

**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
CURSO DE ODONTOLOGIA**

Rodrigo Alves Lima

**ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL PARA RECOBRIMENTO
RADICULAR: RELATO DE CASO**

Santa Cruz do Sul
2018

Rodrigo Alves Lima

**ENXERTO SUBEPITELIAL DE TECIDO CONJUNTIVO PARA RECOBRIMENTO
RADICULAR: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), como requisito parcial para a obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Me. Edilson Fernando Castelo

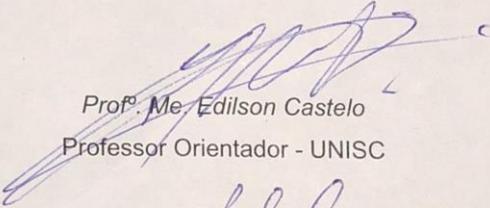
Santa Cruz do Sul

2018

Rodrigo Alves Lima

**ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL PARA
RECOBRIMENTO RADICULAR
RELATO DE CASO**

Esta monografia foi submetida à banca de avaliação do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul –UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-dentista.



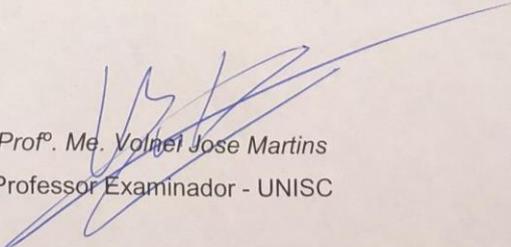
Prof. Me. Edilson Castelo

Professor Orientador - UNISC



Prof. Me. Atila Augusto Mundstock

Professor Examinador – UNISC



Prof. Me. Volnei Jose Martins

Professor Examinador - UNISC

Santa Cruz do Sul

2018

AGRADECIMENTOS

Tenho muito a agradecer a Deus pela sabedoria e pelo cuidado.

Aos meus pais, Claudiomiro Lima e Célia Lima, que sempre estiveram ao meu lado e não mediram esforços para que pudesse alcançar os meus objetivos.

Ao meu irmão, Ronnie Alves, pelo carinho.

À minha maravilhosa namorada, Raíssa Junqueira, por todo o amor, carinho, companheirismo e ajuda.

Ao meu professor, orientador e amigo, Edilson Castelo, por toda sua atenção, dedicação e esforço para que eu pudesse ter a confiança para realizar este trabalho.

E aos meus amigos que tornaram a vida em Santa Cruz do Sul muito melhor e mais feliz durante a faculdade inteira.

“É muito melhor lançar-se em busca de conquistas grandiosas, mesmo expondo-se ao fracasso, do que alinhar-se com os pobres de espírito, que nem gozam muito nem sofrem muito, porque vivem numa penumbra cinzenta, onde não conhecem nem vitória, nem derrota.” (ROOSEVELT).

RESUMO

A perda de inserção do periodonto, denominada recessão gengival, é um processo que resulta da migração total ou parcial do tecido gengival na face vestibular ou lingual dos dentes. Essa exposição da superfície radicular no meio bucal causa muitos malefícios, como abrasões, lesões cariosas e hipersensibilidade da superfície radicular, além de grande comprometimento estético. Para minimizar os sintomas de dor e os problemas estéticos gerados pelas recessões gengivais, são indicados tratamentos cirúrgicos periodontais. Dentre esses tratamentos, destaca-se o enxerto subepitelial de tecido conjuntivo. Diante disso, o presente trabalho objetiva relatar um caso clínico de cirurgia periodontal realizada por meio da técnica do reposicionamento coronário associado ao enxerto de tecido conjuntivo. Além disso, este estudo visa comparar os resultados obtidos a partir da utilização de duas técnicas diferentes para a retirada de tecido do palato em paciente que apresentava recessão gengival Classe I de Miller no dente 13 e Classe II de Miller no dente 23. O paciente, do gênero masculino, leucoderma, 20 anos, compareceu à Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), queixando-se da estética dos caninos superiores. Os resultados alcançados foram satisfatórios em ambas as técnicas, cada uma com seus pontos positivos e negativos.

Palavras-chaves: Enxerto de tecido conjuntivo. Estética gengival. Periodontia. Recessão gengival. Retalho reposicionado coronalmente.

ABSTRACT

The loss of periodontal insertion, called gingival recession, is a process that results from the total or partial migration of the gingival tissue on the vestibular or lingual face of the teeth. This exposure of the root surface in the oral environment causes many damages, such as abrasions, carious lesions and hypersensitivity of the root surface, besides great aesthetic commitment. Periodontal surgical treatments are indicated to minimize pain symptoms and aesthetic problems caused by gingival recessions. A treatment option, is the subepithelial graft of connective tissue. The objective of this study is to describe a clinical case of periodontal surgery through the technique of coronary repositioning associated with the connective tissue graft and compare the found results where two different techniques were used to remove tissue from the palate on a patient with Miller Class I gingival recession on 13 tooth and Miller Class II on 23 tooth. The patient, male, leucoderm skin, 20 years old, appeared at the Clinic of Dentistry of the Universidade de Santa Cruz do Sul, complaining about the aesthetics of the upper canines. The obtained results were satisfactory in both techniques, each on with their positive and negative points.

Keywords: gingival recession, periodontics, gingival aesthetics, connective tissue graft, coronally repositioned retail.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema de classificação I e II de Miller.....	15
Figura 2 – Esquema de classificação Classe III de Miller.....	15
Figura 3 – Esquema de classificação Classe IV de Miller.....	15
Figura 4 – Recessão gengival Classe I de Miller no canino superior direito (dente 13)	22
Figura 5 – Recessão gengival Classe II de Miller no canino superior esquerdo (dente 23)	23
Figura 6 – Área doadora designada para retirada do tecido conjuntivo (palato).....	23
Figura 7 – Disposição da mesa cirúrgica antes do procedimento.....	24
Figura 8 – Incisões mucogengivais verticais ligeiramente divergentes na distal e mesial do dente 13.....	25
Figura 9 – Utilização da ponta diamantada 3216 na região radicular receptora	25
Figura 10 – Bisturi lâmina 15C realizando incisão por meio da técnica do alçapão ..	26
Figura 11 – Alçapão aberto para retirada de tecido conjuntivo.....	26
Figura 12 – Suturas simples realizadas no local do sítio doador com fio agulhado mononylon 5.0 da marca Shaldon® (Shaldon Suturas, São Luís M., GO)	27
Figura 13 – Tecido conjuntivo de aproximadamente 3 mm	28
Figura 14 – Tecido conjuntivo posicionado na área receptora.....	28
Figura 15 – Retalho reposicionado sobre o enxerto com suturas simples	29
Figura 16 – Recessão gengival presente no dente 23.....	30
Figura 17 – Área palatina doadora com fio de sutura após 7 dias do procedimento cirúrgico	31
Figura 18 – Área receptora do dente 23 com pontos de sutura simples 7 dias após o procedimento cirúrgico	31
Figura 19 – Prescrição pós-operatória em ambos os procedimentos	32
Figura 20 – Pós-operatório de 14 dias da área receptora (dente 13)	33
Figura 21 – Pós-operatório de 14 dias da área doadora (palato lado esquerdo)	33
Figura 22 – Pós-operatório de 14 dias da área receptora (dente 23)	34
Figura 23 – Pós-operatório de 14 dias da área doadora (palato lado direito)	34
Figura 24 – Pós-operatório de 140 dias da área receptora (dente 13)	35
Figura 25 – Pós-operatório de 140 dias da área receptora (dente 23)	35
Figura 26 – Pós-operatório de 140 dias da área doadora em ambos os lados.....	36

