

**CIRURGIA PERIODONTAL: ACESSO CIRÚRGICO E TÉCNICAS
COMPLEMENTARES**

**PERIODONTAL SURGERY: SURGICAL ACCESS AND COMPLEMENTARY
TECHNIQUES**

**CIRUGÍA PERIODONTAL: ACCESO QUIRÚRGICO Y TÉCNICAS
COMPLEMENTARIAS**



10.56238/sevened2026.002-046

Kaio Henrique Soares

Olga Beatriz Lopes Martins

Mariana Botelho Leite

Sâmia Francy Ferreira Alves

Maria Rita Lima Lopes

Jefferson Aguiar Santos

Gabriela Leite Paulino

Célio Leone Ferreira Soares

RESUMO

A cirurgia periodontal representa uma etapa fundamental da fase corretiva do tratamento periodontal, sendo indicada principalmente nos casos em que a terapia periodontal inicial não foi suficiente para eliminar bolsas periodontais profundas e defeitos anatômicos complexos. O capítulo aborda os princípios do acesso cirúrgico periodontal, destacando as técnicas de incisões, tipos de retalhos e o retalho de Widman modificado como abordagem clássica para desbridamento radicular sob visão direta. Também são discutidas técnicas complementares, como osteoplastia, ostectomia e procedimentos de cunha distal, voltadas para a remodelação óssea e eliminação de fatores que dificultam a manutenção periodontal. Além disso, enfatiza-se a importância do preparo pré-operatório, da sutura adequada, do manejo pós-cirúrgico e da manutenção periodontal contínua para obtenção de estabilidade clínica, redução das bolsas periodontais e preservação dos tecidos de suporte dentário.

Palavras-chave: Cirurgia Periodontal. Retalho Periodontal. Acesso Cirúrgico.

ABSTRACT

Periodontal surgery represents a fundamental step in the corrective phase of periodontal treatment, being indicated mainly in cases where initial periodontal therapy was insufficient to eliminate deep periodontal pockets and complex anatomical defects. This chapter addresses the principles of

periodontal surgical access, highlighting incision techniques, flap types, and the modified Widman flap as a classic approach for root debridement under direct vision. Complementary techniques, such as osteoplasty, ostectomy, and distal wedge procedures, aimed at bone remodeling and elimination of factors that hinder periodontal maintenance, are also discussed. Furthermore, the importance of preoperative preparation, adequate suturing, postoperative management, and continuous periodontal maintenance for achieving clinical stability, reducing periodontal pockets, and preserving dental support tissues is emphasized.

Keywords: Periodontal Surgery. Periodontal Flap. Surgical Access.

RESUMEN

La cirugía periodontal representa un paso fundamental en la fase correctiva del tratamiento periodontal, indicándose principalmente en casos donde la terapia periodontal inicial fue insuficiente para eliminar bolsas periodontales profundas y defectos anatómicos complejos. Este capítulo aborda los principios del acceso quirúrgico periodontal, destacando las técnicas de incisión, los tipos de colgajos y el colgajo de Widman modificado como un abordaje clásico para el desbridamiento radicular bajo visión directa. También se discuten técnicas complementarias, como la osteoplastia, la ostectomía y los procedimientos de cuña distal, dirigidas a la remodelación ósea y la eliminación de factores que dificultan el mantenimiento periodontal. Además, se enfatiza la importancia de la preparación preoperatoria, la sutura adecuada, el manejo postoperatorio y el mantenimiento periodontal continuo para lograr la estabilidad clínica, reducir las bolsas periodontales y preservar los tejidos de soporte dental.

Palabras clave: Cirugía Periodontal. Colgajo Periodontal. Acceso Quirúrgico.

1 INTRODUÇÃO

A Cirurgia Periodontal, inserida na fase corretiva do tratamento periodontal, representa um pilar fundamental para o restabelecimento da saúde e função dos tecidos de suporte dos dentes, especialmente quando a terapia periodontal inicial (não cirúrgica) demonstrou limitações. Embora a raspagem e o alisamento radicular sejam eficazes na redução da inflamação e profundidade de sondagem, a persistência de bolsas periodontais profundas, a presença de defeitos ósseos angulares complexos, o envolvimento de furcas e a necessidade de procedimentos regenerativos ou ressectivos demandam uma abordagem cirúrgica para garantir o acesso direto e a visibilidade necessária para o desbridamento e a modificação da arquitetura tecidual.

