

# RECONSTRUÇÃO DA PAPILA INTERDENTAL

## RECONSTRUCTION OF PAPILLA INTERDENTAL

ENÉIAS DA SILVA<sup>1\*</sup>, JOSÉ CARLOS PONCETTI<sup>2</sup>

1. Aluno do curso de graduação de Odontologia da Uningá - Centro Universitário Ingá; 2. Especialista e Mestre em Periodontia e Especialista em Implantodontia, Cirurgião Dentista, Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação da Uningá - Centro Universitário Ingá. Docente de Pós-Graduação de Implantodontia da Universidade Privada de Leste, Presidente Franco, Paraguai.

\* Rua: Osvaldo Cruz, Zona 7, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87020-200. [eneias.silva@hotmail.com](mailto:eneias.silva@hotmail.com)

Recebido em 02/09/2016. Aceito para publicação em 11/12/2016

### RESUMO

Com base nos dados obtidos após a crise energética de 2001, observa-se que o Brasil tem a necessidade de ampliar e desenvolver novas fontes de energia, preferencialmente, fontes renováveis e limpas, nesse contexto este artigo tem como objetivo geral analisar como a energia fotovoltaica pode contribuir com a geração de energia elétrica e com a redução nos custos mensais de consumo doméstico e ainda apresentar ao leitor um modelo que proporcionará ao mesmo gerar sua própria energia elétrica utilizando materiais de baixo custo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Reconstrução papilar, papila interdental, técnicas de reconstrução da papila.

### ABSTRACT

The search for aesthetic has increased in large proportions, which have changed the profile of patients seeking periodontal treatment. With this, the number of patients seeking aesthetic solutions for defects such as gingival enlargement, thinness rim, gingival recession and lack of papilla has been increasing. Among these defects there is the loss of interdental papillae that may cause functional, phonetic and aesthetic problems getting a space known as the Black Space simulating decay, and mainly because of its surgical reconstruction is presented as one of the biggest challenges in clinical periodontal. The aim of this paper is to discuss through a survey of reconstruction literature interdental papillae.

**KEYWORDS:** Papillary reconstruction, interdental papilla, technical reconstruction of the papilla.

## 1. INTRODUÇÃO

Os tecidos gengivais interproximais são chamados de papilas gengivais ou papila gengival interproximal e são considerados parte da gengiva livre.

Após a completa erupção dentária, a margem gengival livre fica localizada na superfície do esmalte cerca de 0,5 a 2mm coronariamente a junção cimento esmalte formando a papila gengival ou interproximal. A forma da

gengiva interproximal ou papila interdental é determinada pelas relações de contato entre os dentes pela largura da superfície proximal deste e pelo contato da junção cimento esmalte. Nas regiões anteriores a papila interdental tem a forma piramidal enquanto nas regiões de molares, as papilas são levemente achatadas no sentido vestibulo lingual (LINDHE,1999).

Devido a presença das papilas interdental, a margem gengival segue um curso festonado mais ou menos acentuado, de lado a lado da dentição. Na região de pré-molares e molares os dentes possuem superfície de contatos proximais em lugar de pontos de contato. Como a papila interdental tem sua forma em conformidade com o perfil das superfícies interdental de contato uma concavidade Col e formada nas regiões de pré-molares e molares. Deste modo, as papilas interdental nestas áreas em geral possuem uma porção vestibular e uma porção lingual ou palatina separada pela região do Col (LINDHE,1999).

Este ultimo é uma depressão, semelhante a um vale, que liga as papilas e se adapta á forma da área do contato interproximal. Quando os dentes não estão em contato, o Col está muitas vezes ausente, em alguns indivíduos, raramente quando os dentes estão em contato, ele também pode estar ausente. Na ausência do contato dentário proximal, na maioria das vezes a gengiva está firmemente inserida no osso interdental e forma uma superfície arredondada lisa sem papila interdental.

