

Eduvaldo Silvino de Brito Marques

**Estudo clínico comparativo da manutenção do
aprofundamento de sulco nas vestibuloplastias
mandibulares, através das técnicas de tuneiliza-
ção submucosa e epitelização secundária.**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Odontologia, Campus de São José dos Campos,
Universidade Estadual Paulista "Júlio de
Mesquita Filho", para obtenção do título de
MESTRE, pelo Curso de Pós-Graduação em
ODONTOLOGIA, Área de Concentração em Próte-
se Buco Maxilo Facial.



São José dos Campos

1993

Proj. Ação
Data 19/04/88
CR\$ 100,00

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

Antenor Araujo

AD 76
M398 e.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE ODONTOLOGIA - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
DIPLOMA EM VESTIBULOPLASTIA

Marques, Eduvaldo Silvino de Brito

"Estudo clínico comparativo da manutenção do aprofundamento de sulco nas vestibuloplastias mandibulares, através das técnicas de tuneilização submucosa e epitelação secundária." / Eduvaldo Silvino de Brito Marques; orientador: Antenor Araujo. -- São José dos Campos, 1993.

66 p. : ilus.

Dissertação (Mestrado - Curso de Pós Graduação em Odontologia) - Faculdade de Odontologia do Campus de São José dos Campos, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

1. Vestibuloplastia
2. Cirurgia pré-protética

Dewey 617.605 9
Black D76

1993/04/20

Eduvaldo Silvino de Brito Marques

**Estudo clínico comparativo da manutenção do
aprofundamento de sulco nas vestibuloplastias
mandibulares, através das técnicas de tuneiliza-
ção submucosa e epitelização secundária.**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Odontologia, Campus de São José dos Campos,
Universidade Estadual Paulista "Júlio de
Mesquita Filho", para obtenção do título de
MESTRE, pelo Curso de Pós-Graduação em
ODONTOLOGIA, Área de Concentração em Próte-
se Buco Maxilo Facial.

Orientador Prof. Titular Antenor Araujo

São José dos Campos

1993

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai **Edwirges** (in memoriam) pois
através da sua humildade jamais se po-
deria avaliar sua sabedoria;
À minha mãe **Elisa**, por sua dedicação e
luta.

À minha esposa **Disela**, pelo carinho e
companheirismo; à minha filha **Mayara**,
por transmitir paz e felicidade.

Ao Professor Titular Antenor Araujo,
meu orientador e amigo, por servir de
modelo em minha vida acadêmica, com
seu exemplo de justiça, conhecimento e
conduta.

À Faculdade de Odontologia do "Campus" de São José dos Campos - UNESP, na pessoa de seu Diretor, o Prof. Dr. Rogério Lacaz Netto, e, Vice-Diretor o Prof. Dr. Jaime de Freitas Ribeiro as nossas homenagens.

Aos amigos da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial, Prof. Antonino Kimaid, Prof. Dr. Franklin Edgard de Moura Campos, Prof. Adj. Gerson Munhoz dos Santos, Prof. Job Sarmiento da Silva, Prof. Adj. José Roberto Sá Lima, Prof. Lúcio Murilo dos Santos, Prof. Nicolau Diacov, Prof. Dr. Paulo Villela Santos Junior, pela amizade e convívio.

Aos colegas do Departamento de Diagnóstico e Cirurgia da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos pela amizade.

Aos Professores, Maria Aparecida de Oliveira e Costa Graziosi, Julio Cezar de Melo Castilho e Caetano Benito Bazzarella, pela colaboração prestada.

Ao Prof. Adj. Lauro Cardoso Vilela, por apresentar-me o quão gratificante pode ser à vida universitária.

Aos Professores Doutores Luiz Fernando de Almeida Candelária e João Vieira de Moraes, pelas palavras de estímulo.

À secretaria do Departamento de Diagnóstico e Cirurgia,
Srt^a Margareth Lopes Garcia, pela eficiência na consti-
tuição gráfica deste trabalho.

As técnicas Maria Stella de Mendonça Maldonado Campoy e
Marcia Cristina Lopes Garcia, sem as quais não seria pos-
sível a execução deste trabalho.

A bibliotecária Prof. Leila Novaes, pela revisão biblio-
gráfica e apoio.

Ao Prof. Ivan Balducci pelo auxílio estatístico.

Aos mestres, funcionários e colegas do Curso de Pós-Gra-
duação em Prótese Buco-Maxilo-Facial pelo ensino e amiza-
de compartilhados.

A todos que de forma direta ou indireta possibilitaram a
execução deste trabalho.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISTA DA LITERATURA	15
3	PROPOSIÇÃO	23
4	MATERIAL E MÉTODO	24
5	RESULTADOS	28
6	DISCUSSÃO	36
7	CONCLUSÕES	41
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
	APÊNDICES	49
	RESUMO	62
	ABSTRACT	64

1 INTRODUÇÃO

Em uma época onde observamos o número cada vez maior de indivíduos atingindo um índice de longevidade mais alto, notamos, que existe um interesse social e fisiológico em se restaurar as condições estéticas e funcionais do sistema mastigatório, de um contingente populacional mais numeroso, tanto em termos quantitativos como qualitativos.

Não obstante ao avanço tecnológico conseguido na área odontológica, com o intuito de restaurar as funções mastigatórias dos indivíduos, muitas vezes a solução encontrada para essa reabilitação, somente será conseguida através do uso das próteses totais.

O emprego das próteses totais com efetivo sucesso é diretamente proporcional a sua estabilidade, e torna-se claro a necessidade em se melhorar, e, as vezes até a se reconstruir os rebordos alveolares, de maneira que se possa utilizar as próteses com maior conforto e função.

Segundo Kruger²² (1979), a prótese nunca conseguirá ser melhor que os dentes originais, e considera que os rebordos alveolares ideais sob o ponto de vista protético, deve abranger os seguintes itens preconizados por Goodsell⁷ (1955):

- Proporcionar um suporte adequado para a prótese;
- Não apresentar retenções ou protuberâncias;

- Não apresentar arestas agudas;
- Apresentar vestibulos bucais e linguais adequados;
- Não apresentar aderências cicatriciais, que dificultem a adaptação da prótese em sua periferia;
- Não apresentar inserções musculares volumosas inseridas na crista do rebordo alveolar, que podem movimentar a prótese dental;
- Apresentar relação satisfatória entre as apófises alveolares superiores e inferiores;
- Não conter pregas de tecido mole, hipertrofias nas cristas ou nos vestibulos; e
- Não apresentar neoplasias."

Muitas dificuldades experimentadas pelos pacientes no uso das próteses totais, poderiam ser prevenidas quando das extrações dentárias e dos cuidados pós-operatórios Gregory^B (1982).

Dentre os problemas que podem comprometer a estabilidade e retenção dos aparelhos protéticos, esta a inserção alta dos músculos, tornando os sulcos gengivo-labiais e genianos muito rasos. Uma forma de correção desse problema, consiste em se criar cirurgicamente uma maior área chapeável, através de um reposicionamento da mucosa e das inserções musculares, com o conseqüente aumento do vestibulo e maior saliência do rebordo alveolar.

Convém salientar que um bom aprofundamento dependerá fundamentalmente da forma da apófise alveolar

atrofiada, e do grau dessa atrofia. Assim, quando ela é extrema, como a que ocorre nos indivíduos muito idosos (atrofia senil), ou como a que ocorre nos indivíduos que permaneceram longo tempo sem usar prótese, a correção cirúrgica dos tecidos moles deverá ser contra-indicada Abreu et al.¹ (1984).

As diversas técnicas de vestibuloplastia, tem permitido reabilitar muitos pacientes afetados pela atrofia alveolar, interferência mucosa, e deformidades pós-cirúrgicas oncológicas.