A evolução da cirurgia periodontal transcendeu a simples excisão tecidual. Atualmente, busca-se não apenas a eliminação da doença, mas também a regeneração dos tecidos perdidos e a otimização da estética e função. O acesso cirúrgico, foco principal deste capítulo, é a etapa inaugural e crucial de qualquer procedimento periodontal cirúrgico, pois proporciona ao profissional a capacidade de visualizar e instrumentar adequadamente as superfícies radiculares e o osso alveolar, que de outra forma seriam inacessíveis. A escolha da técnica de incisão, o desenho do retalho e o domínio da sutura são determinantes para o sucesso cirúrgico e a cicatrização dos tecidos, exigindo cuidado meticuloso no manuseio tecidual para minimizar o trauma e otimizar o prognóstico.

Este capítulo abordará, de forma completa, o conceito de cirurgia periodontal de acesso, seus objetivos e indicações. Serão detalhados o preparo pré-cirúrgico do paciente, as técnicas de incisão e os diferentes tipos de retalhos, ressaltando sua importância e os cuidados durante o manuseio dos tecidos. Além disso, serão exploradas técnicas cirúrgicas complementares frequentemente realizadas em associação ao acesso, como as cirurgias ósseas e os procedimentos de cunha distal. A fase de sutura, bem como o manejo pós-operatório, incluindo medicações, instruções e o desfecho clínico esperado da cirurgia periodontal, serão explorados para oferecer um panorama completo e aprofundado, essencial para a formação de um candidato a concurso docente.

2 A NECESSIDADE E A ARTE DO ACESSO CIRÚRGICO PERIODONTAL - ETAPAS DO TRATAMENTO PERIODONTAL

Para contextualizar a cirurgia periodontal, é importante lembrar as fases do tratamento:

- 1. Fase Sistêmica (ou Emergencial):** Manejo de condições sistêmicas e emergências agudas.
- 2. Fase Etiológica (ou Terapia Periodontal Inicial / Terapia Não Cirúrgica):** Controle do biofilme e cálculo supra e subgingival, educação e motivação do paciente. A cirurgia só é considerada após a reavaliação desta fase.

3. Fase Corretiva (ou Cirúrgica): Inclui a cirurgia periodontal, ortodontia, protética e implantodontia. É nesta fase que a cirurgia de acesso se insere.

4. Fase de Manutenção (ou Suporte Periodontal): Essencial para a estabilidade a longo prazo.

3 CIRURGIA PERIODONTAL: CONCEITO, PORQUÊ E TIPOS

A Cirurgia Periodontal refere-se a procedimentos invasivos realizados nos tecidos periodontais e/ou osso alveolar para tratar e corrigir deformidades e patologias. Seu objetivo primordial é eliminar a doença e restaurar a saúde, função e, quando possível, a estética.

- **Por que Realizar Cirurgia Periodontal? (Indicações)**

- **Persistência de Bolsas Profundas:** Após a terapia não cirúrgica, bolsas periodontais residuais com profundidade de sondagem (PS) $\geq 5-6$ mm (especialmente com sangramento à sondagem), dificultam a remoção completa do biofilme e cálculo e a manutenção da higiene pelo paciente. O acesso cirúrgico permite a instrumentação e visibilidade diretas.

- **Acesso a Defeitos Ósseos Complexos:** Defeitos intraósseos (verticais), lesões de furca e outros defeitos anatômicos que não podem ser completamente desbridados e descontaminados por via não cirúrgica.

- **Necessidade de Correção de Morfologia Óssea:** Alterações na arquitetura óssea que dificultam a manutenção da higiene ou impedem a resolução da bolsa.

- **Acesso para Procedimentos Regenerativos:** Exposição de superfícies radiculares e defeitos para aplicação de enxertos ósseos, membranas e fatores de crescimento.