Em condições normais a papila tanto anterior quanto posterior deve ocupar totalmente o chamado espaço interproximal, que corresponde as ameias, ou seja, aquele espaço limitado pela área de contato dos dentes e a crista óssea interdental (LINDHE,1999). Tanto com o resultado de tratamento da doença periodontal quanto consequência da recessão da gengiva pode alterar a normalidade da papila, abrindo, com isto, um espaço conhecido como buraco negro, simulando cárie interproximal causando desagradável aparência estética do sorriso, além de outras queixas por parte do paciente, em especial o afluxo de saliva.

A perda das papilas interdental pode causar, além do

defeito estético, um defeito funcional e fonético, devido à passagem do ar pela abertura entre o ponto de contato de dentes adjacentes e a gengiva. O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão bibliográfica sobre a reconstrução da papila interdental, utilizando como fonte artigos científicos.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Para que fosse possível desenvolver esta pesquisa, foram buscados artigos na base de dados selecionada Pubmed e Google Acadêmico, pertinentes ao assunto aqui tratado que possibilitassem responder ao problema de pesquisa levantado para este artigo, bem como alcançar os objetivos traçados. Os critérios de inclusão dos artigos definidos foram: ser artigo de pesquisa completo, estar disponível eletronicamente, estar publicado no idioma português ou inglês.

## 3. DESENVOLVIMENTO

A papila interdental classifica-se como tecido gengival não queratinizado ou paraqueratinizado. Em sua região anterior possui formato piramidal e na região posterior, a papila é ampla.

A recessão da papila interdental tem etiologia multifatorial, estando ou não associada às doenças periodontais. Considera-se a reconstrução dessa estrutura um dos maiores desafios da periodontia estética em virtude do suprimento limitados de vasos sanguíneos (KOVALIK *et al.*, 2011).

A papila interdentária foi descrita pela primeira vez por Cohen (1959 apud ALMEIDA, 2015) como um tecido gengival, localizado coronalmente à crista óssea, preenchendo o espaço entre dois dentes adjacentes.

Tarnow *et al.* (1992), apresentaram uma análise da relação: presença de papila, altura da crista e área ou ponto de contato para esta análise selecionaram 288 espaços em 30 pacientes.

Todos os 288 espaços tinham pontos de contato fechados, destes espaços selecionados, 99 eram papilas interproximais de dentes anteriores, 99 papilas interproximais de pré-molares, e 90 eram papilas interproximais de molares todos estes pacientes foram submetidos a raspagem e alisamento radicular para diminuição de algum edema, em todos os espaços foi usado uma sonda periodontal de Willians para mensurar. E após estes procedimentos foram analisados estes espaços e observou que se a distancia entre a crista óssea e o ponto de contato for de 5mm ou menos a papila interdental esta presente totalmente ou quase que totalmente (100%) no espaço interdental, se esta distância for de 6mm a papila está presente 56% no espaço interdental, quando apresentar esta distância de 7mm, a papila esta presente 27% ou menos do espaço interdental, como mostra a figura 1.

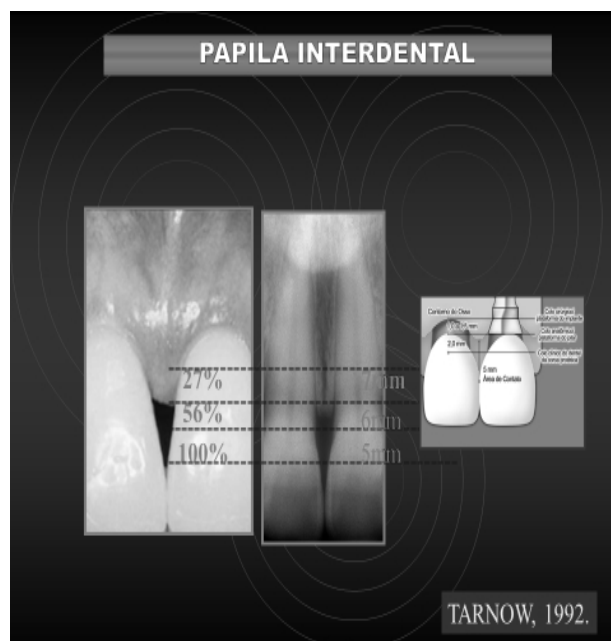


Figura 1. Papila interdental. Fonte: Tarnow *et al.* (1992)