A eleição de determinada técnica cirúrgica corresponde a cada caso, e se baseia em certas características como a severidade da deformidade vestibular, a extensão da área cirúrgica, as características da mucosa bucal, o tipo de prótese a ser utilizada, a presença ou ausência de dentes úteis como suporte protético, a profundidade vestibular prévia a cirurgia, o estado psicológico e social do paciente, assim como seu estado de saúde geral e local, Montes & Tercero²⁷ (1986).

Várias técnicas tem sido empregadas nas vestibuloplastias mandibulares, e que podem ser divididas didaticamente em quatro grupos: submucosa, epitelização secundária, transposição de retalhos e enxertia de tecido mole. O interesse dos autores em se conseguir os melhores resultados, visam não somente promover um aumento do rebordo, como também, de recobri-lo com um tecido firme e sadio.

As denominações de: vestibuloplastia, sulcoplastia, cirurgia de extensão de sulco, aprofundamento de sulco, são sinônimos para um procedimento cirúrgico realizado em tecido mole, com a finalidade de se conseguir um aumento relativo do rebordo alveolar, Archer³ (1975).

"Diversas técnicas de cirurgia pré-protéticas tem sido descritas na literatura odontológica, porém poucas tem sido cientificamente avaliadas, Watson⁴¹" (1987b). O tipo e extensão das cirurgias são fatores decisivos para o sucesso Howe¹⁹ (1982), o que em função da idade avançada dos pacientes e por apresentarem problemas gerais de saúde, acabam por restringir o uso de determinadas técnicas, Hopkins et al.¹⁸ (1980).

As técnicas de vestibuloplastias submucosas são indicadas quando a mucosa de recobrimento é suficiente, firme e saudável, livre de fibroses submucosas, hiperplasias e sequelas cicatriciais. Um simples método para determinar essa indicação, consiste em se fazer um teste pressionando a região do vestíbulo com um espelho bucal. A vestibuloplastia submucosa é o método cirúrgico que provoca o menor trauma, por não criar área cruenta e os resultados em geral são bons, Gregory⁸ (1982).

As vestibuloplastias por epitelização secundária, nas quais procura-se criar uma área cruenta, onde haverá um processo de reparação por segunda intenção, é a técnica mais indicada para aqueles pacientes com hiperplasias e ulcerações no fórnix vestibular, ou quando a

mucosa for insuficiente, Hillerup¹³ (1980).

A área cruenta é desconfortante aos pacientes, pois pode provocar dor, edema, susceptibilidade de infecção e constante contração cicatricial. Por estas razões as técnicas de vestibuloplastia por epitelização vem sendo raramente usadas, Matras²⁵ (1983).

Nas técnicas de vestibuloplastias com emprego de enxerto de tecidos moles, o objetivo a ser atingido é o de reduzir a contração tecidual, diminuindo a proliferação do tecido de granulação, e prevenindo o reposicionamento de mucosa e músculos, Hillerup¹³ (1980).

É hoje, o enxerto livre de pele, um método bastante usado para se manter o aprofundamento do sulco mandibular, Perino e Howe³⁰ (1983). Para a realização desta técnica necessita-se porém da hospitalização do paciente para submeter-se à anestesia geral, e, são comuns as queixas de dor e desconforto com relação a área doadora, Smith & Peterson³⁸ (1983).

Moroni²⁸ (1982) indica a necessidade do uso de próteses mantedoras (goteiras ou guias cirúrgicos), com a finalidade de manter em determinadas posições, materiais, substâncias ou tecidos, procurando acelerar a cura, protegendo ou afastando tecidos circunvizinhos.

Observando, a pluralidade de técnicas e de resultados, foi que resolvemos nos dedicar a este assunto, objetivando determinar técnicas que nos levem a resultados estáveis nas vestibuloplastias.

E REVISTA DA LITERATURA

Muitas técnicas de vestibuloplastias tem sido descritas na literatura odontológica, Rosner et al.³³ (1982), Bailey & Bays⁴ (1984). Basicamente estas cirurgias exigem um rebordo ósseo compatível, e são realizadas as custas de um reposicionamento do tecido mole, conforme Hillerup¹⁶ (1979); Laskin²⁴ (1982); Landesman et al.²³ (1983); Giglio & Laskin⁶ (1985).

As técnicas de vestibuloplastias submucosas são indicadas, segundo Wessberg et al.⁴³ (1980), Matras²⁵ (1983), quando a mucosa de recobrimento é firme, suficiente e saudável, tratando-se de um método simples e de resultados satisfatórios.

A cirurgia compreende a divulsão do tecido submucoso e músculos, sendo realizada acima do periósteo e o paciente faz uso de uma goteira ou guia cirúrgico por um período de sete a dez dias Sanders & Starshak³⁶ (1980).

As complicações pós-operatórias, do tipo edema, hematoma, dor, dificuldade de deglutição, parestesia do nervo mentoniano (temporária) e dificuldade nos movimentos mandibulares Samit & Popowich³⁵ (1982), podem ser incrementados quando da utilização de guias cirúrgicos presos através de amarra circumanibular.

As vestibuloplastias por epitelização secundária, Hillerup¹³ (1980) foram inicialmente realizadas

durante à Primeira Guerra Mundial, como um método para reconstruir o sulco vestibular após trauma facial. Trata-se de um procedimento, onde haverá um processo de reparação por segunda intenção, sendo mais indicado para pacientes com hiperplasias e ulcerações no fórnix vestibular, ou quando a quantidade de mucosa inserida for insuficiente.

O reparo da área cruenta é desconfortante aos pacientes, Hopkins et al.¹⁸ (1980), pois provoca dor, edema, susceptibilidade à infecção e constante contração cicatricial. Por estas razões alguns autores, Hillerup¹³ (1980), Matras²⁵ (1983) restringem o uso das técnicas de vestibuloplastia por epitelização secundária.

Muitas são as variações da técnica de epitelização secundária, estas se baseiam principalmente em mudanças no local ou profundidade das incisões, bem como na remoção de tecidos moles, Passeri²⁹ (1990), sendo importante a preservação de mucosa inserida.

De acordo com Guernsey¹² (1984), a localização da incisão tem pouca influência no resultado pós-operatório, o importante é manter o retalho em posição, através de sutura no fundo de sulco.

As complicações pós operatórias relatadas por Krüger²¹ (1987), compreendem dor, edema, hematoma, dificuldade nos movimentos mandibulares, odor e dificuldade na fonação.

Em geral, segundo Hillerup¹³ (1980), a perda

da profundidade do novo sulco é de 50%, ao redor dos doze meses de período pós-operatório, com valores que podem chegar até 75%.

Outras técnicas também tem sido relatadas, utilizando-se o emprego de enxerto de tecidos moles, Hillerup¹³ (1980). Sua principal intenção é de reduzir a contração tecidual, reduzindo a proliferação do tecido de granulação, e prevenindo o reposicionamento da mucosa e músculos.

O enxerto livre de pele é um método muito popular, Perino e Howe³⁰ (1983), porém necessita da hospitalização do paciente para submeter-se à anestesia geral. São comuns as queixas de dor e desconforto, com relação a área doadora, Smith & Peterson³⁸ (1983).

Normalmente o enxerto é retirado da região inter-femural, ou seja, uma cirurgia é realizada por cirurgia-plástico, utilizando-se o dermatomo conforme relatado por Pogrel³² (1985). De acordo com esses preceitos, Perino & Howe³⁰ (1983), concluíram pela restrição dessa técnica em pacientes idosos e debilitados.

Cuidados especiais devem ser destinados a área doadora, pois existe a possibilidade de infecção segundo Samit & Kent³⁴ (1983). Alterações de coloração, Perino & Howe³⁰ (1983), sendo ainda comum a queixa de extrema sensibilidade dolorosa Smith & Peterson³⁸ (1983).