- **Correção de Deformidades Mucogengivais:** Recessões gengivais, aumento de faixa de gengiva inserida, cobertura radicular.

- **Procedimentos Pré-protéticos:** Aumento de coroa clínica, remoção de exostoses.

- **Período de Reavaliação:** A cirurgia só é indicada após a reavaliação da fase não cirúrgica, quando o paciente já apresenta bom controle de placa e resposta inflamatória tecidual.

- **Tipos de Cirurgia Periodontal (Classificação Funcional):**

- **Cirurgias para Acesso e Remoção de Bolsa (Ressectivas):** Visam eliminar a bolsa através da remoção de tecido mole e/ou duro (ex: gengivectomia, gengivoplastia, osteoplastia, ostectomia).
- **Cirurgias Regenerativas:** Visam restabelecer as estruturas periodontais perdidas (cimento, ligamento periodontal, osso alveolar) por meio de enxertos, membranas e fatores de crescimento.
- **Cirurgias Mucogengivais/Plásticas Periodontais:** Visam corrigir defeitos na gengiva e mucosa alveolar (ex: cobertura radicular, aumento de gengiva inserida).
- **Cirurgias Pré-protéticas:** Preparam o periodonto para reabilitação protética (ex: aumento de coroa clínica, regularização de rebordo).

4 ACESSO CIRÚRGICO

O acesso cirúrgico é a base para a maioria das cirurgias periodontais, permitindo a visibilidade e instrumentação das superfícies radiculares e do osso alveolar. A técnica mais comum para obter acesso é a elevação de um retalho mucoperiosteal.

1. Preparo Pré-Cirúrgico do Paciente

Um preparo cuidadoso é essencial para o sucesso e segurança do procedimento:

- **Controle de Doença Sistêmica:** O paciente deve estar sistemicamente compensado (ex: diabetes controlado, pressão arterial estável).
- **Controle de Placa Supragengival:** Indispensável! O paciente deve demonstrar um excelente controle de placa. A presença de inflamação e biofilme residuais comprometerá a cicatrização e o resultado cirúrgico.
- **Avaliação do Estresse e Ansiedade:** Gerenciamento com informações claras, suporte psicológico e, se necessário, sedação consciente (óxido nitroso, benzodiazepínicos).
- **Medicação Pré-Operatória:**
 - **Antibioticoterapia Profilática:** Em pacientes de risco para endocardite bacteriana (segundo as diretrizes atuais) ou em casos específicos de cirurgias extensas ou em pacientes imunocomprometidos, conforme avaliação.
 - **Analgésicos e Anti-inflamatórios (AINEs):** Podem ser prescritos para início pré-operatório para modular a dor e a inflamação pós-operatória.
 - **Anti-sépticos Orais:** Bochechos com Clorexidina 0,12% ou 0,2% antes da cirurgia reduzem a carga bacteriana oral.

2. Técnica de Incisão e Tipos de Retalhos Periodontais

A incisão é o primeiro passo cirúrgico e determina o desenho do retalho. O retalho periodontal é um segmento de tecido mole que inclui a gengiva e/ou a mucosa alveolar, rebatido cirurgicamente para expor o osso e a superfície radicular.

- **Tipos de Incisões:**

- **Incisão Intrasulcular (ou Intracrevicular):** Realizada dentro do sulco gengival, do fundo da bolsa até a crista óssea. Preserva a maior parte do tecido gengival marginal e papilar, sendo a primeira escolha em retalhos para acesso sem remoção de tecido ou em procedimentos regenerativos, para preservar a papila.

- **Incisão Bisel Interno (ou Invertido):** A incisão mais comum e versátil. Começa na superfície gengival, 1-2 mm da margem gengival (ou mais apical, dependendo da necessidade de remoção de tecido), e se estende em direção ao osso, terminando próximo à crista óssea alveolar. Remove o tecido doente da parede da bolsa (epitélio juncional e tecido conjuntivo inflamado), resultando em uma margem gengival fina e saudável após a cicatrização.