Observando uma grande demanda por parte dos pacientes com o fator estético e na preocupação e dificuldades encontradas pelos periodontistas em reconstruir esta papila perdida, Nordland e Tarnow (1998), classificaram a papila com a finalidade de facilitar para o profissional da área na escolha da técnica mais indicada para o caso. Estes autores classificaram a papila interdental em: **Normal-** a papila preenche todo o espaço interproximal apical ao ponto de contato interdentário, **Classe I-** o ápice da papila situa-se entre o ponto de contato e a junção amelocementária na região interproximal, **Classe II-** o ápice da papila situa-se apical a junção cimento esmalte interproximal e coronário a junção cimento esmalte das faces livres, e **Classe III-** o ápice da papila situa-se apicalmente a junção cimento esmalte das faces livres.

### Vantagens e desvantagens da reconstrução da papila interdental

**Vantagens:** o interesse principal para o procedimento de reconstrução da papila interdental é devolver para o paciente a estética, perdida pela recessão da papila gengival interdental. Automaticamente, reconstruída a papila, melhora-se a fonética deste paciente, que foi comprometida com a presença do blackspace (resultado da perda desta papila). Constitui-se, ainda, numa vantagem comum para os procedimentos de reconstrução da papila a diminuição da impacção alimentar provocada pela presença do buraco negro, diminuição da sensibilidade, quando apresentar e, a devolução da topografia do tecido gengival, a fim de facilitar o controle de biofilme e di-

minuição do fluxo salivar.

**Desvantagens:** devido aos traumas provocados pelo procedimento cirúrgico, apresenta como desvantagem máximo cuidado pós-operatório, podendo apresentar um pouco de dor, desconforto no ato de mastigar, podendo ainda, em alguns casos, ocorrer hemorragia moderada, tanto no sítio doador quanto no receptor. Pode se detectar como outra desvantagem a dificuldade da execução da técnica, por tratar-se de procedimento delicado, que requer habilidade e atenção de profissional, sendo que a mesma, apresenta ainda, elevado grau de insucesso na sua realização devido a pouca irrigação sanguínea existente no local a ser tratado.

### **Técnicas de Reconstrução da Papila Interdental**

Na história, adquirir gengiva inserida bem como recobrir recessões e aprofundamento de vestibulos, os periodontistas tem mostrado conhecimento e habilidade para resolver, e preocupado com a constante cobrança dos pacientes atuais com relação a estética, começaram a reconstruir papila gengival cirurgicamente.

Miller em 1985, relatou que a causa de insucessos da maioria deste procedimento cirúrgico é a falta de suprimento sanguíneo (MILLER, 1985).

Para casos onde houve destruição da papila interdental pela gengivite ulcerativa necrosante aguda. Shapiro (1985), descreveu uma técnica de curetagem gengival para estimular o crescimento desta papila interdental. Já, Tarnow (1986) relatou uma técnica para cobrir raiz desnuda usando uma incisão semilunar com enxerto conjuntivo, e enfatizou que com esta técnica o índice de sucesso para cirurgias plásticas são bem maiores, pois o suprimento sanguíneo é o suficiente para sua regeneração. A partir desta publicação muitas outras vieram usando princípios similares para reconstrução cirúrgica de papila.