Segundo Hjorting-Hansen et al.¹⁷ (1983) para que se tenha sucesso, é imprescindível a manutenção do

periósteo, pois assim ocorrerá uma rápida vascularização. A perda da profundidade do novo sulco, após doze meses, é cerca de 30%, segundo Watson⁴² (1987c), que considera esta modalidade de cirurgia, com indicação somente se não houver outro método mais apropriado Watson⁴⁰ (1987a).

Com intuito de diminuir o número de intervenções cirúrgicas no paciente, Gregory et al.⁹ (1983) sugerem a utilização de enxertos congelados de pele, ao invés de enxerto autogénos frescos.

Outro tipo de enxerto de tecido mole utilizado nas vestibuloplastias, é o de mucosa, cujo objetivo é o de evitar a recidiva no aprofundamento de sulco, e melhorar a retenção e estabilidade das próteses totais, Hillerup¹⁴ (1982), Griffiths & Harvey¹¹ (1984).

Meador et al.²⁶ (1986), estimaram a perda da profundidade de sulco, nas cirurgias com emprego de enxerto de mucosa, ao redor de 32%, após doze meses de pós-operatório.

Para finalizar as técnicas de aumento relativo de rebordo, temos à transposição ou inversão de retalhos, utilizada com frequência em desdentados Hillerup¹⁶ (1979), cuja perda de novo sulco é de aproximadamente 20% aos doze meses de pós-operatório, porém, quando a reposição inferior é demasiadamente extensa, ocorre alterações no perfil de tecido mole do paciente, Hillerup¹⁶ (1979); Adawy et al.² (1983). Procurando minimizar estas alterações, Peterson³¹ (1983), adaptou a técnica modificações,

através do aumento do rebordo mandibular com osteotomia vertical.

De modo geral as avaliações feitas pelos vários autores, na quantificação da medida do aprofundamento de sulco é baseada em radiografias laterais cefalométricas, uso de guias cirúrgicos, associadas com controle radiológico ou não e radiografias panorâmicas Van Waas³⁹ (1983); Watson⁴² (1987c).

No intuito de melhorar, a estabilidade e retenção das próteses totais mandibulares, Giglio & Laskin⁶ (1985) afirmam, que dependendo da necessidade o aprofundamento de sulco pode ser realizado as expensas da desinserção e rebaixamento dos músculos milohioideo e genio-glossos, dessa forma ampliando a profundidade do sulco lingual.

Beltrão & Marini⁵ (1986), afirmam que as inserções da mucosa, sejam por vestibular ou lingual, alteram a estabilidade da prótese, e que técnicas cirúrgicas realizadas sobre rebordos alveolares atrofiados levarão ao insucesso.

Entre as razões que comprometem o sucesso das sulcoplastias, encontram-se as infecções, que têm o seu aparecimento favorecido, pelo fato de o fundo de sulco ser uma área retentiva a microorganismos, detritos celulares e alimentares durante o pós-operatório imediato, Montes & Tercero²⁷ (1986).

O sucesso dos procedimentos cirúrgicos das

sulcoplastias, Hillerup¹⁵ (1987), esta intimamente relacionado com a qualidade do tratamento protético pós-cirúrgico, e na ausência de complicações e efeitos adversos no pós-operatório.

Em uma série de trabalhos publicados durante o ano de 1987, Watson estudou: variações na capacidade mastigatória; alterações de pressão na interface base da prótese - superfície mucosa; realizou também uma análise radiográfica de vestibuloplastia anterior de mandíbula, dando ênfase a: reabsorção óssea, profundidade do sulco criado cirúrgicamente, e mudanças no perfil de tecidos moles.

Watson⁴⁰ (1987a), definiu que a eficiência mastigatória é a capacidade de se pulverizar os alimentos, e examinou o número de mordidas e o tempo, necessário para a realização desse evento. Isto porque, o desejo em melhorar a função mastigatória, é na maioria dos casos o segundo objetivo dos pacientes quando da procura do tratamento protético, sendo suplantado somente pela necessidade estética. A melhora na função mastigatória tem sido um dos benefícios encontrados após a realização das vestibuloplastias conforme Hopkins et al.¹⁸ (1980).

Em seus resultados: Watson concluiu que, ao refazer a base da prótese para o tamanho da prótese total anteriormente utilizada pelo paciente, houve perda na eficiência mastigatória em 28% quando da trituração de alimentos duros.

Trabalhos posteriormente realizados conforme Watson⁴¹ (1987b), afirmam que a constatação dos sucessos na utilização de próteses pós-vestibuloplastias, são principalmente avaliados subjetivamente.

A combinação de efeitos da perda óssea e alterações do perfil, Watson⁴² (1987c), devem ser consideradas quando da proposta da realização de procedimentos cirúrgicos de vestibuloplastias, à pacientes com rebordos alveolares amplamente reabsorvidos, e também aqueles com proeminência labial na região de sínfise mandibular, com vistas ao sucesso do tratamento proposto.

Grgurevic et al.¹⁰ (1988), utilizando-se de guias cirúrgicos construídos em resina acrílica e fixados ao tecido ósseo por meio de parafusos do sistema AO, demonstraram que esse método alternativo de manutenção do reposicionamento da mucosa, pode evitar o aparecimento de problemas encontrados comumente nas vestibuloplastias.

Os autores recomendam este método, como sendo o de eleição para as vestibuloplastias submucosas, e algumas de suas modificações.

Jennings²⁰ (1989), concluiu após a revisão da literatura, que para o sucesso do tratamento protético de pacientes portadores de rebordos alveolares deficientes, é necessário, entender as limitações do paciente, a exequibilidade de técnicas protéticas, e as restrições da cirurgia bucal.

O tratamento pode incluir técnicas protéticas

sofisticadas, utilizando-se de aparatologia avançada, ajuda do cirurgião nos procedimentos de aprofundamento de sulco, aumento de rebordo, ou colocação de implantes, na tentativa de se restaurar as funções mastigatórias dos pacientes.

3 PROPOSIÇÃO

A proposta deste trabalho é avaliar a manutenção do aprofundamento de sulco nas vestibuloplastias mandibulares, através do estudo comparativo de duas técnicas distintas: tuneilização submucosa e epitelização secundária após 12 meses. Estas devem preservar os princípios da cirurgia dos tecidos moles e fornecer resultados satisfatórios de funcionalidade.

4 MATERIAL E MÉTODO

Os pacientes foram selecionados na clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos após análise da região anterior do vestíbulo mandibular, pressionando-o no sentido inferior com um espelho clínico, para verificarmos antecipadamente a profundidade do sulco.

Os pacientes encontravam-se na faixa etária compreendida entre trinta e um e sessenta e nove anos. Tinham como indicação mínima, a confecção de próteses totais, e a necessidade de realização de cirurgias para o aprofundamento de sulco.

Foram constituídos dois grupos com dez pacientes cada, e aplicadas as técnicas conforme descritas à seguir:

GRUPO A - Tunelização submucosa com o emprego de goteiras.

A cirurgia foi realizada sob anestesia local, através de bloqueio do nervo alveolar inferior e mentoniano, empregando-se como agente anestésico a lidocaína 3% com vaso constritor (Lidocaína 3% com levoarterenol-Harvey). Usou-se uma incisão vertical na linha mediana, (Fig.1 - Pág.50) feita com lâmina intercambiável número quinze (Surgeon), montada em cabo de bisturí Bard-Parker número três. A mesma teve início na crista do rebordo, indo em direção ao fundo de sulco gengivo-labial, com

aproximadamente um centímetro de extensão.

À seguir procedemos à divulsão submucosa (Fig.2 - Pág.50) com tesoura romba em ambos os lados, em direção aos buracos mentonianos separando os planos subjacentes. Posteriormente, é realizada compressão digital, para eliminação do sangue residual. A incisão é finalmente suturada com fio de Poliglactina 910 calibre quatro-zeros (Polivycril - Ethicon, Johnson & Johnson).