- **Incisão Relaxante (ou Vertical):** Realizada perpendicularmente à margem gengival, estendendo-se para apical na mucosa alveolar. Usada para aumentar a mobilidade do retalho, permitir acesso a áreas específicas ou em caso de múltiplos dentes. Deve ser realizada nos ângulos das linhas dos dentes, evitando papilas, eminências ósseas e inserções musculares, para não comprometer a vascularização do retalho.

- **Tipos de Retalhos (Baseados no Desenho e Espessura):**

- **Quanto ao Desenho:**

- **Retalho de Espessura Total (Mucoperiosteal):** Inclui o epitélio, tecido conjuntivo e periósteo. É rebatido até expor completamente o osso alveolar. Essencial para cirurgias com remodelamento ósseo (osteoplastia, ostectomia) ou procedimentos regenerativos que necessitam de estabilidade de enxerto. A nutrição do retalho é primariamente via periósteo subjacente.

- **Retalho de Espessura Parcial (Split-Thickness):** Inclui epitélio e parte do tecido conjuntivo, deixando o periósteo e uma porção de tecido conjuntivo aderidos ao osso. Indicado em áreas com osso fino, para cobrir enxertos ou em casos de fenestrações/deiscências.

- **Quanto à Localização da Margem Livre após o Reposicionamento:**

- **Retalho Reposicionado (Rebate e Reposiciona):** O retalho é reposicionado na sua posição original após o acesso. Utilizado principalmente para acesso a bolsas sem necessidade de redução de profundidade e em procedimentos regenerativos.
- **Retalho Apicalmente Posicionado:** O retalho é suturado mais apicalmente do que sua posição original, resultando na redução da profundidade da bolsa pela exposição de mais superfície dentária e aumento da faixa de gengiva inserida. É a técnica preferencial para eliminação de bolsas em áreas estéticas ou com gengiva queratinizada adequada.
- **Retalho Coronalmente Posicionado:** Utilizado para cobertura radicular em casos de recessão gengival. O retalho é suturado mais coronalmente do que sua posição original.
- **Retalho de Widman Modificado (Acesso Cirúrgico Padrão):**
 - Este é um dos retalhos mais utilizados para a terapia de acesso e desbridamento das superfícies radiculares em casos de periodontite, especialmente em regiões posteriores.
 - **Características Principais:**
 - **Incisão de Bisel Interno:** É a incisão primária, iniciada a 0.5-1.0 mm da margem gengival livre e angulada em direção à crista óssea.
 - **Incisão Intrasulcular:** Uma segunda incisão é feita no sulco, desprendendo o colarinho de tecido da parede da bolsa.
 - **Incisão Interdental (ou Interproximal):** Uma terceira incisão é realizada para liberar a papila interdental.
 - **Elevação do Retalho Mucoperiostal:** O retalho é rebatido cuidadosamente, expondo as superfícies radiculares e uma pequena porção do osso alveolar (cerca de 2-3 mm) para visibilidade do defeito.
 - **Desbridamento Cuidadoso:** A remoção do tecido granulomatoso inflamado (colarinho de tecido) e o completo desbridamento da superfície radicular (raspagem e alisamento) são realizados sob visão direta. Pequenas irregularidades ósseas podem ser delicadamente remodeladas (osteoplastia mínima) se necessário para permitir o reposicionamento adequado do retalho.
 - **Reposicionamento e Sutura:** O retalho é reposicionado o mais próximo possível da sua posição original (ou ligeiramente mais apical se houver

enxertos) e suturado firmemente com suturas interdentes e/ou tipo colchoeiro em alça (sling suture) para garantir o contato íntimo do tecido com a superfície radicular.

- **Objetivo Primário:** Obter acesso para uma instrumentação radicular exaustiva, minimizando a remoção de tecido gengival e buscando a formação de uma inserção longa de epitélio juncional ou um reparo com reinserção do tecido conjuntivo. Não tem como objetivo primário a eliminação ressectiva da bolsa ou a regeneração tecidual, embora possa favorecer a redução da profundidade de sondagem.

- **Importância dos Retalhos e Cuidados Intra-Operatórios:**

- **Acesso e Visibilidade:** Permitem o acesso direto e a visibilidade para a instrumentação e descontaminação das superfícies radiculares e do osso alveolar, eliminando o tecido doente.