Figura 27 – Comparação entre o antes e depois do procedimento cirúrgico (dente 13)	36
Figura 28 – Comparação entre o antes e depois do procedimento cirúrgico (dente 23)	37
Quadro 1 – Classificação de Miller.....	14

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 Aspecto biológico periodontal	12
2.2 Recessões gengivais	13
2.2.1 Classificação	14
2.3 Indicações e contraindicações de recobrimentos radiculares	16
2.4 Técnicas de recobrimento radicular	16
2.4.1 Retalho reposicionado coronalmente	16
2.4.2 Técnica de enxerto de tecido conjuntivo	17
2.4.3 Técnica do enxerto de tecido conjuntivo com recobrimento total do enxerto pelo retalho posicionado coronalmente	18
2.5 Técnica de remoção de tecido conjuntivo da área doadora	19
2.5.1 Técnica do alçapão	19
2.5.2 Técnica das incisões paralelas	20
3 METODOLOGIA	21
3.1 Delineamento	21
3.2 Seleção do material bibliográfico	21
4 RELATO DE CASO	22
4.1 Diagnóstico, avaliação e profilaxia	22
4.2 Tratamento cirúrgico periodontal do dente 13	23
4.3 Tratamento cirúrgico periodontal do dente 23	29
4.4 Acompanhamento	32
5 DISCUSSÃO	38
6 CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	46
APÊNDICE B – Termo submetido à Coordenação do Curso de Odontologia ...	47

1 INTRODUÇÃO

O sorriso é um componente importante para equilíbrio e harmonização da face, de modo que a estética está muito presente na prática odontológica contemporânea. Na construção do sorriso, interferem inúmeras variáveis relativas aos dentes, tais como posição, forma, cor e nível gengival, sendo uma mínima alteração suficiente para afetar a estética.

Entre as alterações que atingem a cavidade bucal, as doenças periodontais estão amplamente presentes na população mundial, atingindo grande parte dos indivíduos adultos. A perda de inserção do periodonto, denominada recessão gengival, é uma das doenças periodontais classificada como uma enfermidade de alta prevalência (PAREDES et al., 2008).

A recessão gengival consiste em um processo que resulta da migração total ou parcial do tecido gengival na face vestibular ou lingual dos dentes, podendo se apresentar de forma localizada ou generalizada e estar associada a uma ou mais superfícies dentárias (KASSAB; BADAWI; DENTINO, 2010). Essa exposição da superfície radicular no meio bucal causa muitos malefícios, como abrasões, lesões cariosas e hipersensibilidade da superfície radicular, além de grande comprometimento estético (PEREIRA, 2007). Assim, pacientes que possuem dentes com recessão gengival podem apresentar sintomatologia dolorosa, resultando na falta de princípios básicos da higiene bucal e, conseqüentemente, na possibilidade de desenvolver quadros de cárie e outras doenças periodontais (FURLAN et al., 2008).

Para minimizar os sintomas de dor e os problemas estéticos causados pelas recessões gengivais, são indicados tratamentos cirúrgicos periodontais. Entre esses tratamentos, destaca-se o enxerto subepitelial de tecido conjuntivo, que proporciona vantagens como o aumento tecidual em espessura e altura. Além disso, tal procedimento permite prever o posicionamento na área receptora, com uma sintomatologia pouco dolorosa no pós-operatório (DANESH-MEYER; WIKESJÖ, 2001; KATO SEGUNDO; ALVES, 2005).

O procedimento em questão proporciona, portanto, grandes benefícios ao paciente, bem como ganho de experiência clínica ao profissional. Tal experiência pode ser utilizada, por exemplo, para auxiliar futuramente na realização de outras cirurgias plásticas periodontais semelhantes. Diante disso, diminuir a sensibilidade

dentária do paciente é um dos objetivos específicos deste trabalho, bem como melhorar sua estética e o controle de placa da região onde a recessão gengival se faz presente.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Aspecto biológico periodontal

Conhecer a anatomia gengival é extremamente importante para o dentista, não só para diagnosticar e identificar as recessões gengivais, mas também para selecionar o tipo de técnica cirúrgica a ser empregada em seu tratamento. A gengiva, junto do ligamento periodontal, do cemento e do osso alveolar, forma o periodonto. O periodonto, por sua vez, é o responsável por inserir o dente no tecido ósseo e manter a integridade da superfície da mucosa mastigatória da cavidade oral (LINDHE; LANG, 2015).

Baseando-se na identificação de características clínicas facilmente percebidas, alguns autores tentaram classificar o periodonto em tipos, com o objetivo de definir o diagnóstico e o tratamento cirúrgico periodontal caso haja necessidade (BORGHETTI; MONNET-CORTI, 2002). Para diagnosticar o biótipo periodontal, o exame clínico é essencial. Esse exame deve, além de utilizar sonda periodontal no sulco para detectar a espessura da gengiva, estar associado a uma análise de todos os fatores morfológicos gengivais, tendo impacto na estética e harmonia final do sorriso (MÜLLER, 2000).

Segundo Seibert e Lindhe (1997), o termo biótipo periodontal descreve a característica da espessura da gengiva em uma dimensão vestibulo-lingual. Ochsenbein e Ross (1969) estabeleceram duas classificações de diagnóstico visível para a espessura da gengiva: fina e grossa.

A espessura gengival grossa contém mais tecido queratinizado, que pode ser definido como uma mucosa composta de queratina ou paraqueratina que se estende da junção mucogengival até a margem gengival livre. A gengiva inserida, como é chamada, fornece uma maior proteção, suportando os traumas da mastigação, e uma maior durabilidade ao periodonto contra injúrias externas (LANG; LOE, 1972).

A mucosa queratinizada proporciona uma proteção biológica e diminui o desconforto e a irritação dos pacientes durante a higiene oral, sendo o controle da placa bacteriana na manutenção destinado a evitar a quebra dessa proteção. Assim, pouca quantidade de mucosa queratinizada está diretamente relacionada a uma higiene oral falha e influencia negativamente a manutenção dos tecidos marginais de dentes restaurados ou implantes dentários em longo prazo (CHUNG et al., 2006).

Dessa maneira, uma mucosa queratinizada de pelo menos 2 mm é de extrema importância, pois sua presença traz benefícios como manutenção da saúde gengival e diminuição do acúmulo de placa e sangramento gengival (CHUNG et al., 2006).

2.2 Recessões gengivais

A American Academy of Periodontology (AAP, 1992) definiu a recessão gengival como o deslocamento da margem gengival apicalmente à junção amelocementária. Esse fenômeno pode se apresentar como localizado ou generalizado e estar associado a uma ou mais superfícies, gerando uma exposição radicular não agradável esteticamente e que pode levar à sensibilidade e cárie radicular (GARCIA; BUJALDÓN; RODRIGUEZ, 2015).