### **Reconstrução protética de David Williams**

É interessante lembrar da importância de se avaliar a real possibilidade periodontal de soluções cirúrgicas estéticas. Há situações em que a busca da estética está totalmente limitada do ponto de vista cirúrgico. Resta-nos, então a, sugerir ao paciente a alternativa protética. Revisando fontes autênticas, deparamos com um procedimento para resolver defeitos da papila gengival e de rebordo onde não houve sucesso da cirurgia ou em locais onde não existe indicação de cirurgia, Williams (1977), preocupado em resolver problemas estéticos em seus pacientes publicou uma técnica para conseguir papila interdental artificial através de prótese dental. O importante é que sejamos ponderados na busca de soluções para melhorar o sorriso de nossos pacientes, não tentando aleatoriamente soluções milagrosas, as quais poderão deixa-los mais frustrados.

### **Técnica de Reconstrução de Beagle**

Tentando encontrar solução para perda de papila Beagle (1992), publicou uma técnica cirúrgica para reconstrução da mesma, procurou combinar os princípios básicos da técnica de rolamento de Abrams para o aumento de crista e a técnica de preservação da papila de Evian e Cols. Após o paciente ter passado pela fase I do tratamento periodontal, onde o mesmo passou por um rigoroso controle mecânico de bactérias, então é marcado a cirurgia, onde Beagle indica o uso de anestésico lidocaína a 2% com epinefrina 1:50000.

Inicialmente são feitas duas incisões paralelas de espessura parcial na gengiva palatal, estendendo o comprimento das duas incisões até a gengiva marginal ou livre alcançando a região de ângulo do dente usando lamina 15c, sem rompimento de papila. Em seguida é feito uma incisão perpendicular na porção mais apical das duas paralelas unindo-as, eleva-se um retalho de espessura parcial no palato com um bisturi de Orban até encontrar com a gengiva inserida da vestibular, de tal maneira que fica tecido conjuntivo do palato em contato direto com o tecido conjuntivo da área vestibular, desta maneira o retalho é encontrado e suturado, dando estabilidade para o mesmo. É usado para sutura fio de seda 6.0 e uma agulha p-3. As suturas são removidas após 10 dias e deve instruir o paciente para os cuidados a serem tomados, preconiza-se usar cotonete no local para controle de bactéria durante 4 semanas. Beagle tem o controle de seus pacientes 3,6,12 e 18 meses após a cirurgia.

### **Técnica utilizada por Han & Takei**

Usando incisão semilunar Han & Takei (1996), publicaram uma técnica cirúrgica para reconstrução de papila interdental. Esta técnica consiste de uma incisão semilunar feita sempre de distal para mesial de 6 a 10mm da gengiva marginal ou livre esta incisão pode estender dentro da mucosa alveolar. Em seguida é feito incisão intrasulcular mesial e distal até metade dos dois dentes adjacentes e deixar livre o tecido conjuntivo da superfície radicular. Tem que existir completa comunicação do sulco gengival com a abertura da incisão semilunar, abrindo com isto passagem para o tecido epitelial que será enxertado. É de fundamental importância o não rompimento da papila interdental, pois do contrario perderíamos irrigação sanguínea, com isto, a maior possibilidade de insucesso. Para esta incisão semilunar usualmente são utilizadas laminas 12c.

Próximo passo é remover o tecido sub epitelial do palato, atualmente recomenda-se incisão linear, pois a recuperação é mais rápida e com um pós-operatório mais confortável para o paciente. O tecido sub epitelial removido é semelhante ao tamanho do espaço aberto, após, a sutura no palato o tecido é então preparado para ser enxertado. É então colocado dentro desta bolsa sendo empurrado para incisal preenchendo o espaço morto, e são

realizadas suturas na incisão semilunar.