- **Remoção de Tecido Doente:** Permitem a remoção da parede de tecido mole doente da bolsa periodontal, que é inflamada e inviável.

- **Recontorno Ósseo:** Permitem realizar osteoplastia (remodelamento ósseo para fisiologia) e ostectomia (remoção de osso de suporte para eliminar defeitos) sob visão direta, se indicadas.

- **Regeneração:** Criam o espaço e permitem a aplicação de biomateriais para a regeneração dos tecidos perdidos.

- **Estética:** Possibilitam o reposicionamento dos tecidos para fins estéticos (ex: cobertura radicular, aumento de coroa clínica).

- **Cuidados com o Manuseio Tecidual (Atraumaticidade):** A manipulação cuidadosa dos tecidos é fundamental para a cicatrização e o sucesso.

- **Incisões Precisas:** Realizadas com lâminas afiadas (ex: bisturi #15 ou #12), com apoio firme e controle.

- **Descolamento Mínimo e Controlado:** Elevar o retalho com descoladores adequados (ex: periostótomo de Prichard, Molt 9) com movimentos firmes e controlados, sem rasgar ou lacerar os tecidos moles, preservando a vascularização.

- **Proteção do Retalho:** Proteger as bordas do retalho da desidratação e do trauma com gaze umedecida e irrigação constante com solução salina estéril durante todo o procedimento.

- **Instrumentação Atraumática:** Utilizar instrumental manual e/ou ultrassônico de forma cuidadosa, evitando remoção excessiva de estrutura dentária ou óssea saudável.
- **Controle de Hemorragia:** O controle eficaz do sangramento é vital para a visibilidade e para a formação do coágulo. Utilizar aspiração adequada e compressão.

4.1 TÉCNICAS ADICIONAIS ASSOCIADAS AO ACESSO CIRÚRGICO

Uma vez obtido o acesso cirúrgico através da elevação do retalho, diversas outras técnicas podem ser empregadas para o tratamento definitivo das bolsas periodontais e a correção de defeitos.

3. Cirurgias Ósseas Ressectivas

A cirurgia óssea periodontal visa remodelar o osso alveolar para obter uma arquitetura óssea mais fisiológica e compatível com a saúde periodontal, eliminando defeitos que contribuem para a persistência de bolsas e dificultam a higiene.

- **Conceito:** São procedimentos que envolvem a remodelação ou remoção seletiva do osso alveolar. O acesso cirúrgico permite a visibilidade direta do defeito ósseo.
- **Indicações:**
 - **Defeitos Ósseos com Arquitetura Reversa ou Contornos Não Fisiológicos:** Cratera interdental onde o osso interproximal é mais apical que o osso vestibular e lingual.
 - **Exostoses e Tori:** Removidos quando interferem na higiene, prótese ou causam trauma.
 - **Defeitos Ósseos que Impedem a Redução da Bolsa:** Quando o osso impede a adaptação adequada do tecido mole após o desbridamento, levando à persistência da bolsa.
 - **Aumento de Coroa Clínica Funcional:** Para expor mais estrutura dentária e estabelecer uma distância biológica adequada para restaurações (mínimo de 2-3 mm da crista óssea à junção cimento-esmalte).
- **Tipos de Cirurgias Ósseas:**
 - **Osteoplastia:** Remodelação do osso alveolar **não de suporte** do dente, sem remoção de osso que sustenta o ligamento periodontal. Visa criar contornos ósseos mais favoráveis e eliminar irregularidades ou protuberâncias que dificultam a higiene.

- **Ostectomia:** Remoção de osso alveolar **de suporte** do dente para eliminar o componente ósseo de um defeito e criar uma arquitetura óssea que permita a adaptação do tecido mole e a eliminação da bolsa.

- **Princípios:**

- **Respeito à Distância Biológica:** A área da crista óssea até a JCE deve ser de aproximadamente 2-3 mm para acomodar o epitélio juncional e o tecido conjuntivo de inserção. A invasão dessa distância pode levar à inflamação crônica e perda óssea.