Pesquisas epidemiológicas revelam uma grande variação (7 a 40%) na prevalência da recessão gengival, assim como uma tendência de aumento com a idade e maior gravidade e prevalência em pessoas com ótima higiene bucal (BORGHETTI; LOUISE, 2002). As recessões gengivais têm como principais fatores causais a inflamação periodontal provocada por placa e o trauma causado pela escovação. Podem ser causadas, ainda, por questões como doença periodontal, mau posicionamento dos dentes, inserções de freios e bridas, restaurações em contato com a gengiva, extrações de dentes adjacentes, movimentação ortodôntica, predisposição genética, fatores iatrogênicos, trauma oclusal, coroas provisórias mal adaptadas e deiscências ósseas (ROSEN, 1996). O controle desses fatores, bem como a conscientização do paciente, previne a progressão futura da recessão (LINDHE; LANG, 1999).

No decorrer dos últimos anos, os estudos sobre periodontia foram mudando o seu enfoque, deixando de se preocupar apenas com a prevenção e o tratamento de doenças gengivais para dar espaço a alternativas efetivas relacionadas à reconstrução de tecidos perdidos (CARVALHO; SILVA; JOLY, 2007). Para definir a técnica mais apropriada para o recobrimento radicular de raízes expostas, deve-se observar alguns fatores, tais como quantidade de gengiva queratinizada, espessura gengival, altura e largura das papilas e presença ou ausência de lesões cervicais (CARVALHO; SILVA; JOLY, 2007).

Na maioria dos casos, os pacientes procuram tratamento para as recessões quando estas afetam sua estética. Em virtude da demanda cada vez maior dos

pacientes, o recobrimento radicular previsível tem sido um dos procedimentos da terapia periodontal utilizado há algum tempo (HARRIS, 1992).

2.2.1 Classificação

O estudo quanto às classificações das recessões gengivais é muito amplo, existindo, assim, muitas propostas de definição. A maior parte dos métodos de classificação não fornece toda a informação necessária relacionada com a recessão do tecido marginal, informação essa que é importante para o diagnóstico, prognóstico e plano de tratamento e até para facilitar a comunicação entre os clínicos (KUMAR; MASAMATTI, 2013).

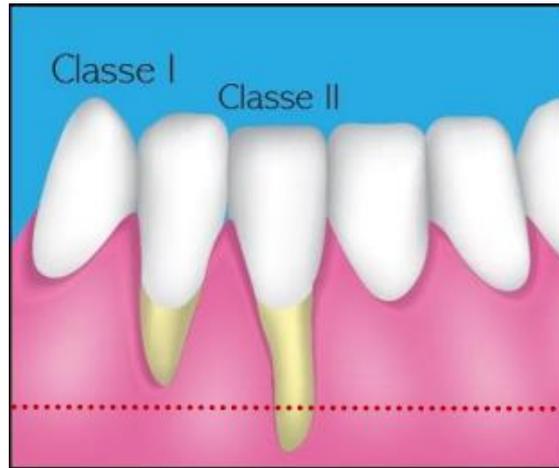
De todos os sistemas de classificação existentes, o proposto por Miller é o mais amplo, aceito e utilizado (KUMAR; MASAMATTI, 2013). A classificação de Miller categoriza as recessões do tecido marginal em quatro classes distintas, que são descritas no Quadro 1, exposto a seguir.

Quadro 1 – Classificação de Miller

Classificação	Condição
Classe I	A recessão não atinge a linha mucogengival e não apresenta perda de tecido interdentário.
Classe II	A recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival, sem perda de tecido interdentário.
Classe III	Há perda de tecido ósseo interdentário, e o tecido gengival proximal está apical à junção cimento-esmalte e coronário à recessão.
Classe IV	Há a perda de tecido interdentário, e o tecido gengival proximal está ao nível da base da recessão.

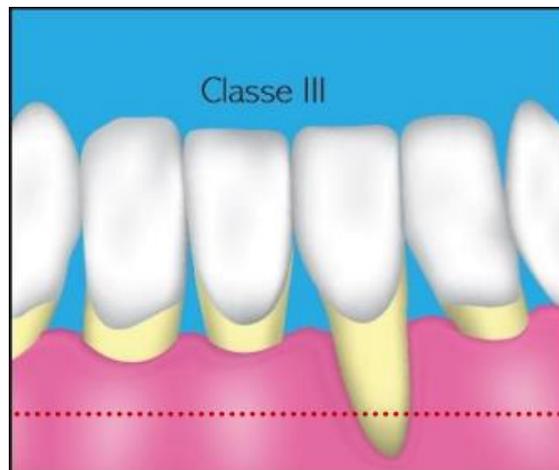
Fonte: Miller (1985).

Figura 1 – Esquema de classificação I e II de Miller



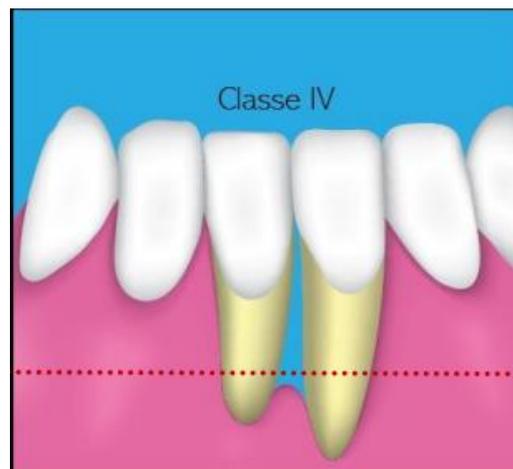
Fonte: LOURENÇO; LOURENÇO JR; VITRAL (2007)

Figura 2 – Esquema de classificação Classe III de Miller



Fonte: LOURENÇO; LOURENÇO JR; VITRAL (2007)

Figura 3 – Esquema de classificação Classe IV de Miller



Fonte: LOURENÇO; LOURENÇO JR; VITRAL (2007)

Segundo Lindhe e Lang (2015), enquanto nas recessões Classe I e Classe II de Miller é possível obter um completo recobrimento radicular, nas recessões Classe III é previsível apenas um recobrimento parcial. Já as recessões Classe IV não são receptivas a recobrimento radicular.

2.3 Indicações e contraindicações de recobrimentos radiculares

Tendo em vista a procura cada vez maior por tratamento para recessões, Saade e Bassani, em 2002, listaram como indicações para realização de recobrimento radicular os seguintes casos: existência de sensibilidade dentária; presença de cáries cervicais rasas; preservação e aumento de gengiva queratinizada; necessidade de melhorar as condições de higienização; abrasões cervicais; motivos estéticos, como recobrimento de “dentes muito alongados”; interrupção da progressão de recessões gengivais; e prevenção pré-movimentos ortodônticos. Por outro lado, listaram algumas contraindicações para o uso dessa técnica: recessões Classe III e IV de Miller; doença periodontal ativa; pacientes fumantes; e perfil psicológico do paciente.

