K. Modified Widman Flap

Surgery: At a Glance. *Galore International Journal of Health Sciences & Reserach* **3**(4):64-69, 2018.

Ramfjord SP, Nissle RR. Modified Widman flap. *J periodontol* **45**(8):601-7, 1974.

Rocha F, Marques T, Santos N, Sousa M. Cirurgia periodontal reparativa conservadora – retalho de Widman modificado a propósito de um caso clínico. *Cadernos de saúde* **6**:19- 19, 2013.