- **Obtenção de Contornos Ósseos Positivos:** O ideal é que o osso interproximal esteja mais coronal que o osso vestibular/lingual, permitindo o fluxo sanguíneo e a drenagem linfática.

- **Instrumental:** Cinzéis ósseos (ex: Ochsenbein), curetas ósseas (ex: Lucas), limas ósseas (ex: Schluger), brocas cirúrgicas de alta rotação com irrigação abundante.

4. Procedimentos de Cunha Distal

A cunha distal é uma técnica cirúrgica específica utilizada para eliminar bolsas periodontais em regiões retromolares, particularmente distal ao último molar, onde a anatomia dificulta a elevação de um retalho convencional.

- **Conceito:** É uma técnica ressectiva que visa remover o excesso de tecido mole e, por vezes, o osso subjacente na região retromolar, que frequentemente apresenta bolsas profundas devido à anatomia local (presença de túber, almofada retromolar, etc.).

- **Indicações:**

- Bolsas periodontais profundas na distal dos segundos ou terceiros molares.

- Excesso de tecido gengival na região retromolar que interfere na higiene ou na reabilitação protética.

- Presença de bolsas em torno de dentes que serão mantidos ou áreas de suporte para próteses.

- **Técnicas Comuns:**

- **Cunha em "V" (Incisão Triangular):** Duas incisões convergentes na distal do dente, formando um triângulo que é removido.

- **Cunha em "U" (Incisão Trapezoidal):** Duas incisões paralelas distais ao dente, conectadas por uma incisão transversal. O tecido em forma de trapézio é removido.

- **Cunha de Dupla Abertura (Double-Incison Wedge):** Mais complexa, permite a remoção de uma maior quantidade de tecido.

- **Considerações:**

- A quantidade de tecido a ser removida deve ser avaliada cuidadosamente para evitar exposição óssea excessiva ou trauma ao plexo neurovascular.

- Pode ser associada a osteoplastia/ostectomia se houver excesso ósseo subjacente.

- A sutura deve promover o fechamento primário da ferida ou permitir a cicatrização por segunda intenção controlada.

5. Sutura Periodontal

A sutura é crucial para estabilizar o retalho na posição desejada, promover a cicatrização primária e proteger o coágulo sanguíneo.

- **Objetivos da Sutura:**

- Manter os tecidos firmemente adaptados contra o osso e os dentes.

- Minimizar o movimento do retalho para estabilizar o coágulo e favorecer a cicatrização.

- Proteger o local cirúrgico de traumas e contaminação externa.

- Reduzir a área de ferida exposta e facilitar a reepitelização.

- **Princípios da Sutura:** Tensão mínima, adaptação precisa das bordas, uso de fios apropriados.

- **Tipos de Suturas (Técnicas):**

- **Simple Interrompida:** Cada ponto é independente. Versátil, fácil de aprender, mas consome mais tempo e material.

- **Contínua em "Colchoeiro Horizontal" (Sling Suture):** Mais utilizada para adaptar o retalho ao redor dos dentes, especialmente em retalhos reposicionados ou coronalmente posicionados, proporcionando excelente adaptação interproximal e estabilidade do retalho.

- **Vertical em "Colchoeiro" (Vertical Mattress):** Utilizada para evertir as bordas do retalho e prover adaptação mais próxima do osso, distribuindo a tensão sobre uma área maior.

- **Sutura Interdental:** Para aproximar as papilas interdentais.

- **Suturas Suspensórias (Suspension Sutures):** Usadas em combinação com outras para manter o retalho na posição apical ou coronal desejada, especialmente em cirurgias mucogengivais.

