

O USO DO CIMENTO CIRÚRGICO NAS CLÍNICAS DE PERIODONTIA DAS FACULDADES DE ODONTOLOGIA BRASILEIRAS

THE USE OF PERIODONTAL CEMENTS IN THE CLINICS OF BRAZILIAN DENTAL SCHOOLS

Wesley Falcão **TULER**¹
Luiz Alberto **MILANEZI**²
Valdir Gouveia **GARCIA**²

RESUMO

Estudou-se como os professores responsáveis pela Disciplina de Periodontia das Faculdades de Odontologia Brasileiras estão utilizando os “cimentos cirúrgicos periodontais”. O questionário contendo 2 questões, foi enviado a 120 faculdades. O instrumento foi composto de uma parte (questão fechada) que visava levantar dados referentes à utilização ou não do cimento cirúrgico após procedimentos de cirurgias periodontais. A segunda parte (questão aberta) visava levantar dados sobre os tipos de cirurgias em que o professor-responsável não utiliza a proteção da ferida com cimento cirúrgico. Com base nos resultados obtidos neste estudo, foi possível concluir que: 1) É pequeno o número de professores-responsáveis pela ministração da Disciplina de Periodontia das Faculdades de Odontologias Brasileiras que afirma não utilizar o cimento cirúrgico após cirurgias periodontais; 2) Os professores-responsáveis ao relacionar quais os procedimentos cirúrgicos produzem feridas que não precisam ser protegidas, o fazem quase como um consenso, indicando a proteção para os casos de tecidos conjuntivo exposto e ósseo desnudado.

UNITERMOS: Cimento cirúrgico periodontal; utilização; tipos de cirurgias periodontais.

INTRODUÇÃO

O cirurgião-dentista nos dias de hoje, com o seu embasamento, objeto de leituras especializadas e de observações clínicas, tem adotado como conduta, proteger ou não com cimento cirúrgico as feridas periodontais. Esse procedimento é baseado principalmente no caso de cada paciente e de sua recuperação pós-operatória.

Desta forma, o uso do cimento cirúrgico tem se tornado mais seletivo e os estudos sugerem que esse pode, freqüentemente, ser desnecessário ou até mesmo indesejável, mormente após procedimentos à retalho, cujo resultado desse é a plena cobertura interdental e da exposição da raiz (JONES e CASSINGHAN,⁶ 1979; MANSON e ELEY,⁹ 1999).

Mais recentemente, tem sido sugerido que pode ser útil a substituição do cimento cirúrgico por bochechos antimicrobianos, que reduzem o biofilme

dentário condicionando melhor resposta cicatricial (YUKNA et al.,¹⁸ 1986; SANZ et al.,¹⁴ 1989; VAUGHANE e GARNICK,¹⁶ 1989; ZAMBON et al.,¹⁹ 1999).

Frente aos novos posicionamentos dos cirurgiões-dentistas e especialistas, quanto à indicação ou não do uso do cimento cirúrgico como protetor de feridas periodontais, revela-se a necessidade cada vez maior de estudos a esse respeito. Assim, objetivando contribuir com a literatura específica, achamos necessário realizar uma pesquisa clínica junto aos professores de periodontia, visando levantar dados que possibilitem avaliar os seus consensos e indicações.

PROPOSIÇÃO

É propósito do presente estudo avaliar o estado atual do uso dos cimentos cirúrgicos nas

¹ Mestre em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UNIMAR, Marília – SP.

² Professor Titular do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UNIMAR, Marília – SP.

Clínicas de Periodontia das Faculdades de Odontologias Brasileiras. Para tanto, avaliaremos se os professores-responsáveis pela ministração da Disciplina de Periodontia estão utilizando ou não o cimento cirúrgico após os procedimentos de cirurgia. Avaliaremos ainda, quais são os tipos de feridas cirúrgicas que o professor-responsável não utiliza da proteção com cimento cirúrgico.