### **Enxerto Onlay de Seibert**

Rosemberg em 1996 na 2ª edição citou em seu livro uma técnica de aumento de rebordo e reconstrução de papila usando enxertos onlay com espessura total, técnica introduzido por Seibert. Foi também através de Seibert que obtivemos a classificação de rebordo quanto sua perda: quando há uma perda de rebordo no sentido vestibulo lingual com altura da crista normal Seibert denominou **Classe I**; se esta perda for no sentido apico coronário foi denominado de **Classe II**; ocorrendo perda em altura e em espessura é denominado **Classe III**.

Seibert (1983) descreve a reconstrução da deformidade da crista usando enxertos com espessura total, obtidos da tuberosidade maxilar ou do palato.

Os enxertos são suturados sobre a deformidade do rebordo, que é preparado de tal modo que sacrifica pouco tecido conjuntivo supracristal na área receptora.

Com o uso de uma lâmina de bisturi direcionada paralelamente à superfície da crista edêntula deformada, o clínico remove o epitélio e quantidades mínimas de tecido conjuntivo sub epitelial. Uma série de incisões paralelas são feitas com a lâmina de bisturi dentro da própria área da crista, numa tentativa de estimular os vasos sanguíneos maiores para enviar capilares dentro do enxerto mais rápido, que se somente uma ferida superficial fosse feita. As incisões paralelas são mais profundas dentro do defeito somente sobre áreas suportadas por osso.

O enxerto onlay com espessura total é então suturado em posição contra a crista desdentada preparada e os pânticos do provisório contra o enxerto.

Seibert tem relatado que enxerto onlay de espessura total com sucesso, mostra pequena contração medida e pareciam estar estáveis dimensionalmente após 3 meses. A maior quantidade de contração aparece dentro de 6 semanas após procedimento cirúrgico.

Defeitos amplos podem necessitar de procedimentos de aumento adicional para reconstruir a forma estética e função desejada. Procedimentos múltiplos são frequentemente necessários para obter o resultado mais desejável para reconstrução.

### **Técnica de Azzi Removendo Tecido da Área Retro Molar**

Levantando um retalho vestibular palatino e com tecido conjuntivo da área retro molar foi relatado por Azzi *et al.* (1999), uma técnica de reconstrução cirúrgica de papila. Depois do paciente passar por um procedimento básico, antes da cirurgia o paciente é instruído a bochechar por 30 segundos com solução de gluconato de clorexidina a 0,12%. Depois disso, anestesia-se a região, é feita uma incisão intrasulcular ao redor da cervical dos incisivos centrais. Faz-se outra incisão por vestibular,

cruzando a papila interdental a ser reconstruída no nível da junção amelocementária, deixando a papila existente fixada a papila palatina. Então eleva-se um retalho de espessura parcial tipo envelope vestibular e palatina. A porção vestibular do retalho é dissecada bem abaixo da linha mucogengival, deixando o perioste e uma fina camada de tecido conjuntivo no osso. Deve-se tomar cuidado para não perfurar o retalho e evitar comprometer o suprimento sanguíneo. A porção palatina do retalho, também de espessura parcial, inclui a papila interdental. Um segundo local cirúrgico é criado para obter um enxerto de tecido conjuntivo de tamanho e forma adequados para a colocação sob os retalhos no leito recipiente.

O local doador preferido para o enxerto é a área de tuberosidade retro molar, embora possam ser usados outros locais. A técnica de coletar tecido da área de tuberosidade é como segue.

Faz-se uma incisão distal ampla em forma de crista, combinada com o afinamento do retalho no aspecto palatino. As duas incisões paralelas começam no aspecto distal do molar terminal e estendem-se até a junção mucogengival distal à tuberosidade. A distancia entre as incisões depende da profundidade da bolsa e da quantidade de tecido fibroso na área. A terceira incisão é executada na extremidade distal das duas incisões paralelas.

Esta incisão é feita de modo retilíneo nos primeiros milímetros e se continuam apicalmente como uma incisão de bisel inverso em direção ao osso. O retalho, então, é refletido e o tecido subjacente é removido do osso. O tecido obtido tem uma forma trapezoidal correspondente à crista distal, com uma extensão correspondente as incisões feitas no aspecto palatino.