- **Materiais de Sutura:**
 - **Não Reabsorvíveis:**
 - **Monofilamento (ex: Nylon, Polipropileno - Prolene):** Menos reatividade tecidual, desliza facilmente através dos tecidos, mas com maior memória (necessita mais nós) e dificuldade de manuseio para alguns. Indicado para manter o retalho em posição por tempo prolongado.
 - **Polifilamento (ex: Seda, Poliéster):** Mais fácil de manusear e amarrar, com excelente segurança do nó, mas com maior capilaridade e potencial para reter placa e bactérias. A seda é amplamente utilizada, mas deve ser removida em 7-14 dias devido à sua capilaridade.
 - **Reabsorvíveis (ex: Poliglactina 910 - Vicryl, Poliglecaprone 25 - Monocryl, Catgut):** Degradam-se com o tempo por hidrólise ou atividade enzimática. Úteis para suturas profundas, onde a remoção seria difícil ou desnecessária, ou em crianças. Apresentam maior reatividade tecidual inicial em comparação com os monofilamentos não reabsorvíveis.
 - **Tamanho:** Geralmente 4-0, 5-0 ou 6-0 para cirurgia periodontal, indicando a finura do fio.

6. Manejo Pós-Cirúrgico e Desfecho da Cirurgia Periodontal

Um pós-operatório bem gerenciado é tão importante quanto a cirurgia em si para garantir uma cicatrização sem intercorrências e um resultado satisfatório.

- **Medicações:**
 - **Analgésicos:** Paracetamol, AINEs (Ibuprofeno, Nimesulida). Devem ser instruídos para início antes do término da anestesia para controle da dor.
 - **Antibióticos:** Rotineiramente não são indicados para a maioria das cirurgias periodontais de acesso em pacientes saudáveis. Podem ser prescritos em casos de enxertos ósseos extensos, pacientes imunocomprometidos, grande extensão da cirurgia ou com alto risco de infecção sistêmica.
 - **Anti-inflamatórios:** AINEs são amplamente utilizados para controle da dor e edema pós-operatório.
 - **Corticosteroides (raro):** Em casos selecionados de edema pós-operatório severo (ex: dexametasona), mas com cautela devido aos seus potenciais efeitos colaterais.
- **Instruções Pós-Operatórias (Verbal e Escrita):**

- **Controle de Sangramento:** Morder gaze firmemente por 30-60 minutos após a cirurgia. Evitar cuspir ou bochechar vigorosamente nas primeiras 24 horas para não desalojar o coágulo.
- **Controle de Edema:** Aplicação de gelo (compressas frias) na face, intermitentemente (20 minutos a cada hora) nas primeiras 24-48 horas. Manter a cabeça elevada ao dormir.
- **Dieta:** Dieta líquida/pastosa e fria nas primeiras 24-48 horas, evoluindo para macia. Evitar alimentos duros, quentes, picantes ou que exijam mastigação excessiva na área operada.
- **Higiene Oral:**
 - **Primeiras 24-48 horas:** Evitar escovar a área operada. Bochechos suaves com clorexidina 0,12% (2x/dia por 30-60 segundos, por 7-14 dias) para controle químico da placa.
 - **Após 48 horas:** Escovação suave da área cirúrgica com escova macia. As áreas não operadas devem ser escovadas normalmente com a técnica habitual.
- **Dor:** A dor é esperada, mas deve ser controlada eficazmente com os analgésicos prescritos.
- **Atividade Física:** Evitar exercícios físicos intensos e atividades que aumentem a pressão sanguínea por 24-48 horas.
- **Tabagismo e Álcool:** Proibidos, pois comprometem seriamente a cicatrização tecidual e aumentam o risco de complicações.
- **Remoção de Sutures:** Geralmente em 7-14 dias, dependendo do material de sutura, da cicatrização do tecido e da técnica cirúrgica empregada.
- **Acompanhamento:** Consultas de acompanhamento para avaliar a cicatrização, realizar higiene profissional na área (limpeza suave), remover suturas e reforçar as instruções de higiene oral.
- **Desfecho da Cirurgia Periodontal (Resultados Esperados):**
 - O principal objetivo da cirurgia periodontal de acesso e das técnicas complementares é a **redução ou eliminação da profundidade de sondagem (PS)** e a **cessação do sangramento à sondagem (SGS)**, indicando controle da inflamação.
 - O desfecho biológico predominante nas cirurgias de bolsa ressectivas e de acesso (como o Widman Modificado) é o **reparo** tecidual, caracterizado pela

formação de um **epitélio juncional longo** aderido à superfície radicular. Este reparo estabiliza a condição, facilita a higiene e impede a progressão da doença.