2.4 Técnicas de recobrimento radicular

Existem diversas técnicas cirúrgicas eficazes para recobrimento radicular, podendo ser classificadas como enxertos de tecidos moles pediculados ou enxertos de tecidos moles livres. Procedimentos de enxerto pediculado podem ser agrupados em procedimentos de retalho reposicionado e procedimentos avançados, enquadrando-se neste último grupo o retalho de reposicionamento coronal. As técnicas de enxerto livre de tecidos moles autógenos podem ser realizadas como enxerto epitelizado ou como enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (LINDHE; LANG, 2015).

2.4.1 Retalho reposicionado coronalmente

Existem muitos tipos de abordagens cirúrgicas para recobrir áreas que apresentam recessão gengival. Entre essas técnicas de cirurgia periodontal,

encontra-se o retalho reposicionado coronalmente, uma cirurgia do tipo pediculada que é indicada para casos de recobrimento radicular em que haja presença de faixa de mucosa queratinizada (MESSORA et al., 2009).

O protocolo para realização da técnica do retalho reposicionado coronalmente consiste em iniciar o procedimento com duas incisões relaxantes verticais, que devem se estender de um ponto coronariamente à junção cimento-esmalte nas proximais do dente e apicalmente à mucosa de revestimento. Após, um retalho dividido é preparado pela dissecação mesial e distal à retração e conectado com uma incisão intrassulcular. Apicalmente à margem de tecido mole retraído, na face vestibular do dente, deve-se usar um retalho tecidual, a cerca 3 mm apicalmente à deiscência óssea, para o recobrimento radicular. É realizada, então, uma incisão horizontal por meio do periósteo, seguida de uma dissecação romba da mucosa de revestimento vestibular, para liberar a tensão muscular. O deslocamento é estendido apical e lateralmente, de maneira tal que o enxerto de tecido mucoso possa ser facilmente reposicionado no nível da junção cimento-esmalte.

Posteriormente, o retalho é reposicionado a nível coronal e ajustado para uma adequação ótima ao leito receptor preparado. Assim, suturando-se o retalho ao leito receptor do tecido conjuntivo nas regiões da papila, é possível manter o nível de junção cimento-esmalte. Por fim, suturas adicionais laterais são feitas para fechar cuidadosamente a ferida das incisões relaxantes (WENNSTRÖM; PINI PATRO, 2005).

2.4.2 Técnica de enxerto de tecido conjuntivo

Saade e Bassani (2002) enumeraram como indicações para o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial a impossibilidade clínica de um deslocamento lateral do retalho, retrações gengivais isoladas e largas, retrações múltiplas, abrasão radicular pequena, sensibilidade dentária e comprometimento estético. Como contraindicações, citaram áreas doadoras de pouca espessura, má higiene bucal e não colaboração do paciente ao tratamento, além de recessões Classe IV de Miller.

A técnica de enxerto de tecido conjuntivo é baseada no princípio do retalho reposicionado coronalmente, sendo usada quando existe falta de tecido queratinizado ou quando este é extremamente delgado (PREUS et al., 2002). Em 1985, Langer e Langer descreveram a técnica utilizando enxerto de tecido conjuntivo

epitelial no tratamento de recessões múltiplas e isoladas. Os autores citaram como indicações dessa técnica recessões gengivais isoladas e profundas, recessões múltiplas, recessões múltiplas com pouca gengiva aderida e recessões adjacentes a uma área edêntula que também requer aumento de crista (LANGER; LANGER, 1985).

Um recobrimento radicular previsível, com um resultado estético satisfatório, pode ser obtido por meio da técnica cirúrgica de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, hoje considerada a maneira mais eficaz para esse fim. Tal técnica associa um retalho que cobre o enxerto e o apoio vascular, certificando a nutrição do enxerto e atingindo o revestimento da raiz com grande previsibilidade (AHATHYA et al., 2008).

2.4.3 Técnica do enxerto de tecido conjuntivo com recobrimento total do enxerto pelo retalho posicionado coronalmente

Langer e Langer (1985) apresentaram a técnica de tecido conjuntivo subepitelial, que propõe o uso de enxerto de tecido conjuntivo combinado com retalho pediculado de espessura parcial. Essa técnica clássica foi inicialmente criada para preencher com tecido conjuntivo defeitos ósseos e melhorar a estética em coroas e pânticos. Em seguida, foi modificada para recobrir raízes expostas à cavidade oral.

Para entender melhor a técnica, é preciso lembrar que existem duas áreas: uma área receptora onde se encontra a raiz exposta e uma área doadora (tecido conjuntivo). Na margem coronal da área receptora, realiza-se uma incisão sulcular horizontal ao nível da junção amelocementária na área da recessão gengival, com preservação das papilas interproximais. Posteriormente, são realizadas duas incisões verticais, que devem ser mais largas em mesial e distal, elevando-se, assim, um retalho de espessura parcial, estendido além da junção mucogengival. Na área doadora, efetua-se uma incisão horizontal que dista, aproximadamente, 5 a 6 mm da margem gengival dos dentes. Uma segunda incisão horizontal é realizada, distando da primeira cerca de 1,5 a 2 mm no sentido coronal. Em seguida, realizam-se, em ambos os lados das incisões horizontais, incisões verticais, ou de relaxamento, que permitem elevar e auxiliar a incisão do tecido conjuntivo. O enxerto retirado da área doadora é, então, colocado sobre as raízes expostas e suturado ao

tecido conjuntivo subjacente interproximal. O retalho de espessura parcial é posicionado coronalmente, cobrindo o enxerto, e suturado nessa posição final (LANGER; LANGER, 1985).

Os resultados relacionados à técnica do enxerto de tecido conjuntivo com recobrimento total do enxerto pelo retalho posicionado coronalmente são muito positivos esteticamente, embora algumas vezes uma colocação levemente mais clara e diferenciada do tecido possa ser observada. Em algumas ocasiões, todo o sítio que comporta o tecido conjuntivo transplantado (mesmo submerso) pode ficar com uma cor levemente esbranquiçada ou rosada. Conclui-se, assim, que o resultado estético da associação de tecido conjuntivo e de tecido reposicionado coronalmente é muito satisfatório e apresenta grandes chances de sucesso (LINDHE; LANG; KARRING, 2010).

2.5 Técnica de remoção de tecido conjuntivo da área doadora

Existem diversas maneiras para realizar a remoção de tecido conjuntivo da área doadora, e cada uma das técnicas pode ser utilizada de acordo com suas indicações específicas de enxerto (BORGHETTI; MONNET-CORTI, 2002).

2.5.1 Técnica do alçapão

A técnica do alçapão, como o nome sugere, consiste em fazer incisões nos três lados de um retângulo, conservando o quarto lado como pedículo irrigador. A dissecação de um alçapão permite o acesso ao tecido conjuntivo subjacente e a remoção da espessura requerida segundo a necessidade da área receptora (BORGHETTI; MONNET-CORTI, 2002).

Após elevação do extremo livre do alçapão e remoção do enxerto, o tecido conjuntivo subepitelial é imediatamente colocado em soro fisiológico ou entre duas compressas úmidas. O sítio doador é então fechado com pontos de sutura simples, propiciando, assim, cicatrização por primeira intenção. O objetivo do procedimento consiste em obter um tecido conjuntivo denso. Entretanto, junto desse tecido mais denso, é muito comum vir uma subcamada de tecido adiposo. É importante remover essa massa amarelada, pois o tecido adiposo pode vir a dificultar a revascularização (BORGHETTI; MONNET-CORTI, 2002).