MATERIAL E MÉTODO

O levantamento de dados foi feito através de um questionário contendo 2 questões, aplicado a uma população alvo composta de 120 professores-responsáveis pelas Disciplinas de Periodontia de suas respectivas Faculdades de Odontologia, localizadas no Brasil, no ano de 2001.

O instrumento foi composto de uma pergunta objetiva que visava levantar dados referentes à utilização ou não do cimento cirúrgico após os procedimentos de cirurgias periodontais. Na segunda parte, através de uma questão aberta, visou levantar dados sobre os tipos de feridas cirúrgicas que o professor-responsável não utiliza a proteção com cimento cirúrgico.

Após a validação, este questionário foi enviado, e a correspondência devolvida pelos professores, não identificados, garantiu a autenticidade das respostas. A seguir, os dados foram coletados e tabulados, o que permitiu a confecção da tabela e gráfico. A questão em aberto mereceu uma análise quanti-qualitativa.

RESULTADO

Tabela 1 – Distribuição da amostra, segundo a utilização do cimento cirúrgico após as cirurgias periodontais.

ALTERNATIVAS	NÚMERO DE RESPOSTAS	PORCENTAGEM
SIM	25	34,7%
NÃO	07	9,7%
ÀS VEZES	40	55,6%
TOTAL	72	100%

Figura 1 - Gráfico da distribuição da amostra, segundo a utilização do cimento cirúrgico após as cirurgias periodontais.

Resumo das respostas obtidas com a questão aberta:

- 1 - Retalhos com cicatrização por primeira intenção (24 respostas)
- 2 - Cirurgias onde não temos áreas cruentas expostas (7 respostas)
- 3 - Retalhos periodontais em geral (9 respostas)
- 4 - Retalhos periodontais, quando as bordas das feridas estão coaptadas (20 respostas)

Obs.: 7 (sete) professores-responsáveis inverteram o objetivo da questão e responderam afirmativamente que utilizam do cimento cirúrgico após procedimentos em que tecidos ósseos e conjuntivo ficam expostos. 5 (cinco) professores-responsáveis não responderam a questão.

DISCUSSÃO

Embora no início a pretensão fosse de que um maior número de entrevistados pudesse fazer parte da pesquisa, delineando o papel de amostragem, somente 72 professores-responsáveis por disciplinas de periodontia, de um total de 120 faculdades responderam ao questionário, demonstrando, quem sabe o descaso de alguns profissionais sobre uma questão tão importante e ao mesmo tempo pouco discutida na área odontológica.

Porém, quanto a esses aspectos, há a necessidade de considerar-se que muitas faculdades são recém-implantadas e possivelmente não apresentam em sua grade curricular a disciplina de periodontia.

Outrossim, acredita-se que também tenha ocorrido negligência ou desinteresse por parte de alguns professores, o que permitiu um estudo parcial, mas bastante oportuno, sobre os objetivos do trabalho.

Os dados da Tabela 1 mostram que 40 professores da amostragem (55,6%) utilizam, às vezes, o cimento cirúrgico após as cirurgias periodontais; 25 profissionais (34,7%) afirmam o uso do cimento cirúrgico no pós-operatório; 7 (9,7%) deram respostas correspondente a uma negativa (não). Há de se inferir que o propósito da pergunta e posteriormente as respostas, envolvem aspectos ligados primeiramente às características dos profissionais, quanto aos resultados clínicos obtidos nos seus pacientes. Contudo salientamos também que estas respostas estão alavancadas em conhecimentos baseados nos experimentos relatados na revisão da literatura, onde comparou-se o processo de cicatrização da ferida após cirurgia periodontal com ou sem proteção de cimento cirúrgico em humanos.