É preferível obter esta amostra inteira em uma peça para posteriormente recortá-la até o tamanho e a forma desejado. Imediatamente após a remoção do tecido da crista distal, a área é suturada. A cicatrização geralmente é de primeira intenção.

O tecido conjuntivo coletado da tuberosidade é recortado para adaptar-se sob os retalhos e providenciar mais volume na região papilar. O enxerto tecidual é então colocado sob o retalho vestibular na área papilar. Os retalhos vestibular e palatino são unidos e suturados, com o enxerto de tecido conjuntivo embaixo. A borda epitelial do enxerto não é removida, é deixada em posição para cobrir o segmento de tecido conjuntivo exposto. A área é coberta com cimento cirúrgico.

O paciente é instruído a bochechar duas vezes por dia com gluconato de clorexidina 0,12%, parar de fumar por pelo menos 2 a 3 semanas e evitar trocar o cimento cirúrgico durante a higiene bucal. Pode-se administrar antibióticos (amoxicilina, 500mg três vezes ao dia). O cimento e os pontos são removidos uma semana depois da cirurgia. A área tem aparência avermelhada e irregular, mas em poucos dias lentamente adquire a forma e preenche a maior parte da área interproximal.

## Reconstrução de Papila Usando Osso e Tecido Conjuntivo

Não se discute a necessidade de preparar o paciente antes de qualquer procedimento cirúrgico, este preparo inclui: realizar uma boa terapia básica incluindo completo controle mecânico e químico do biofilme. Imediatamente antes do procedimento cirúrgico o paciente é instruído a bochechar por 30 segundos, solução de gluconato de clorexidina 0,12%. Em seguida é feito o bloqueio com anestesia adequada da região, e a técnica é realizada.

Raízes expostas são raspadas e alisadas sob abundante irrigação com soro fisiológico, para remover o crescimento bacteriano e reduzir a convexidade da raiz.

Nos lados vestibular e lingual, são realizadas incisões intrasulcular em volta dos dentes (com problema de recessão radicular e perda de papila), e nos dentes adjacentes retendo o máximo de gengiva possível usando de preferência a lamina 15c. Uma incisão começando da junção mucogengival, se estendendo para dentro da mucosa alveolar subindo para incisal até a entrada da dobra labial, formando meia lua, é feita para elevar uma aba de membrana espessa. Uma outra incisão horizontal direcionada para o osso na porção superior da membrana, é feita para soltar a mesma, permitindo um melhor posicionamento da membrana, com o mínimo de tensão. Estas incisões curvam-se obliquamente para as laterais. Este tipo de desenho de incisão é para maximizar o suprimento de sangue para a membrana vindo de suas porções laterais.

A incisão intrasulcular inicial, permite a separação do tecido conectado na superfície da raiz. A papila tem que se manter intacta para não perder irrigação sanguínea. A unidade gengivo-papilar é deslocada inteiramente, sem que haja qualquer lesão. A membrana mucogengival é elevada precisamente e presa com uma sutura colchoeiro horizontal, firmada ao ponto de contato interdental dos dentes, com isso expõem-se o osso interdental. Vários furos são feitos para dentro do osso cortical para alcançar uma superfície sangrante, isto resume-se em um crescimento interno de células criando um ambiente mais suscetível a integração. Em seguida faz-se a remoção de enxertos ósseos do maxilar podendo usar brocas ou cinzéis. O enxerto é remodelado para formar uma sela que se encaixará no topo interdental. O local recipiente é perfurado na porção central com uma pequena broca piloto de 1mm para permitir a fixação estável do enxerto de osso com um parafuso de titânio. Este enxerto é maior que o tamanho normal, para permitir absorção durante a cura.

O enxerto de osso é posicionado no local com a porção anulante em contato com o osso receptor com sua camada cortical perfurada, o osso é esculpido na forma do osso interdental.