No passo seguinte colocamos a goteira cirúrgica, esta foi previamente obtida através de moldagem do rebordo com godiva (Godibar - Lysandra Ltda), vazado em gesso pedra (BR - Polidental Ltda) e então confeccionada em resina acrílica quimicamente ativada incolor (Jet - Clássico Ltda), aumentada na região vestibular anterior com godiva de baixa fusão (Impression Compound Type I-Kerr), sendo reembasada com pasta zinco-eugenólica (Lysandra - Lysandra Ltda) adaptando-a sobre o leito cirúrgico. A mesma é fixada e mantida em posição através de amarria circunferencial (cerclagem mandibular), com fio de aço de calibre zero-cinco (AISI 304 - Aços Citral Ltda) durante um período de duas semanas.

GRUPO B - Vestibuloplastia por epitelização-secundária através da técnica de Clark.

Os tempos operatórios foram iniciados sob anestesia local, através de bloqueio dos nervos alveolar inferior e mentoniano com lidocaína 3% com vasoconstritor

(Lidocaína 3% com levoarterenol Harvey). Uma incisão (Fig.3 - Pág.57) foi realizada paralela a crista do rebordo alveolar, pelo lado vestibular e lateralmente delimitada pelos buracos mentonianos. Utilizamos uma lâmina intercambiável número quinze (Surgeon), montada em cabo de bisturi Bard-Parker número três.

Na sequência realizamos dissecação supra-periostal até a mucosa labial (Fig.4 - Pág.57), o retalho é utilizado para recobrir essa mucosa, e mantido em posição através de sutura no fundo de sulco gengivo-labial com fio de poliglactina 910 calibre quatro-zeros (Polivycril - Ethicon, Johnson & Johnson), a área cruenta é protegida com rolete de gaze vaselinada-furacinada (Furacin - Schering), presa ao local através de suturas utilizando o mesmo tipo de fio acima citado.

De todos os pacientes dos grupos A e B, foram obtidas radiografias cefalométricas em norma lateral, usando como artifício de técnica para a determinação do fundo de sulco, a colocação pura e simples de um fragmento de fio de aço com cinco milímetros de comprimento, de diâmetro zero-cinco mantido em posição de repouso no fundo do sulco vestibular, na região anterior de mandíbula. Nas fases pré e pós-operatória com o auxílio do compasso de ponta seca, determinou-se a distância do fio de aço a borda da mandíbula, obtendo-se dessa forma a medida do aprofundamento conseguido, quantificado em milímetros.

Foram feitas três tomadas radiográficas, rea-

lizadas nas fases: pré-operatória, duas semanas de pós-operatório e doze meses após a realização das cirurgias.

No período pós-operatório os pacientes foram orientados com relação à dieta líquida e pastosa, higienização bucal (bochechos com soluções antissépticas), prescrição de antibioticoterapia sistêmica, por via oral, utilizando-se a fenoximetilpenicilina potássica (Pen-veoral - Wyeth) e como analgésico a dipirona sódica (Novalgina - Hoeschst).

Os pacientes foram também avaliados clinicamente com vistas a sintomatologia pós-operatória, pertinente a esta modalidade de procedimento cirúrgico. (Vide modelo de fichas na pág.60).

Para tornar mais fácil à identificação dos elementos participantes deste estudo, os pacientes do grupo A serão denominados de TS1 à TS10 (tuneilização submucosa), e os do grupo B de ES1 à ES10 (epitelização secundária).

5 RESULTADOS

Após a análise e observação dos grupos A e B obtivemos os seguintes resultados.

Na tabela 1, 1a e 1b demonstramos os dados com relação a tunelização submucosa.

Na tabela 2, 2a e 2b observamos os dados relativos a epitelização secundária

Tabela 1 - Tuneilização submucosa.

Paciente	Sexo	Idade	P.O.(1)*	P.O.(2)**	Perda % ***
TS1	F	40	2,5mm	1,0mm	60%
TS2	F	53	9,0mm	5,5mm	38,9%
TS3	F	36	2,0mm	1,0mm	50%
TS4	F	59	1,5mm	0,5mm	66,7%
TS5	F	55	8,0mm	4,0mm	50%
TS6	F	60	6,0mm	3,5mm	41,7%
TS7	F	47	4,0mm	2,0mm	50%
TS8	F	42	3,0mm	2,0mm	33,4%
TS9	F	47	3,5mm	2,0mm	42,9%
TS10	F	43	4,0mm	2,0mm	50%

* - Quantidade de aprofundamento de sulco aos 14 dias de pós operatório

** - Quantidade de aprofundamento de sulco aos 12 meses de pós operatório

*** - Perda de profundidade de sulco em porcentagem

Tabela 1a - Análise Clínica

Resultado Clínico	Nº de Pacientes	Porcentagem
Bom	2	20%
Satisfatório	6	60%
Ruim	2	20%

Tabela 1b - Análise Clínica

Complicações Pós-Operatórias	Nº de Pacientes	Porcentagem
Parestesia do nervo mentoniano (temporária)	3	30%
Edema	10	100%
Hematoma	7	70%
Dor discreta	7	70%
Dor severa	3	30%
Dificuldade nos movimentos mandibulares	8	80%
Odor	6	60%

Tabela 2 - Epitelização secundária

Paciente	Sexo	Idade	P.O.(1) *	P.O.(2)**	Perda %***
ES1	M	69	3,0mm	1,0mm	66,7%
ES2	F	57	4,0mm	2,0mm	50%
ES3	F	66	3,0mm	1,0mm	66,7%
ES4	F	31	3,0mm	1,0mm	66,7%
ES5	F	56	4,0mm	2,0mm	50%
ES6	F	63	3,0mm	1,0mm	66,7%
ES7	F	46	4,0mm	2,0mm	50%
ES8	F	53	6,0mm	2,0mm	66,7%
ES9	F	41	8,0mm	3,5mm	56,3%
ES10	F	36	5,5mm	2,5mm	54,6%

* - Quantidade de aprofundamento de sulco aos 14 dias de pós operatório

** - Quantidade de aprofundamento de sulco aos 12 meses de pós operatório

*** - Perda da profundidade de sulco em porcentagem

Tabela 2a - Análise Clínica

Resultado Clínico	Nº de Pacientes	Porcentagem
Bom	1	10%
Satisfatório	6	60%
Ruim	3	30%

Tabela 2b - Análise Clínica

Complicações Pós-Operatórias	Nº de Pacientes	Porcentagem
Edema	10	100%
Hematoma	8	80%
Dor discreta	2	20%
Dor severa	8	80%
Dificuldade nos movimentos mandibulares	8	80%
Odor	8	80%

Com o objetivo de determinar a significância dos resultados obtidos, comparamos a média dos aprofundamentos imediatamente após a cirurgia, com a média dos aprofundamentos após 12 meses de pós operatório, efetuamos o teste não paramétrico de sinais de postos de Wilcoxon, Sidney³⁷ (1981).

Foi obtida uma diferença estatisticamente significativa, ao nível de 12 que clinicamente se traduz em uma perda de sulco presente no pós operatório de ambas as técnicas.

6 DISCUSSÃO

Após a revisão da literatura, observamos uma grande preocupação dos vários autores em tentar criar condições ideais de suporte no rebordo alveolar, para que o mesmo possa servir de leito receptor para a confecção de próteses totais, conforme relatado por Hillerup¹⁶ (1979), Rosner et al.³³ (1982), Laskin²⁴ (1982), Landesman et al.²³ (1983), Adawy et al.² (1983), Bailey & Bays⁴ (1984), Griffiths & Harvey¹¹ (1984), Giglio & Laskin⁶ (1985), Watson⁴² (1987c).

Grande também é a insatisfação com relação aos resultados obtidos, tanto pelos autores, como por parte dos pacientes Hillerup^{16,14} (1979) (1982), Gregory⁸ (1982), Samit & PoPowich³⁵ (1982), Adawy et al.² (1983), Hjorting-Hansen et al.¹⁷ (1983), Peterson³¹ (1983). Em nosso trabalho pudemos observar que embora tenhamos um resultado relativamente bom ele sempre deixa a desejar.