Assim, trabalhos clínicos e histológicos desenvolvidos, mostram os desencontros de opiniões entre os pesquisadores. MANN et al.⁸ (1934) estudaram histologicamente o processo de cura de

áreas gengivectomizadas e observaram uma cicatrização satisfatória quando o cimento cirúrgico não foi usado. Também ORBAN¹² (1941), no estudo que realizou em humanos, observou que quando o cimento cirúrgico não era usado depois da gengivectomia, podia encontrar uma cicatrização mais satisfatória.

Por sua vez, BERNIER e KAPLAN³ (1947) deixaram claro que o uso do cimento facilitava o processo de cicatrização, por proporcionar benefícios primários devido à ação com a superfície em contato com a ferida, mas os constituintes das fórmulas do cimento pareceram adquirir uma importância secundária para os pesquisadores.

Contrariando as proposições acima, WAERHAUG et al.¹⁷ (1955) opinava que a aplicação do cimento cirúrgico não influenciava no resultado da cicatrização.

O estudo de BAER et al.² (1969), indicava que os cimentos cirúrgicos periodontais não exerciam qualquer influência perceptível sobre o final da cicatrização, após uma cirurgia periodontal.

STAHL et al.¹⁵ (1969) também reportaram diferenças, não significantes, na seqüência do reparo entre as áreas protegidas e as não protegidas com cimento cirúrgico. É possível somar a estes autores a pesquisa de JONES e CASSINGHAN⁶ (1979), que em um estudo comparativo sobre cicatrização após a cirurgia periodontal, concluíram que os resultados não mostraram diferenças quanto aos parâmetros estudados quando o cimento periodontal foi ou não usado.

Mais recentemente, alguns resultados obtidos a partir de estudos clínicos, bem como das experiências clínicas, sugerem que um cimento periodontal pode, freqüentemente, ser desnecessário após os procedimentos à retallo e pode ser útil a sua substituição pelo bochecho com *clorexidina* (SANZ et al.,¹⁴ 1989; VAUGHAN e GARNICK¹⁶, 1989) e *Listerine* (YUKNA et al.,¹⁸ 1986; ZAMBON et al.,¹⁹ 1999).

A nosso ver as respostas levam-nos a raciocinar que o uso ou não do cimento cirúrgico está diretamente ligado a determinados procedimentos cirúrgicos, onde tecidos conjuntivos possam ou não estar expostos.

Na verdade, os resultados das respostas da questão fechada apresentam-se similares aos estudos de alguns pesquisadores, uma vez que estes revelam respostas muitas vezes contraditórias aos outros, o que demonstra não existir um consenso entre utilizar ou não o cimento cirúrgico nas cirurgias periodontais, principalmente porque a literatura revela que esse procedimento era adotado ou não em muitos dos estudos, o que dificulta um direcionamento correto e específico. Têm-se 34,7% de usuários constantes; 55,6% de usuários esporádicos (indecisos ou coerentes com o tratamento necessário e específico em cada caso, pois não adotam uma forma única de

trabalho); e firmemente posicionam-se como não usuários 9,7% dos entrevistados. Chega-se à conclusão de que apesar das respostas divergentes é pequeno o número daqueles que afirmam não utilizar o produto, portanto contrapondo-se aos que realmente utilizam e há aqueles que esporadicamente também aderem ao procedimento. Assim inferido, pode-se dizer que o cimento cirúrgico vem sendo utilizado nas cirurgias periodontais cuidadosamente e quando realmente necessário, ou seja, há uma afirmação da teoria aliada ao uso constante nas clínicas, sendo que cada profissional estabelece suas normas, baseando-se ou não em estudos. Percebe-se ainda claramente que nesta questão o que conta é a experiência profissional adquirida e a necessidade particular de cada paciente.

As respostas da questão em aberto mostram que dos 72 entrevistados, na sua maioria, ao relacionar quais os procedimentos cirúrgicos produzem feridas que não precisam ser protegidas, o fazem quase com um consenso. Inferem que quando os tecidos expostos por procedimentos cirúrgicos cicatrizam por segunda intenção, como é o caso dos tecidos ósseo desnudado e o tecido conjuntivo exposto, é que a área deve ser protegida com cimento cirúrgico de injúrias adicionais durante a fase inicial de cicatrização.