Conforme Borghetti e Monnet-Corti (2002), os locais de remoção de tecido conjuntivo para utilização dessa técnica são palato e rebordo edêntulo. Trata-se de uma técnica indicada para: recobrimento radicular, preenchimento de crista, cirurgia plástica peri-implantar, espessamento gengival pré-protético e criação de tecido queratinizado.

2.5.2 Técnica das incisões paralelas

A técnica das incisões paralelas é muito simples, consistindo na realização de duas incisões paralelas. Para isso, pode ser utilizado um bisturi de duas lâminas (bisturi de Harris). Esse bisturi possui um espaçamento de 1 a 1,5 mm entre as suas lâminas, a fim de manter sempre a mesma distância entre as duas incisões em todo o comprimento de remoção. Palato, crista edêntula e tuberosidade são sítios próprios para realização dessa técnica (BORGHETTI; LOUISE, 2002).

A retirada de tecido conjuntivo subepitelial com a ajuda do bisturi de Harris é bastante simples. Uma vez determinada a zona de remoção, as duas lâminas penetram até atingir o osso. Em seguida, move-se o bisturi no sentido médio-distal, tornando constante a espessura do enxerto. O deslocamento do tecido conjuntivo é mais minucioso do que sua remoção: é preciso utilizar um bisturi clássico de forma a unir os dois traços de incisão às extremidades laterais. Em sua porção apical, o enxerto deve ser removido com lâmina ou extrator. O local é então suturado. Pode-se considerar como grande vantagem dessa técnica a obtenção fácil e rápida de um enxerto de espessura constante de 1,5 mm em toda a sua extensão (BORGHETTI; LOUISE, 2002).

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) realizado consiste na descrição de um caso clínico que foi executado no Curso de Extensão em Cirurgia Periodontal da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Rio Grande do Sul, no decorrer do ano de 2018.

3.2 Seleção do material bibliográfico

Para a revisão de literatura e execução do caso clínico, foram utilizados livros e artigos científicos, publicados entre os anos 1985 e 2015. A consulta aos livros foi realizada na Biblioteca da UNISC, e os artigos foram coletados nas bases de dados Scielo, Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Google Acadêmico.

Para a busca dos artigos, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: recessão gengival, periodontia, estética gengival, enxerto de tecido conjuntivo e retalho reposicionado coronalmente. As pesquisas a partir dessas palavras-chave foram efetuadas nos idiomas português, inglês e espanhol.

4 RELATO DE CASO

4.1 Diagnóstico, avaliação e profilaxia

Paciente do gênero masculino, 20 anos de idade, compareceu à Clínica de Odontologia da UNISC no dia 27 de abril de 2018, tendo como queixa principal a insatisfação com a aparência estética de seu sorriso. Nesta consulta, em que foi realizado um exame intrabucal, verificou-se a presença de um biótipo periodontal fino e várias recessões gengivais, incluindo uma recessão Classe I de Miller no canino superior direito e uma recessão Classe II de Miller no canino superior esquerdo, que foram selecionadas, devido à solicitação do paciente, para a realização de cirurgia periodontal (Figuras 1 e 2). O palato, tanto do lado esquerdo quanto do lado direito, também foi avaliado, sendo considerado como ótima área doadora para realização dos procedimentos (Figura 3). Posteriormente, ao analisar os exames complementares, foi indicada a técnica de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, pelas vantagens descritas anteriormente na revisão da literatura.

Antes da cirurgia, o paciente recebeu toda a orientação de higiene necessária para um bom controle de placa. Após, realizaram-se raspagem e profilaxia de toda a área envolvida.

Figura 4 – Recessão gengival Classe I de Miller no canino superior direito (dente 13)



Fonte: elaborada pelo autor (2018).

Figura 5 – Recessão gengival Classe II de Miller no canino superior esquerdo (dente 23)



Fonte: elaborada pelo autor (2018).

Figura 6 – Área doadora designada para retirada do tecido conjuntivo (palato)



Fonte: elaborada pelo autor (2018).

4.2 Tratamento cirúrgico periodontal do dente 13

Planejado o diagnóstico do caso, o tratamento proposto foi a realização de uma cirurgia plástica periodontal baseada na técnica do retalho reposicionado coronalmente, associada ao enxerto de tecido conjuntivo. A cirurgia aconteceu no dia 14 de maio de 2018. Primeiramente, depois de montar a mesa cirúrgica (Figura 4), deu-se início ao procedimento, sendo realizadas as técnicas anestésicas de bloqueio do nervo infraorbital e do nervo palatino maior, com carpule, agulha e

tubete de anestesia de lidocaína com epinefrina 1:100.000 (Alphacaine 100 – DFL – Rio de Janeiro, RJ). Após certificada a correta anestesia, realizaram-se incisões mucogengivais verticais ligeiramente divergentes na distal e mesial do dente 13 por meio de um cabo de bisturi e lâmina de bisturi 15C (Embramac – Campinas, SP) (Figura 5). Após o levantamento ideal do tecido mucogengival, foi utilizada caneta de alta rotação juntamente da ponta diamantada 3216 com refrigeração (Figura 6) para o aplainamento da área receptora, bem como alisamento da raiz, promovendo, assim, melhor assentamento do tecido conjuntivo enxertado. A aspiração durante todo o procedimento foi realizada com aspirador cirúrgico descartável (Indusbello – Londrina, PR).

Figura 7 – Disposição da mesa cirúrgica antes do procedimento



Fonte: elaborada pelo autor (2018).

Figura 8 – Incisões mucogengivais verticais ligeiramente divergentes na distal e mesial do dente 13



Fonte: elaborada pelo autor (2018).

Figura 9 – Utilização da ponta diamantada 3216 na região radicular receptora



Fonte: elaborada pelo autor (2018).

No sítio doador (palato), procedeu-se à anestesia infiltrativa com o mesmo anestésico. A área escolhida foi entre segundo pré-molar e primeiro molar do lado esquerdo, sempre respeitando 1 a 2 mm da margem gengival. O enxerto foi retirado pela “técnica do alçapão”, iniciado por três incisões na forma de um quadrado, conservando o epitélio, utilizando a mesma lâmina 15C de bisturi, conforme as Figuras 7 e 8. Com isso, preparou-se o enxerto para que ultrapassasse apicalmente a recessão em 3 mm, aumentando, assim, as chances de ganho vascular. Em

seguida, o enxerto foi levado ao sítio receptor experimentado e adaptado sem tensão sobre a raiz, recobrando totalmente a área da recessão. Foram realizadas, então, suturas simples na região do sítio doador, conforme Figura 9, com um porta-agulha e um fio agulhado mononylon 5.0 da marca Shaldon® (Shaldon Suturas, São Luís M., GO).