Para considerarmos o resultado final na utilização das próteses totais, devemos levar em consideração a estabilidade e funcionabilidade das mesmas, como preconizam Hillerup¹⁶ (1979), Gregory⁸ (1982), Abreu et al.¹ (1984), Giglio & Laskin⁶ (1985), Beltrão & Marini⁵ (1986), Jennings²⁰ (1989), Passeri²⁹ (1990).

É importante quando da escolha do procedimento cirúrgico a ser realizado, observarmos a agressão cirúrgica ao paciente, pois muitas vezes a contra-indicação

de determinada técnica, ocorre em razão da idade, ou estado de saúde local e geral do paciente, como citado por Hopkins et al.¹⁸ (1980), Howe¹⁹ (1982), Perino & Howe³⁰ (1983), Matras²⁵ (1983), Montes e Tercero²⁷ (1986).

Com o intuito de se reduzir a contração tecidual nas vestibuloplastias, passou-se a utilização do enxerto de tecidos moles (pele e/ou mucosa), Hillerup^{13,14} (1980), (1982), Hopkins et al.¹⁸ (1980), Sanders & Starshak³⁶ (1980), Perino & Howe³⁰ (1983), Gregory et al.⁹ (1983), Samit & Kent³⁴ (1983), Smith & Peterson³⁸ (1983), Griffiths & Harvey¹¹ (1984), Pogrel³² (1985), Meador et al.²⁶ (1986).

Em razão das peculiaridades descritas como, dor e desconforto da área doadora, Smith & Peterson³⁸ (1983), necessidade de hospitalização, Perino & Howe³⁰ (1983), realização de cirurgia extra-bucal por cirurgia-plástica, Pogrel³² (1985), Perino & Howe³⁰ (1983), e Watson⁴⁰ (1987a) desaconselham a técnica do enxerto de pele em pacientes idosos e debilitados e que só deve ser utilizada quando não houver outro método mais adequado.

A perda da profundidade do sulco nas cirurgias com enxerto de pele, após doze meses é da ordem de 30%, Watson⁴² (1987c), e quando do emprego de enxerto de mucosa 32%, Meador et al.²⁶ (1986).

A técnica de transposição ou inversão de retalhos, é a que produz menores perdas no aprofundamento de sulco, sendo próxima de 20%, Hillerup¹⁶ (1979), porém

algumas vezes acarreta alterações no perfil dos pacientes, Hillerup¹⁶ (1979), Adawy et al.² (1983), e para ser empregada na mandíbula necessita de uma altura de rebordo alveolar mínima de quinze milímetros, Passeri²⁹ (1990).

Com relação as vestibuloplastias submucosas, uma das técnicas de eleição deste trabalho, acreditamos ser a mais indicada, quando preencher os requisitos preconizados por Wessberg et al.⁴³ (1980), Gregory⁸ (1982), Matras²⁵ (1983), pois a mesma não apresenta área cruenta, e os resultados da manutenção da profundidade do sulco, após doze meses é próxima das outras técnicas de sulcoplastias.

A perda média da profundidade do novo sulco, encontrada em nosso trabalho foi de 48,3%, avaliada através de tomadas radiográficas cefalométricas em norma lateral, por se tratar da região anterior da mandíbula conforme citado por Watson⁴² (1987c).

Nos pacientes de maior altura de rebordo alveolar residual, conseguiu-se maior aprofundamento do sulco, o que vem somar ao relatado por Watson⁴² (1987c), Jennings²⁰ (1989), e que o uso de guias cirúrgicos ou gotteiras, para a manutenção do reposicionamento do sulco mandibular deve ser utilizado, Grgurevic et al.¹⁰ (1988).

Ao analisarmos as vestibuloplastias por epitelização secundária, acreditamos ser mais indicada para pacientes com hiperplasias ou ulcerações no fórnix vestibular, ou quando a mucosa inserida for insuficiente, Hil-

lerup¹³ (1980).

Trata-se de procedimento cirúrgico onde criamos uma grande área cruenta, causando dor e desconforto aos pacientes, Hopkins et al.¹⁸ (1980), Kruger²¹ (1987), e apesar de alguns autores desaconselharem a utilização dessa técnica, Hillerup¹³ (1980), Matras²⁵ (1983), alto tem sido o número de cirurgias realizadas por este método, variando apenas alguns detalhes nos passos operatórios, Guernsey¹² (1984), Passeri²⁹ (1990).

Ao verificarmos a perda média da profundidade do sulco criado cirurgicamente, observamos em nosso trabalho que ao redor dos doze meses de pós-operatório ela é de 59,4%, sendo que Hillerup¹³ (1980) relatou uma perda média de 50%, podendo chegar à 75%.

Gregory⁸ (1982), relata que a perda da profundidade de sulco é próxima de 60%, e tem rejeitado a utilização dessas técnicas, em favor do emprego de enxerto de tecidos moles.

As técnicas por nós empregadas nas vestibuloplastias mandibulares, apresentaram complicações pós-operatórias do tipo: edema, hematoma, dificuldade nos movimentos mandibulares, dor (variando de discreta à severa), e alguns casos apresentaram parestesia do nervo mentoniano (temporária), sendo que estas complicações também foram observadas por Hopkins et al.¹⁸ (1980), Hillerup¹³ (1980), Samit & Popowich³⁵ (1982), Matras²⁵ (1983), Kruger²¹ (1987).

De uma forma geral, os resultados por nós observados, mostram que o edema e o hematoma, estão presentes na maioria dos casos, e que a dor foi relatada como mais severa nos casos de epitelização secundária.

Convém salientar que numa observação clínica, vários fatores podem influir nos resultados da pesquisa, quando da avaliação da funcionabilidade das próteses totais, Hillerup¹⁵ (1987), tais como: tempo para a confecção das referidas próteses, qualidade do trabalho protético, cuidados do paciente para com a área operada e a prótese.

Assim sendo, não levamos em consideração estas hipóteses, nem executamos estudos como os sugeridos por Watson⁴⁰ (1987a). Somente avaliamos com relação a informação prestada pelo paciente, em função da adaptação a prótese confeccionada após a cirurgia, onde o emprego da tuneilização submucosa apresenta maiores vantagens que a epitelização secundária.

7 CONCLUSÕES

Com base nos resultados obtidos podemos concluir que:

1 - Nenhuma das duas técnicas apresentou resultados estáveis o suficiente para sua indicação a não ser em casos extremos de instabilidade protética;

2 - A técnica de tunelização submucosa, apresenta resultados relativamente melhores que a epitelização secundária no que se refere a estabilidade;

3 - A sensibilidade dolorosa é maior quando do emprego da epitelização secundária.

B REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ABREU, E.M., DI HIPOLITO Jr, O., GANDRA, Y.R. Cirurgias com finalidade protética. Rev. Fac. Odont. S.Paulo, v.22 (1/2), p.57-66, 1984.
- 2 ADAWY, A.M., HJORTIN-HANSEN, E., HILLERUP, S. Postoperative changes of the soft tissue profile after mandibular vestibulolingual sulcoplasty with free skin grafting. J. Oral Maxillofac. Surg., v.41, p.111-5, 1983.
- 3 ARCHER, W.H. Oral and maxillofacial surgery. 5.ed. Philadelphia:Saunders, 1975, v.1, p.135.
- 4 BAILEY, P.H., BAYS, R.A. Evaluation of long-term sensory changes following mandibular augmentation procedures. J. Oral Maxillofac. Surg., v.42, p.722-7, 1984.
- 5 BELTRÃO, F., MARINI, E. Aprofundamento de sulco vestibular. Rev. Odonto Ciência, v.1, p.38-45, 1986.
- 6 GIGLIO, J.A., LASKIN, D.M. Current advances in oral and maxillofacial surgery. Quintessence. Int., v.16, p.59-70, 1985.