Segundo WAERHAUG et al.¹⁷ (1957); LÖE e SILNESS⁷ (1961); BAER e WERTHEIMER¹ (1961); FRISCH e BHASKAR⁵ (1967); STAHL et al.¹⁵ (1969); MILANEZI e HOLLAND¹⁰ (1972); FARNOUSH⁴ (1978); MILANEZI e HOLLAND¹¹ (1979); SACHS et al.¹³ (1984), com a proteção das áreas cruentas, conseqüentemente, o desconforto pós-operatório do paciente será diminuído.

Percebe-se nitidamente que cada profissional tem um modo diferente de agir, nem sempre correspondente ao conteúdo literário, mais coerente com a sua experiência de trabalho, levando-se em consideração o caso de cada paciente e de sua recuperação pós-operatória.

A nosso ver esses posicionamentos são baseados em resultados obtidos a partir de estudos clínicos, bem como de experiências clínicas, que sugerem que um cimento periodontal pode, freqüentemente, ser desnecessário ou até mesmo indesejável após procedimentos à retallo.

Trabalhos mais recentes sugerem até mesmo a sua substituição pelo bochecho de clorexidina (YUKNA et al.,¹⁸ 1986; SANZ et al.,¹⁴ 1989; VAUGHAN e GARNICK,¹⁶ 1989) ou Listerine (ZAMBON et al.,¹⁹ 1999), porque durante o pós-operatório a higiene bucal do paciente é inadequada, e essas medidas químicas, que podem reduzir a placa bacteriana melhoram a resposta cicatricial inicial.

Queremos somar ainda ao inferido na literatura, o exposto por MANSON e ELEY⁹ (1999) que as cirurgias à retallo não têm necessidade de proteção de cimento cirúrgico, porque durante os procedimentos da cirurgia todo o espaço é utilizado

para garantir plena cobertura interdental e impedir qualquer exposição de raiz.

Assim explicitado, percebe-se nitidamente que os entrevistados do nosso estudo apresentam consenso quanto a indicação de uso de cimento cirúrgico na proteção de áreas cirúrgicas periodontais. Também são coerentes com a experiência vivida no seu trabalho em consultório, considerando os diferentes procedimentos cirúrgicos nos seus pacientes, aliado a reparação tecidual pós-operatória, o que levam a resultados finais satisfatórios.

CONCLUSÃO

Considerando os resultados obtidos no presente estudo, podemos concluir que:

É pequeno o número de professores-responsáveis pela ministração da disciplina de periodontia das faculdades de odontologias brasileiras que afirma não utilizar o cimento cirúrgico após cirurgias periodontais.

Os professores-responsáveis ao relacionar quais os procedimentos cirúrgicos produzem feridas que não precisam ser protegidas, o fazem quase como um consenso, indicando a proteção para os casos de tecidos conjuntivo exposto e ósseo desnudado.

ABSTRACT

The goal of this paper was to study how professors responsible for the discipline of periodontics in the Brazilian Dental Schools have utilized "periodontal surgical cements". A total of 120 professors were sent a questionnaire comprising 2 questions. One part of this instrument aimed at raising data related to the utilization or not of a surgical cement following the procedures of periodontal surgeries. The other part sought data on the types of surgeries in which the professor in charge does not utilize the protection of wound with surgical cements. Based upon the results obtained in the present study it was possible to conclude that: 1) The number of professors responsible for the ministering of Periodontics as a Discipline in Brazilian Dental Schools who claim not to utilize surgical cements following periodontal surgeries is small; 2) the professors-responsible, when relating which surgical procedures produce wounds that do not need to be protect, do it almost as a consensus, pointing out take protection for the cases of exposed connective tissues and stripped bone.