O largo tecido conectado retirado do palato é posi-

onado no topo do enxerto para cobrir o osso enxertado aumentando ainda mais esta área. No aspecto palatal da papila, uma sutura colchoeiro vertical é feita para segurar o tecido conectado na posição apropriada e com mais estabilidade no topo. O contato entre os dentes é imobilizado na área de incisão usando uma resina. Isso permitirá o posicionamento preciso de toda a unidade gengivo-papilar pelo uso de uma sutura colchoeiro firmada sobre a porção de incisão imobilizada no contato.

A porção mucosa da membrana é aproximada da borda gengivo-papilar, e suturada usando um fio de sutura seda 4.0. Para uma cicatrização perfeita durante todo o processo de cura foi realizado uma técnica de incisão apropriada, manuseio cuidadoso de tecidos, respeitando sempre o suprimento sanguíneo e os cuidados pós-operatórios apropriados são essenciais.

## 4. DISCUSSÃO

O profissional da Odontologia deve preparar-se cada vez mais para a grande demanda de um tratamento periodontal, visando o resultado estético, sejam tão importantes quanto aqueles que buscam a solução da saúde para a manutenção e a preservação dos dentes e do sorriso.

O uso de técnicas cirúrgicas para recobrimento de raízes isoladas ou múltiplas, todas alcançam resultados favoráveis de recobrimento radicular quando bem indicadas.

Conseguir reconstruir cirurgicamente uma papila interdental tem sido há muito tempo uma meta e um grande desafio na terapia periodontal cirúrgica e atualmente estão surgindo técnicas apropriadas para os possíveis defeito de papila interdental que possam aparecer.

Para Azzi *et al.* (2001), a maior dificuldade em conseguir resultados favoráveis na reconstrução cirúrgica de papila é ausência do tecido ósseo e muitas vezes o insucesso pode estar relacionado ao tipo de osso usado para o enxerto. Estudos provam que a alta porcentagem de sucesso sempre foi usado osso autógeno para ser enxertado.

Outra razão para o sucesso segundo Miller (1985), pode ser atribuído ao cuidado em se maximizar suprimento sanguíneo para o local do enxerto.

Para Azzi, Etienne e Carranza (1999), deve-se aplicar ácido cítrico ou tetraciclina, com o objetivo de desmineralizar superficialmente a superfície radicular exposta removendo raspas de dentina e toxinas bacterianas, além de expor as fibras de Sharpey do cimento e da dentina obtendo com isso uma área mais favorável para o sucesso da cirurgia, porém, a aplicação de meios químicos ainda não esta bem estabelecida, necessitando de maiores comprovações clínicas e experimentais.

Usando uma incisão semilunar de Tarnow (1986), além de obter reconstrução de papila interdental, possui algumas vantagens sobre os outros procedimentos. São

elas: não há tensão sobre o retalho após o enxerto do tecido sub epitelial; não há encurtamento do vestibulo; as papilas mesial e distal ao dente sendo tratado permanece cosmeticamente sem alteração; esta incisão pode ser usada para reconstrução da papila somente com enxerto sub epitelial, ou associado ao tecido ósseo; esta incisão pode ser usada em todo tipo de defeito de papila interdental, desde que haja gengiva inserida.

## 5. CONCLUSÃO

As técnicas existentes para reconstrução da papila interdental além de proporcionar um aumento significativo no volume da gengiva inserida, oferece uma melhor proteção da área doadora (pois atualmente usa-se incisão linear para obtenção do tecido conjuntivo), e conseqüentemente, uma cicatrização mais rápida e menor desconforto para o paciente no pós-operatório.

O sucesso das técnicas é atribuído ao triplo suprimento sanguíneo para área receptora tanto da base do tecido conjuntivo vindo da papila vestibular quanto da palatina e também do tecido ósseo receptor, contribuindo para um maior índice de sucesso de reconstrução desta papila colapsada.