Figura 10 – Bisturi lâmina 15C realizando incisão por meio da técnica do alçapão



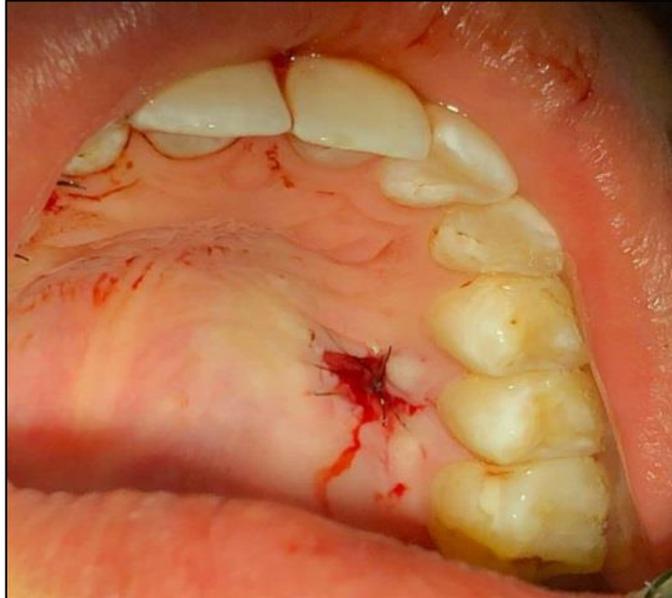
Fonte: elaborada pelo autor (2018).

Figura 11 – Alçapão aberto para retirada de tecido conjuntivo



Fonte: elaborada pelo autor (2018).

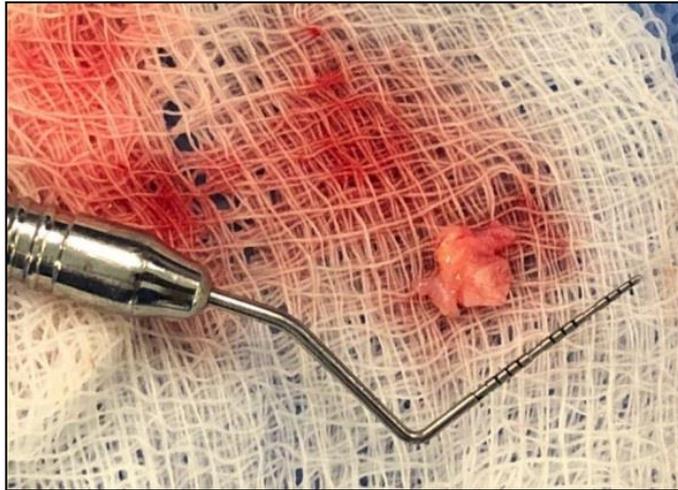
Figura 12 – Suturas simples realizadas no local do sítio doador com fio agulhado mononylon 5.0 da marca Shaldon® (Shaldon Suturas, São Luís M., GO)



Fonte: elaborada pelo autor (2018).

O tecido conjuntivo foi removido com lâmina de bisturi número 15 e armazenado em soro fisiológico, propiciando um enxerto de espessura e tamanho adequados (Figura 10). Efetuou-se, após, a imobilização do enxerto na região do sítio receptor. Fixou-se o enxerto ao tecido conjuntivo subjacente interproximal com suturas laterais (Figura 11), utilizando porta-agulha e fio agulhado mononylon 5.0 da marca Shaldon® (Shaldon Suturas, São Luís M., GO). O retalho foi recolocado sobre o enxerto, tracionando para a coronal contra o dente, recobrando o enxerto o máximo possível. Por fim, foram suturadas as incisões verticais e a região interproximal, com pontos simples, conforme Figura 12.

Figura 13 – Tecido conjuntivo de aproximadamente 3 mm



Fonte: elaborada pelo autor (2018).

Figura 14 – Tecido conjuntivo posicionado na área receptora



Fonte: elaborada pelo autor (2018).

Figura 15 – Retalho reposicionado sobre o enxerto com suturas simples



Fonte: elaborada pelo autor (2018).

Com o enxerto posicionado, realizou-se uma compressão sobre este para que a camada de coágulo entre o enxerto e o leito fosse a menor possível. Sutures no periósteo foram realizadas de maneira que envolvessem a região cervical dos dentes e o enxerto fosse comprimido pelos fios que ficaram posicionados sobre ele. Para essas suturas, foram usados fios mononylon 5.0. Com o enxerto fixo na área, o retalho mucoso foi reposicionado e suturado coronalmente, respeitando a necessidade de recobrir totalmente o enxerto pelo retalho.

4.3 Tratamento cirúrgico periodontal do dente 23

Passados 21 dias da cirurgia periodontal do canino superior direito (dente 13), foi realizado o procedimento do lado oposto no dia 08 de junho de 2018 (Figura 13), momento em que a cicatrização e a saúde do paciente permitiam efetuar o segundo procedimento. A disposição da mesa cirúrgica foi a mesma (Figura 4) do tratamento anterior, assim como todos os procedimentos realizados na primeira cirurgia foram repetidos na segunda, porém, do lado oposto. A técnica anestésica foi novamente a de bloqueio do nervo infraorbital e do nervo palatino maior, com carpule, agulha e tubete de anestesia de lidocaína com epinefrina 1:100.000 (Alphacaine 100 – DFL – Rio de Janeiro, RJ), realizada, dessa vez, do lado esquerdo.

Foram efetuadas incisões mucogengivais verticais ligeiramente divergentes na distal e mesial do dente 23 por meio de um cabo de bisturi e uma lâmina de bisturi 15C (Embramac – Campinas, SP). Assim como na primeira cirurgia, após o

levantamento ideal do tecido mucogengival, foi utilizada caneta de alta rotação, juntamente da ponta diamantada 3216 com refrigeração, para realizar o aplainamento da área receptora, promovendo melhor assentamento do tecido conjuntivo enxertado.

O grande diferencial da cirurgia de enxerto do dente 23 foi a técnica utilizada para a retirada do tecido conjuntivo da área doadora. Dessa vez, procedeu-se à técnica das incisões paralelas, sendo realizadas duas incisões paralelas equidistantes em aproximadamente 1,5 mm por meio de um cabo de bisturi e uma lâmina de bisturi número 15C no lado esquerdo do palato. Posteriormente, foram realizadas incisões laterais ao enxerto e na porção apical para remoção do tecido internamente, deixando a porção mais externa do tecido conjuntivo e epitélio no palato. Com essa técnica, obteve-se uma porção de tecido conjuntivo mais fino e comprido, ou seja, com uma espessura menor do que a obtida por meio da técnica do alçapão.

A área palatina doadora foi reparada pela técnica de sutura contínua ancorada, utilizando o fio mononylon 5.0 (Figura 14).

Figura 16 – Recessão gengival presente no dente 23



Fonte: elaborada pelo autor (2018).

Figura 17 – Área palatina doadora com fio de sutura após 7 dias do procedimento cirúrgico



Fonte: elaborada pelo autor (2018).

A área receptora do dente 23 foi concebida com um enxerto de aproximadamente 1,5 mm de espessura e 2 mm de comprimento, que, logo após ser embebido em soro fisiológico, foi suturado na região. Pontos de sutura simples foram realizados na área, fixando e cobrindo perfeitamente o tecido conjuntivo enxertado, como mostra a Figura 15.

Figura 18 – Área receptora do dente 23 com pontos de sutura simples 7 dias após o procedimento cirúrgico



Fonte: elaborada pelo autor (2018).