UNITERMS: *Periodontal dressing; utilization; types of periodontal surgeries.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - BAER, P. N.; WERTHEIMER, F. W. A histologic study of the effects of several periodontal dressings on periosteal: covered and desnuded bone. **J Dent Res**, v.40, n. 4, p.858, Jul.-Aug. 1961.
- 2 - BAER, P. N.; SUMNER, C. F. 3rd.; MILLER, G. Periodontal dressing. **Dent Clin North Am**, v.13, n. 1, p.181-191, Jan. 1969.
- 3 - BERNIER, J. L.; KAPLAN, H. The repair of gingival tissue after surgical intervention. **J Am Dent Assoc**, v.35, n.10, p.697-705, 1947.
- 4 - FARNOUSH, A. Techniques for the protection and coverage of the danor: sites in free soft tissue grafts. **J Periodontol**, v.49, n.8, p.403-405, 1978.
- 5 - FRISCH, J.; BHASKAR, S. N. Tissue response to eugenol containing periodontal dressings. **J Periodontol**, v.38, n.5, p.402-408, Sep.-Oct. 1967.
- 6 - JONES, T. M.; CASSINGHAN, R. J. Composition of healing following periodontal surgery with and without dressings in humans. **J Periodontol**, v.50, n.8, p.387-393, Aug. 1979.
- 7 - LÖE, H.; SILNESS, J. Tissue reactions to a new gengivectomy pack. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v.14, n. 11, p.1305-1314, Nov. 1961.
- 8 - MANN, J. B. et al. Pyorrhea alveolus: histopathology and results of radical surgical treatment. **Dent Cosmos**, v.76, p.432, 1934.
- 9 - MANSON, S. D.; ELEY, B. M. **Manual de periodontia**. 3.ed. São Paulo: Ed. Santos, 1999. p.136.
- 10 - MILANEZI, L. A.; HOLLAND, R. Estudo morfológico comparativo entre alguns tipos de cimentos cirúrgicos manipulados em diferentes proporções pó-líquido. **Rev Fac Odontol Araçatuba**, v.2, n. 1, p.65-76, 1972.
- 11 - MILANEZI, L. A.; HOLLAND, R. Processo de reparação dos tecidos periodontais após cirurgia, achando-se a ferida protegida ou não por cimento cirúrgico: estudo histológico em cães. **Ars Curandi Odontol**, v.6, p.43-47, jul. 1979.
- 12 - ORBAN, B. S. Indication, technique and post-operative, management of gengivectomy in the treatment of periodontal pocket. **J Periodontol**, v.12, p.89-99, 1941.
- 13 - SACHS, H. A. et al. Current status of periodontal dressing. **J Periodontol**, v.55, n.12, p.689-696, Dec. 1984.
- 14 - SANZ, M. et al. Clinical enhancement of post-periodontal surgical therapy by a 0,12% chlorhexidine gluconate mouthrinse. **J Periodontol**, v.60, n. 10, p.570-576, Oct. 1989.

- 15 - STAHL, S. S. et al. Gingival healing. III. The effects of periodontal dressings on gingivectomy repair. **J Periodontol**, v. 40, n.3, p.34-37, Jan. 1969.
- 16 - VAUGHAN, M. E.; GARNICK, J. J. The effect of a 0,12% chlorhexidine rinse on inflammation after periodontal surgery. **J Periodontol**, v.60, n.12, p.704-708, Dec. 1989.
- 17 - WAERHAUG, J. et al. Tissue reaction to gingivectomy pack. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v.10, p.923-937, 1957.
- 18 - YUKNA, R. A. et al. Comparison of Listerine mouth wash and periodontal dressing following periodontal flap surgery. I. Inicial findings. **Clin Prev Dent**, v.8, n.4, p.14-19, Jul. – Aug. 1986.
- 19 - ZAMBON, S. G. et al. Efeito de bochecho antimicrobiano na cicatrização inicial de feridas de cirurgia gengival a retalho. **Alerta Odontol**, v.2, n.4, p.1-4, 1999.