As técnicas existentes possuem a vantagem de não alterar a cor do tecido gengival, evitando uma aparência antiestética.

O enxerto de tecido conjuntivo além de conseguir recobrimento radicular e aumento de rebordo atualmente tem sido usado com sucesso na reconstrução da papila interdental colapsada.

Após revisão das técnicas aqui já citadas, considera que a reconstrução da papila interdental é obtida com ou sem enxerto sub epitelial usando ou não tecido ósseo, o uso do ácido cítrico bem como tetraciclina não apresenta melhora nos resultados e a reconstrução desta anatomia esta relacionada a irrigação sanguínea, assim como presença ou não de tecido ósseo. Sugere, que os resultados dos estudos devem ser analisados com um tempo maior de duração.

A incisão semilunar é a que tem mostrado ser mais eficaz, pela facilidade de execução, menos trauma nos tecidos, mantém maior suprimento sanguíneo, não altera faixa de gengiva inserida.

## REFERÊNCIAS

- [01] ALMEIDA, F. R. e S. C. de. Reconstrução das papilas interdentárias: opções terapêuticas e previsibilidade. Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde Porto, 2015.
- [02] AZZI, R. *et al.* Root coverage and Papilla Reconstruction Using Autogenous Osseous and connective Tissue grafts. The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry, v. 21, n. 2, 2001.
- [03] AZZI, R. *et al.* Root coverage and Papilla Reconstruction in class IV Recession. The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry, v. 19, n. 5, 1999.
- [04] AZZI, R.; ETIENNE, D.; CARRANZA, F. Reconstrução Cirúrgica da Papila Interdental. Revista Internacional de Periodontia e Dentística Restaurador, v. 18, n. 5, 1999.
- [05] BEAGLE R. Jay. Surgical reconstruction of the Interdental Papilla. The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry, v. 12, n. 2, 1992.
- [06] EVIAN C. I; CORN H.; ROSENBERG E.S. Compend Contin. Educ Dent, v.6, n. 58, p. 58-64, 1985.
- [07] HAN, J. T.; TAKEI, H. H. Progress in gingival papilla reconstruction. Periodontology, v. 11, p. 65-68, 1996.
- [08] KOVALIK, A. C. *et al.* Papila interdental. Previsibilidade das técnicas reconstrutivas. Braz J Periodontol, v. 21, n. 3, p. 22-32, set. 2011.
- [09] LINDHE, Jan. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. 3. ed., Editora Guanabara Koogan, 1999.
- [10] MILLER, P. D. A classification of marginal tissue recession. Int. J Periodontics Restorative Dente, v.5, n.2, p. 8-13, 1985.
- [11] NORDLAND, W. P.; TARNOW, P. D. A classification System for Loss of Papillary Height. Journo Periodontol, v. 69, p. 1124-1126, 1998.
- [12] ROSENBERG M. Marvin. Tratamento Periodontal e Protético para casos avançados. 2. ed., São Paulo: Quintessence, 1996.
- [13] SHAPIRO, A. Regeneration of interdental papillae using periodic curettage. Int J Periodont Rest Dent. v. 5, n. 5, 1985.
- [14] SIEBERT JS. Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts. Technique and wound healing. Compendcontin Educ Dent, v. 4, n. p. 437-453, 1983.
- [15] TARNOW, P. D. Similunar coronally repositione flap. J. Clin. Periodontol, v. 13, p. 182-185, 1986.
- [16] TARNOW P. D.; MAGNER, W. A.; FLETCHER, P. The Effect of the distance from the contact Point to the Crest of Bone on the Presence or Absence of the Interproximal dental Papilla. Journal of Periodontology, p. 995-996, dez., 1992.
- [17] WILLIAMS, D. L. Prosthesis for a Lost Gingival Papilla. Dental survey, v. 53, n. 11, nov. 1977.