- 7 **GOODSELL, J.O.** Surgical aids to intraoral prosthesis. *J. Oral Surg.*, v.13, p.13-8, 1955.
- 8 **GREGORY, D.J.** Surgical procedures to prepare the mouth for prosthetic replacement. A review. *Aust. Dent. J.*, v.27, p.209-16, 1982.
- 9 **GREGORY, E.W., TRIPLETT, R.G., CONNOLE, P.W.** Comparison of fresh autogenous and freeze-dried allogenic skin for mandibular vestibuloplasty. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, v.41, p.111-5, 1983.
- 10 **ORGUREVIC, J., KNEZEVIC, G., KOBLER, P., KRMPOTIC, I.** An alternative method of fixation of alveolar ridge mucosa during the vestibuloplasty procedure. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.*, v.26, p.370-4, 1988.
- 11 **GRIFFITHS, G.G., HARVEY, P.M.** Preprosthetic improvement of the alveolar region by grafting with attached oral mucosa. *J. Prosthet. Dent.*, v.52, p.5-8, 1984.
- 12 **GUERNSEY, L.H.** Cirurgia pré-protética. In: **KRUGER, G.O.** Cirurgia bucal e maxilo-facial. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1984, p.79-108.

- 13 HILLERUP, S. Healing reactions of relapse in secondary epithelization vestibuloplasty on dog mandibles. Int. J. Oral Surg., v.9, p.116-27, 1980.
- 14 HILLERUP, S. Preprosthetic mandibular vestibuloplasty with buccal mucosal graft. Int. J. Oral Surg., v.11, p.81-8, 1982.
- 15 HILLERUP, S. Preprosthetic mandibular vestibuloplasty with split-skin graft. Int. J. Oral Maxillofac. Surg., v.16, p.270-8, 1987.
- 16 HILLERUP, S. Profile changes of bone and soft tissues following vestibular sulcus extension by the operation of Edlan and Mejchar. Int. J. Oral Surg., v.8, p.340-46, 1979.
- 17 HJORTING-HANSEN, E., ADAWY, A.M., HILLERUP, S. Mandibular vestibulolingual sulcoplasty with free skin graft. J. Oral Maxillofac. Surg., v.41, p.173-6, 1983.
- 18 HOPKINS, R., STAFFORD, G.D., GREGORY, M.C. Pre-prosthetic surgery of the edentulous mandible. Br. Dent. J., v.148, p.193-8, 1980.

- 19 HOWE, G.L. Recent trends in pre-prosthetic surgery. Br. Dent. J., v.153, p.25-6, 1982.
- 20 JENNINGS, D.E. Treatment of the mandibular compromised ridge: A literature review J. Prosthet. Dent., v.61, p.575-9, 1989.
- 21 KRUGER, E. La cirurgia preprotetica. In:____. Técnica quirurgica para odontólogos. São Paulo: Quintessence, 1987. p.255-70.
- 22 KRUGER, G.O. Textbook of oral and maxillofacial surgery. 5. ed. Saint Louis: Mosby, 1979, p.107.
- 23 LANDESMAN, H.M., DAVIS, W.H., MARTINOFF, S., KAMJNISHI, R. Resorption of the edentulous mandible after a vestibuloplasty with skin grafting. J. Prosthet. Dent., v.49, p.619-22, 1983.
- 24 LASKIN, D.M. State of the art of alveolar ridge augmentation. Compend. Contin. Educ. Dent., Suppl 2, p.46-8, 1982.
- 25 MATRAS, H. A review of surgical procedures designed to increase the functional height of the resorbed alveolar ridge. Int. dent. J., v.33, p.322-8,1983.

- 26 MEADOR, L.R., ASCH, D., LASKIN, D.M.
Prosthodontist's preferences in preprosthetic surgery. J. Oral Maxillofac. Surg., v.44, p.779-80, 1986.
- 27 MONTES, A.O., TERCERO, J.A.R. Profundizacion vestibular posteroinferior por tecnica de giro del carillo. ADM, v.43, p.180-4, 1986.
- 28 MORONI, P. Reabilitação e prótese bucofacial. São Paulo: Panamed, 1982, p.265-85.
- 29 PASSERI, L.A. Reparo tecidual após vestibuloplastias por transposição de retalhos e por enxertia de mucosa. Estudo histológico em cães. Araçatuba, 1990. 88 p. Tese (Doutorado em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial) - Faculdade de Odontologia do "Campus" de Araçatuba - UNESP.
- 30 PERINO, K.E., HOWE, A.G. Mandibular vestibuloplasty with fullthickness skin graft of the prepuce. J. Oral Maxillofac. Surg., v.41, p.664-6, 1983.
- 31 PETERSON, L.J. Augmentation of the mandibular residual ridge by a modified visor osteotomy. J. Oral Maxillofac. Surg., v.41, p.332-38, 1983.

- 32 **POGREL, M.A.** Intraoral dermis grafting: has it any advantages? *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v.60, p.598-603, 1985.
- 33 **ROSNER, T.M., KENNETH, S., DOKU, H.C.** Autogenous dermal grafting vestibuloplasty in dogs. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, v.40, p.9-12, 1982.
- 34 **SAMIT, A., KENT, K.** Complications associated with skin graft vestibuloplasty. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, v.56, p.586-92, 1983.
- 35 **SAMIT, A., POPOWICH, L.** Mandibular vestibuloplasty: a clinical update. *Oral Surg.*, v.54, p.141-7, 1982.
- 36 **SANDERS, B., STARSHAK, T.J.** Vestibuloplasty. In: **STARSHAK, T.J., SANDERS, B.** Preprosthetic oral and maxillofacial surgery. Saint Louis: Mosby, 1980. p.165-213.
- 37 **SIDNEY, L.M.** Introductory statistics for dentistry and medicine. Reston. Reston: Virginia, 1981. p.265-9.
- 38 **SMITH, D.S., PETERSON, L.J.** Treatment of skin graft donor sites with semipermeable polyurethane

- dressing. J. Oral Maxillofac. Surg., v.41, p.61-5, 1983.
- 39 Van WAAS, M.A.J. Ridge resorption in denture wearers after vestibuloplasty and lowering of the floor of the mouth, measured on panoramic radiographs. Dentomaxillofac. Radiol., v.12, p.115-21, 1983.
- 40 WATSON, C.J. Masticatory performance before and after mandibular vestibuloplasty. Br. Dent. J., v.162, p.417-22, 1987a.
- 41 WATSON, C.J. Pressure changes at the denture base-mucosal surface interface resulting from mandibular vestibuloplasties. Br. Dent. J., v.163, p.11-8, 1987b.
- 42 WATSON, C.J. A radiographic analysis of a mandibular anterior vestibuloplasty with free skin graft. J. Prosthet. Dent., v.58, p.374-9, 1987c.
- 43 WESSBERG, G.A., SCHENDEL, S.A., EPKER, B.N. Modified maxillary submucosal vestibuloplasty. Int. J. Oral Surg., v.9, p.74-8, 1980.