- Em casos de cirurgias ósseas ressectivas, o desfecho inclui a remodelação óssea para um contorno fisiológico e a redução da profundidade da bolsa, com um periodonto mais raso e fácil de manter.

- A **estabilidade a longo prazo** dos resultados cirúrgicos depende crucialmente da **aderência do paciente ao programa de terapia periodontal de suporte (manutenção)** e de um controle de placa eficaz. A ausência de recorrência da doença e a manutenção do nível de inserção clínico são os principais indicadores de sucesso a longo prazo.

5 CONCLUSÃO

A Cirurgia Periodontal: Acesso Cirúrgico e Técnicas Complementares é um componente essencial da terapia periodontal para o manejo de bolsas profundas e defeitos anatômicos. O acesso cirúrgico, obtido principalmente através da elevação de retalhos mucoperiostais (como o Retalho de Widman Modificado), é o ponto de partida para o desbridamento exaustivo das superfícies radiculares e a remoção do tecido doente.

Além do acesso primário, este capítulo destacou a importância de técnicas cirúrgicas complementares, como as Cirurgias Ósseas (Osteoplastia e Ostectomia), para a remodelação da arquitetura óssea e eliminação de fatores que perpetuam a doença, e os Procedimentos de Cunha Distal, essenciais para o manejo de bolsas em regiões retromolares complexas. O sucesso dessas intervenções depende de um preparo pré-operatório rigoroso, do manuseio atraumático dos tecidos durante o procedimento, da estabilização adequada do retalho através de suturas, e de um manejo pós-operatório cuidadoso.

O desfecho primário da maioria dessas cirurgias ressectivas é o reparo com a formação de um epitélio juncional longo, que, embora não seja uma regeneração completa, é fundamental para o controle da doença e a estabilidade periodontal. A longevidade dos resultados é diretamente proporcional à aderência do paciente a um programa de manutenção rigoroso. Ao dominar essas complexas técnicas e os princípios biológicos subjacentes, baseados nas referências da Periodontia, o cirurgião-dentista pode oferecer soluções eficazes para a periodontite avançada, contribuindo significativamente para a saúde bucal e a qualidade de vida dos pacientes, habilidades indispensáveis para a aprovação em um concurso docente.

REFERÊNCIAS

1. Lindhe, Lang e Karring. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. 5A. edição. 2010.
2. Joly, J.C., Carvalho, P.F.M; Silva, R.C. Reconstrução Tecidual Estética. Procedimentos Plásticos e regenerativos Periodontais. 1a Ed. Editora Artmed, 2009.
3. Borghetti, A., Monnet-Corti, V. Cirurgia plástica Periodontal. 2a. Ed. Editora Artmed. 2011.
4. Cohen, E. Atlas de Cirurgia Periodontal reconstrutiva e Cosmética. 3a.Ed. Editora Santos. 2008.
5. Duarte, C.A. Cirurgia Periodontal Pré-protética e estética. 3a. Ed. Editora Santos. 2009.
6. Chujfi, E.S. Cirurgias plásticas periodontais e periimplantares. 1a Ed. Editora Santos. 2007.
7. Carranza, Newman, Takei e Klokkevold. Periodontia Clínica. 12 edição.2016.
8. Consolaro, A. Inflamação e reparo. 1aEd. Editora dental Press. 2009.
9. Genco, Goldman & Cohen. Periodontia Contemporânea. 1ª edição. St. Louis. 1990. Editora Mosby,
10. Klaus, Rateitschak & Wolf. Periodontia. Atlas Colorido de Odontologia. 3a edição. Artmed. 2006.
11. Armitage. Bases biológicas da terapia periodontal. 2ª edição. São Paulo. Editora Santos. 1993.
12. Brunetti , Fernandes, Bueno De Moraes. Fundamentos da Periodontia: teoria e prática. Artmed. 2007.
13. Zuhr & Hürzeler. Cirurgia Plástica Estética, Periodontal e Implantar - Uma abordagem microcirúrgica. 1a. Ed. 2013
14. Carranza, Newman, Takei e Klokkevold. Periodontia Clínica. 12 edição.2016.