Nos dois procedimentos, o paciente recebeu recomendações pós-operatórias, tais como: ficar em repouso, evitar exposição ao sol, realizar dieta de alimentos frios e pastosos no mínimo 48 horas após cada procedimento, efetuar escovação normal dos dentes e da língua evitando encostar na área cirúrgica, fazer bochechos com antisséptico bucal 24 horas depois da cirurgia e tomar o medicamento prescrito na receita.

A prescrição pós-operatória concedida ao paciente (Figura 16), tanto na cirurgia do dente 13 quanto na do dente 23, foi de uso do medicamento Paracetamol 750 mg, administrado a cada 6 horas durante três dias, totalizando, assim, 12 comprimidos. Recomendou-se, ainda, o uso de Clorexidine 0,12% para bochechos repetidos três vezes ao dia, a fim de promover a higienização da área.

Figura 19 – Prescrição pós-operatória em ambos os procedimentos

UNISC Curso de Odontologia
Av. Independência, 2293 CEP: 96815-900
Santa Cruz do Sul - RS Fone: (51) 3717-7300

Receituário 1ª via - Paciente
2ª via - Curso de Odontologia

Paciente: José Miguel Foster Filho

Endereço:

Prescrição:

Via ORAL

PARACETAMOL 750mg - 12 COMPRIMIDOS
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS

CLOREXIDINE 0,12% - REALIZAR
BOCHECHOS 3x AO DIA.

14/05/18
Data

Assinatura do Profissional
Nome: Edilson de Lencastre
CRO-RS: 13329

Fonte: elaborada pelo autor (2018).

4.4 Acompanhamento

O pós-operatório da primeira cirurgia (dente 13) foi realizado em 14 dias, no dia 30 de maio de 2018, quando foram retirados todos os fios de sutura, efetuando-se a avaliação da área. A ferida teve uma boa cicatrização, evidenciando um resultado

estético muito positivo e um aumento considerável de espessura gengival (Figura 17). Embora a área doadora também tenha tido uma boa recuperação, o paciente queixou-se de bastante dor pós-operatória (Figura 18).

Figura 20 – Pós-operatório de 14 dias da área receptora (dente 13)



Fonte: elaborada pelo autor (2018).

Figura 21 – Pós-operatório de 14 dias da área doadora (palato lado esquerdo)



Fonte: elaborada pelo autor (2018).

Já o acompanhamento do processo de enxerto do dente 23 foi feito em 7 dias, no dia 15 de junho de 2018 (Figuras 14 e 15). Decorridos 14 dias da cirurgia do dente 23, no dia 22 de junho de 2018, os resultados foram muito satisfatórios, e o paciente notou diferença significativa na hipersensibilidade antes existente nas recessões dos dois dentes submetidos ao tratamento periodontal. O recobrimento radicular observado em 14 dias foi muito satisfatório, assim como a recuperação da área doadora (Figuras 19 e 20).

Figura 22 – Pós-operatório de 14 dias da área receptora (dente 23)



Fonte: elaborada pelo autor (2018).

Figura 23 – Pós-operatório de 14 dias da área doadora (palato lado direito)



Fonte: elaborada pelo autor (2018).

Após 140 dias dos dois procedimentos, no dia 1º de outubro de 2018, o paciente retornou para acompanhamento. Como esperado, o tecido conjuntivo enxertado mostrou-se levemente absorvido na sua nova área. Porém, mesmo com essa reabsorção, os resultados obtidos foram muito satisfatórios e podem ser visualizados nas Figuras 21, 22 e 23.

Figura 24 – Pós-operatório de 140 dias da área receptora (dente 13)



Fonte: elaborada pelo autor (2018).

Figura 25 – Pós-operatório de 140 dias da área receptora (dente 23)



Fonte: elaborada pelo autor (2018).

Figura 26 – Pós-operatório de 140 dias da área doadora em ambos os lados



Fonte: elaborada pelo autor (2018).

A seguir, nas Figuras 24 e 25, é possível estabelecer uma comparação entre as áreas afetadas antes e depois dos procedimentos cirúrgicos realizados.

Figura 27 – Comparação entre o antes e depois do procedimento cirúrgico (dente 13)



Fonte: elaborada pelo autor (2018).

**Figura 28 – Comparação entre o antes e depois do procedimento cirúrgico
(dente 23)**



Fonte: elaborada pelo autor (2018).

5 DISCUSSÃO

Inicialmente, o paciente que foi submetido às cirurgias plásticas periodontais chegou até o curso de Odontologia da UNISC queixando-se da estética de seu sorriso. Relatou a existência de uma camada fina de gengiva que deixava expostas, principalmente, as raízes dos dentes 13 e 23. Borghetti e Monnet-Corti no ano de 2002 classificaram a recessão gengival de acordo com as características clínicas facilmente percebidas. Ochsenbein e Ross (1969) apresentaram como possibilidades para a definição da espessura visível da gengiva duas categorias: fina e grossa.

O paciente relatava muita sensibilidade dentária e desconforto quando algum alimento se aproximava da área exposta, o que pode ser relacionado com a falta de tecido queratinizado, tecido que, conforme Lang e Loe (1972) consiste em uma mucosa composta de queratina ou paraqueratina que se estende da junção mucogengival até a margem gengival livre e fornece uma proteção, suportando os traumas da mastigação e proporcionando maior durabilidade ao periodonto contra injúrias externas. A ocorrência de acúmulo de placa e sangramento gengival na região era constante – para uma gengiva saudável, é importante que exista uma mucosa queratinizada de pelo menos 2 mm, como afirmam Chung et al. (2006).

Existem diversos fatores que podem levar à recessão gengival. Rosen (1996), por exemplo, afirma que recessões podem ser causadas por vários motivos, tais como doença periodontal, mau posicionamento dos dentes, inserções de freios e bridas, restaurações em contato com a gengiva, extrações de dentes adjacentes, movimentação ortodôntica, escovação traumática, predisposição genética, fatores iatrogênicos, trauma oclusal, coroas provisórias mal adaptadas e deiscências ósseas, o que não significa que, para adquirir a doença, seja necessário ter todas essas condições presentes simultaneamente. No caso do paciente, o determinante causal da lesão foi a escovação traumática associada ao tratamento ortodôntico. A esse respeito, Lindhe e Lang (1999) explicitam que as principais causas da recessão são a inflamação periodontal provocada por placa e o trauma causado pela escovação.

Miller (1985) classificou as recessões gengivais em quatro tipos distintos: Classe I, quando a recessão não atinge a linha mucogengival e não apresenta perda de tecido interdentário; Classe II, quando a recessão atinge ou ultrapassa a linha

mucogengival, sem perda de tecido interdentário; Classe III, quando há perda de tecido ósseo interdentário, e o tecido gengival proximal está apical à junção cimento-esmalte e coronário à recessão; Classe IV, quando há perda de tecido interdentário, e o tecido gengival proximal está ao nível da base da recessão. Segundo Lindhe e Lang (2015), os defeitos Classe I e Classe II de Miller permitem um completo recobrimento radicular, os defeitos Classe III são passíveis apenas de um recobrimento parcial, e os defeitos Classe IV não são receptivos a recobrimento radicular. O paciente em questão possuía uma recessão Classe I no dente 13 e uma recessão Classe II no dente 23, ambas com previsão de recobrimento completo, segundo Lindhe e Lang (2015).