APÊNDICES



Figura 1

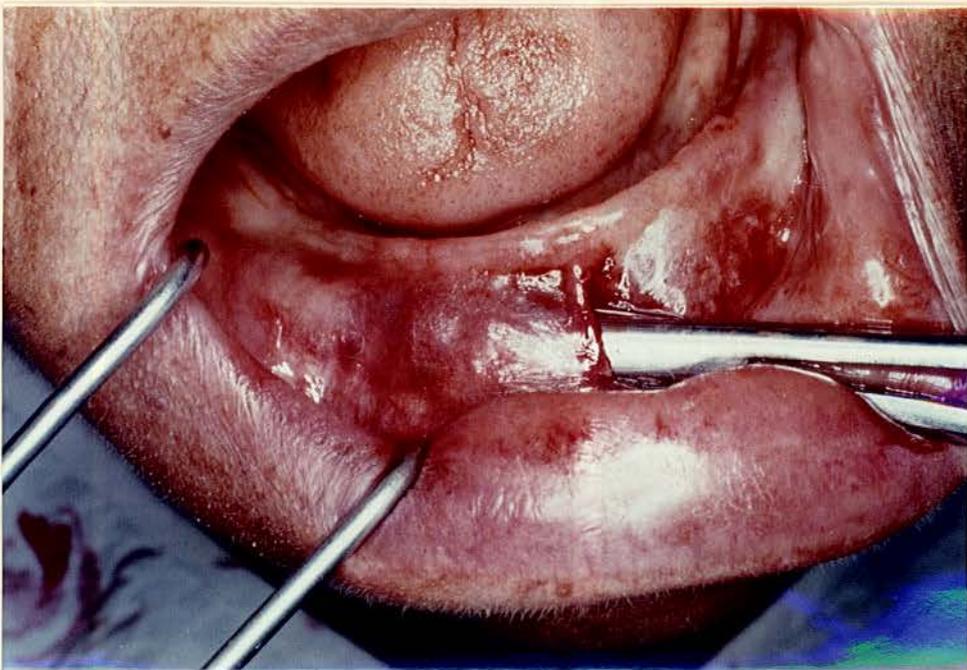


Figura 2

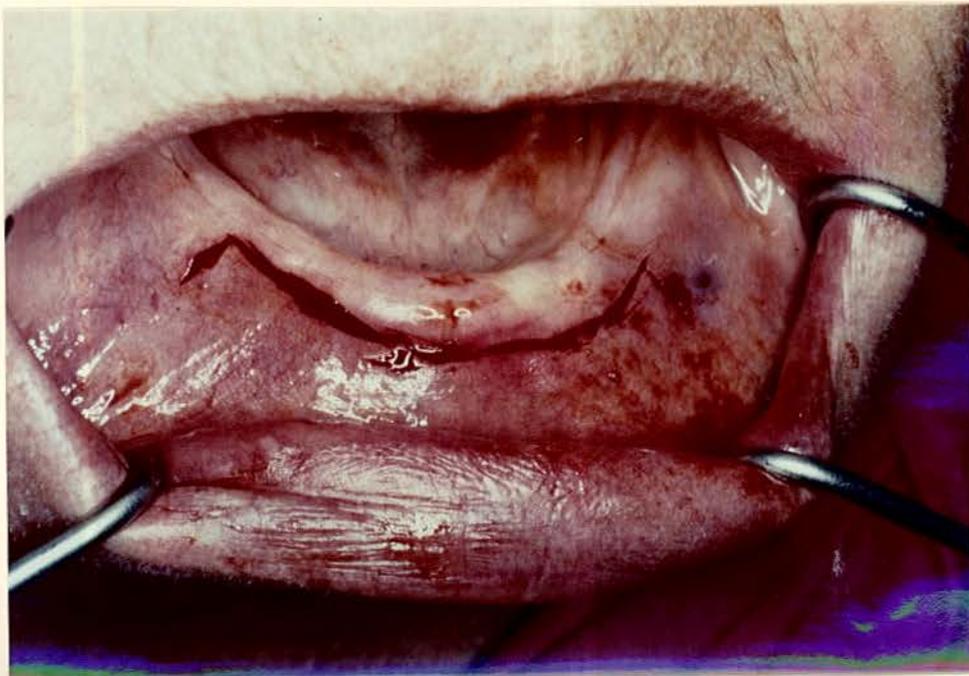


Figura 3

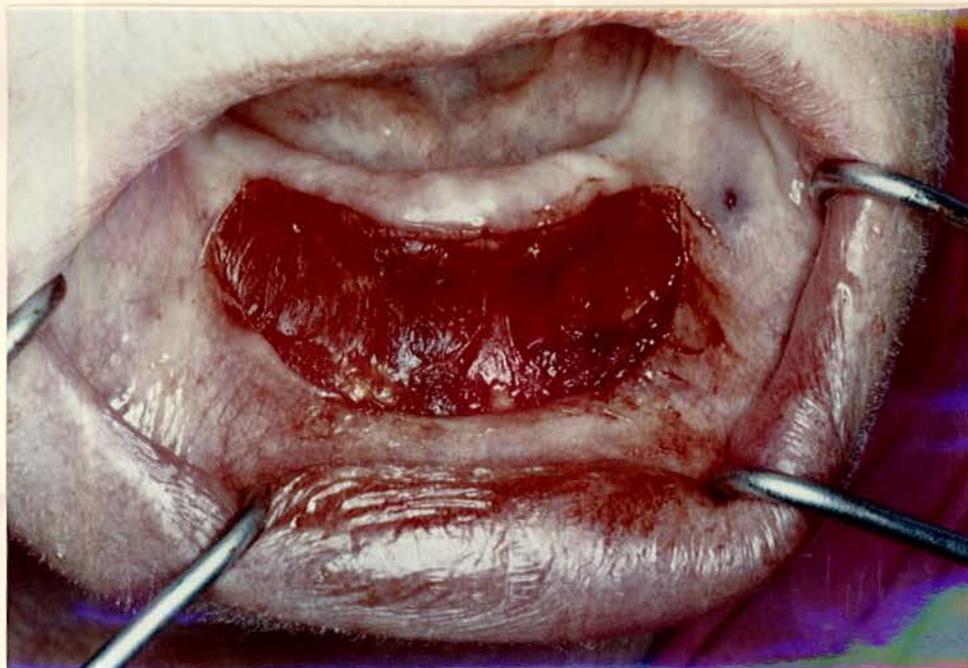


Figura 4

Grupo A - Paciente TS1

Nome: L.M.P.A.

Data de nascimento: 19 de janeiro de 1946

Controle radiográfico: Pré-op. Pós-op.(14d.) 12 meses

Distância P.R.-B.M. : 17mm 14,5mm 16mm

Clínico: satisfatório

Complicações: edema, hematoma, dor discreta, dificuldade
nos movimentos mandibulares.

Grupo A - Paciente TS2

Nome: M.A.S.

Data de nascimento: 09 de fevereiro de 1933

Controle radiográfico: Pré-op. Pós-op.(14d.) 12 meses

Distância P.R.-B.M. : 23,5mm 14,5mm 18mm

Clínico: bom

Complicações: edema, hematoma, dor discreta.

Grupo A - Paciente T63

Nome: E.M.S.O.

Data de nascimento: 02 de fevereiro de 1950

Controle radiográfico: Pré-op. Pós-op.(14d.) 12 meses

Distância P.R.-B.M. : 12,5mm 10,5mm 11,5mm

Clínico: ruim

Complicações: edema, hematoma, dificuldade nos movimentos
mandibulares, parestesia do nervo mentonia-
no, dor severa, odor.

Grupo A - Paciente T64

Nome: M.S.S.

Data de nascimento: 05 de janeiro de 1927

Controle radiográfico: Pré-op. Pós-op.(14d.) 12 meses

Distância P.R.-B.M. : 13mm 11,5mm 12,5mm

Clínico: ruim

Complicações: edema, hematoma, dificuldade nos movimentos
mandibulares, dor severa, odor.

Grupo A - Paciente TS5

Nome: H.J.P.

Data de nascimento: 19 de maio de 1931

Controle radiográfico: Pré-op. Pós-op.(14d.) 12 meses

Distância P.R.-B.M. : 19mm 11mm 15mm

Clínico: bom

Complicações: edema, hematoma, dor discreta, odor.

Grupo A - Paciente TS6

Nome: L.M.

Data de nascimento: 06 de setembro de 1926

Controle radiográfico: Pré-op. Pós-op.(14d.) 12 meses

Distância P.R.-B.M. : 22,5mm 16,5mm 19mm

Clínico: satisfatório

Complicações: edema, dor discreta, parestesia do mento-
niano, dificuldade dos movimentos mandibu-
lares, odor.

Grupo A - Paciente TS7

Nome: T.G.G.

Data de nascimento: 12 de julho de 1939

Controle radiográfico: Pré-op. Pós-op.(14d.) 12 meses

Distância P.R.-B.M. : 23mm 19mm 21mm

Clínico: satisfatório

Complicações: edema, hematoma, dificuldade nos movimentos mandibulares, dor discreta, odor.

Grupo A - Paciente TS8

Nome: C.R.C.S.

Data de nascimento: 15 de setembro de 1944

Controle radiográfico: Pré-op. Pós-op.(14d.) 12 meses

Distância P.R.-B.M. : 23mm 20 mm 21mm

Clínico: satisfatório

Complicações: edema, dor discreta, dificuldade nos movimentos mandibulares.

Grupo A - Paciente T89

Nome: S.C.M.

Data de nascimento: 01 de fevereiro de 1939

Controle radiográfico: Pré-op. Pós-op.(14d.) 12 meses

Distância P.R.-B.M. : 23,5mm 20mm 21,5mm

Clínico: satisfatório

Complicações: edema, hematoma, dor discreta.

Grupo A - Paciente T810

Nome: I.M.C.

Data de nascimento: 18 de agosto de 1943

Controle radiográfico: Pré-op. Pós-op.(14d.) 12 meses

Distância P.R.-B.M. : 21mm 17mm 19mm

Clínico: satisfatório

Complicações: edema, dor severa, dificuldade nos movimentos mandibulares, parestesia do nervo mentoniano, odor.

Grupo B - Paciente ES1

Nome: A.L.

Data de nascimento: 20 de dezembro de 1917

Controle radiográfico: Pré-op. Pós-op.(14d.) 12 meses

Distância P.R.-B.M. : 20mm 17mm 19mm

Clínico: ruim

Complicações: edema, hematoma, dor severa, odor.

Grupo B - Paciente ES2

Nome: G.D.

Data de nascimento: 21 de setembro de 1930

Controle radiográfico: Pré-op. Pós-op.(14d.) 12 meses

Distância P.R.-B.M. : 22mm 18mm 20mm

Clínico: satisfatório

Complicações: edema, hematoma, dor severa, dificuldade
dos movimentos mandibulares, odor.

Grupo B - Paciente E83

Nome: T.C.

Data de nascimento: 07 de janeiro de 1921

Controle radiográfico: Pré-op. Pós-op.(14d.) 12 meses

Distância P.R.-B.M. : 23mm 20mm 22mm

Clínico: ruim

Complicações: edema, hematoma, dor severa, dificuldade
nos movimentos mandibulares, odor.

Grupo B - Paciente E84

Nome: M.A.S.

Data de nascimento: 28 de outubro de 1959

Controle radiográfico: Pré-op. Pós-op.(14d.) 12 meses

Distância P.R.-B.M. : 15mm 12mm 14mm

Clínico: ruim

Complicações: edema, dor severa, dificuldade nos movimen-
tos mandibulares, odor.

Grupo B - Paciente ES5

Nome: S.S.

Data de nascimento: 11 de fevereiro de 1934

Controle radiográfico: Pré-op. Pós-op.(14d.) 12 meses

Distância P.R.-B.M. : 19mm 15mm 17mm

Clínico: satisfatório

Complicações: edema, hematoma, dor discreta, odor.

Grupo B - Paciente ES6

Nome: V.V.P.

Data de nascimento: 30 de outubro de 1927

Controle radiográfico: Pré-op. Pós-op.(14d.) 12 meses

Distância P.R.-B.M. : 17mm 14mm 16mm

Clínico: satisfatório

Complicações: edema, hematoma, dor severa, dificuldade
nos movimentos mandibulares, odor.

Grupo B - Paciente E87

Nome: M.N.P.

Data de nascimento: 19 de novembro de 1942

Controle radiográfico: Pré-op. Pós-op.(14d.) 12 meses

Distância P.R.-B.M. : 18mm 14mm 16mm

Clínico: satisfatório

Complicações: edema, hematoma, dor severa, dificuldade
nos movimentos mandibulares.

Grupo B - Paciente E88

Nome: H.S.P.N.

Data de nascimento: 16 de junho de 1934

Controle radiográfico: Pré-op. Pós-op.(14d.) 12 meses

Distância P.R.-B.M. : 23mm 17mm 21mm

Clínico: satisfatório

Complicações: edema, hematoma, dor severa, dificuldade
nos movimentos mandibulares, odor.

Grupo B - Paciente ES9

Nome: R.A.R.

Data de nascimento: 23 de agosto de 1946

Controle radiográfico: Pré-op. Pós-op.(14d.) 12 meses

Distância P.R.-B.M. : 25mm 17mm 21mm

Clínico: bom

Complicações: edema, dor severa, odor.

Grupo B - Paciente ES10

Nome: R.B.L.

Data de nascimento: 21 de junho de 1949

Controle radiográfico: Pré-op. Pós-op.(14d.) 12 meses

Distância P.R.-B.M. : 20,5mm 15mm 18mm

Clínico: satisfatório

Complicações: edema, hematoma, dor discreta, dificuldade
nos movimentos mandibulares.

RESUMO

MARQUES, Eduvaldo Silvino de Brito. Estudo clínico comparativo da manutenção do aprofundamento de sulco nas vestibuloplastias mandibulares, através das técnicas de tuneilização submucosa e epitelização secundária. São José dos Campos, 1993. 67 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Câmpus de São José dos Campos, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

Inúmeras tem sido as tentativas dos mais variados cirurgiões bucais, em realizar técnicas cirúrgicas com o intuito de melhorar os rebordos alveolares para a colocação de próteses totais.

Basicamente as técnicas empregadas para esta finalidade estão divididas em quatro grupos, que são: tuneilização submucosa; epitelização secundária; enxerto de tecidos moles e transposição de retalhos.

Os pacientes foram selecionados na clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos em número de vinte, dentre aqueles que necessitavam de próteses totais e que tinham dificuldades na utilização das mesmas no que se refere a estabilidade e retenção.

Foram divididos em dois grupos, e submetidos

respectivamente as técnicas cirúrgicas de tuneilização submucosa com uso de goteiras, e epitelização secundária através da técnica de Clark, e, avaliados no que concerne a estabilidade após doze meses.

Os resultados foram obtidos através de exames clínicos e radiográficos antes e após a realização das cirurgias, sendo que de um modo geral, são próximos aos relatados na literatura, atingindo-se critérios satisfatórios de funcionabilidade.

Palavras-chave: vestibuloplastia; cirurgia bucal pré-protética.

ABSTRACT

MARQUES, Eduvaldo Silvino de Brito. Clinical comparative study of the management of sulcus depth, through submucosal and secondary epithelization in mandibular vestibuloplasty. São José dos Campos, 1993. 67 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Campus de São José dos Campos, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

For some time, oral surgeons have tried several surgical procedures to improve the alveolar ridge for prosthetic appliance construction.

The techniques used for this purpose are divided into four groups: submucosal vestibuloplasty; secondary epithelization; soft tissue grafting and transpositional flaps.

Twenty patients who had problems to wear dentures due to unsatisfactory retention and stability were selected at the Oral and MaxilloFacial Surgery and Traumatology Clinic of Dental School of São José dos Campos.

They were divided in two groups and operated by submucosal vestibuloplasty using stents and secondary epithelization vestibuloplasty by Clark's technique and were evaluated twelve months after operations in



relationship of the sulcus depth.

The results were obtained by clinical and radiological examination before and after surgery, and they are similar to those found in the literature reaching satisfactory functional judgement.

Keywords: vestibuloplasty; preprosthetic oral surgery.

Autorizo a reprodução deste trabalho.

São José dos Campos, 17 de junho de 1993.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'E. Brito Marques'. The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke extending to the right.

C.D. EDUARDO SILVINO DE BRITO MARQUES