Estas são as situações em que se indica realizar a cirurgia periodontal de recobrimento radicular: sensibilidade dentária, cáries cervicais rasas, preservação e aumento de gengiva queratinizada, necessidade de melhorar as condições de higienização, abrasões cervicais, desconforto com a estética, “dentes muito alongados”, interrupção da progressão de recessões gengivais e prevenção pré-movimentos ortodônticos (SAADE; BASSANI, 2002). O paciente possuía três dessas características, motivo pelo qual foi submetido à realização do procedimento.

Para tratar esse caso, escolheu-se a técnica do retalho reposicionado coronalmente associado ao enxerto de tecido conjuntivo. Tal escolha se deu pela classificação da recessão do paciente (Classes I e II de Miller) e por se tratar de uma técnica conceituada, que garante bons resultados estéticos, conforme indicam Borghetti e Monnet-Corti (2002), Langer e Langer (1985) e Lindhe e Lang (2015), que afirmam que as vantagens dessa técnica consistem na obtenção de um resultado positivo esteticamente, com recobrimento radicular aproximado de 80 a 90%, grandes chances de sobrevivência do enxerto e aumento de tecido queratinizado em altura.

É importante citar, também, as desvantagens relacionadas à técnica, que consistem na dificuldade de remoção do enxerto, em dores pós-operatórias no sítio doador, em recobrimento radicular não totalmente previsível e na possibilidade de a região apresentar uma cor levemente esbranquiçada ou rosada (LANGER; LANGER, 1985; SAADE; BASSANI, 2002). Isso foi verificado no caso em questão, pois o paciente relatou bastante desconforto pós-operatório na região doadora (palato) e recobrimento radicular não totalmente previsível em um dos dentes submetidos ao procedimento (dente 23).

Ressalta-se, ainda, que existem diversas maneiras para remover tecido conjuntivo da área doadora, e cada uma dessas técnicas pode ser utilizada de acordo com suas indicações específicas de enxerto (BORGHETTI; MONNET-CORTI, 2002). Neste trabalho, foram selecionadas duas técnicas diferentes para posterior comparação dos resultados finais de recobrimento radicular dos dentes 13 e 23. A primeira técnica escolhida para retirada do tecido conjuntivo e posterior recobrimento do dente 13 foi a descrita por Borghetti e Monnet-Corti em 2002, denominada técnica do alçapão. Essa técnica, como o nome sugere, consiste em fazer incisões nos três lados de um retângulo, conservando o quarto lado como pedículo irrigador. A dissecação de um alçapão permite o acesso ao tecido conjuntivo subjacente e a remoção da espessura requerida segundo a necessidade da área receptora (BORGHETTI; MONNET-CORTI, 2002). Por meio dessa técnica, obteve-se uma porção de tecido conjuntivo subepitelial muito satisfatório e, sobretudo, espesso, que, ao ser posicionado na área receptora, deixou-a volumosa e recobriu completamente a recessão. O fator negativo dessa técnica ocorreu pelo fato de que as dores pós-operatórias foram intensas e constantes, afinal o alçapão que fora aberto era profundo e bastante traumático. Conforme Borghetti e Monnet-Corti (2002), os locais de remoção de tecido conjuntivo para utilização nessa técnica são palato e rebordo edêntulo. É indicada nos seguintes casos: recobrimento radicular, preenchimento de crista, cirurgia plástica peri-implantar, espessamento gengival pré-protético e criação de tecido queratinizado. No caso em estudo, recobrimento radicular e criação de tecido queratinizado constituíam os objetivos principais.

Já a técnica utilizada para retirada de tecido conjuntivo subepitelial e recobrimento da recessão do dente 23 foi a técnica das incisões paralelas, também proposta por Borghetti e Louise (2002), que consiste na realização de duas incisões paralelas e equidistantes entre si, em aproximadamente 1,5 mm, feitas com lâmina de bisturi até o osso. Em seguida, move-se o bisturi no sentido médio-distal, tornando constante a espessura do enxerto. É então tracionado esse tecido epitelial onde estão as incisões até que apareça o tecido conjuntivo subepitelial. Com a ajuda da lâmina de bisturi ou extrator, são feitos cortes no sentido médio-distal no tecido conjuntivo, tracionando, assim, o tecido conjuntivo para o meio externo (BORGHETTI; LOUISE, 2002). É notável a diferença quanto à espessura do tecido obtido por meio dessa técnica em comparação à técnica do alçapão, já que o tecido

acaba se tornando mais comprido no sentido médio-distal, mais fino e menos espesso. Por outro lado, o trauma e a dor pós-operatória, segundo o paciente, são muito menores, pois a profundidade da incisão é rasa, gerando pouco desconforto.

Destaca-se, por fim, que a manutenção periódica preventiva é de extrema importância para preservar e manter o estado de saúde adquirido com o tratamento realizado (LINDHE; LANG; KARRING, 2010). Por essa razão, após a cirurgia, o acompanhamento do paciente deve ser realizado periodicamente para verificar tanto o tratamento realizado nos dentes 13 e 23 quanto a higienização do paciente.

6 CONCLUSÃO

Ao realizar-se o caso clínico juntamente com a revisão de literatura apresentada, pode-se observar que:

- Neste caso a técnica de combinação do retalho reposicionado coronalmente com enxerto de tecido conjuntivo, apresenta melhores resultados se comparada à técnica do retalho reposicionado coronalmente isolada.

- Nota-se que a espessura do enxerto determina a obtenção de um melhor ou pior resultado final.

- Neste caso cirúrgico especificamente, a técnica do alçapão proporcionou um retalho mais espesso quando comparada à técnica da lâmina dupla. Já o pós-operatório é melhor na técnica das incisões paralelas.

- Sabemos que o sucesso final do procedimento, depende, em grande parte, do controle do biofilme por parte do paciente.

REFERÊNCIAS

- AHATHYA, R. S. et al. Subepithelial connective tissue grafts for the coverage of denuded root surfaces: a clinical report. *Indian Journal of Dental Research*, v. 19, p. 134-40, 2008.
- AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY (AAP). *Glossary of periodontal terms*. 3th. ed. Chicago: American of Periodontology, 1992.
- BORGHETTI, A.; MONNET-CORTI, V. Enxerto de conjuntivo associado ao retalho posicionado coronalmente. In: _____. *Cirurgia plástica periodontal*. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 217-229.
- BORGUETTI, A.; LOUISE, F. Cirurgia plástica periimplantar. In: BORGUETTI, A.; MONNET-CORTI, V. *Cirurgia plástica periodontal*. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 201-208.
- CARVALHO, P. F. M.; SILVA, R. C.; JOLY, J. C. Recobrimento radicular com associação de procedimentos plásticos e regenerativos – relato de caso. *Revista Dental Press de Periodontia e Implantologia*, Maringá, v. 1, n. 3, p. 65-73, jul./ago./set. 2007.
- CHUNG, D. M. et al. Significance of keratinized mucosa in maintenance of dental implants with different surfaces. *Journal of Periodontology*, Medford, v. 27, n. 8, p. 1410-1420, 2006.
- DANESH-MEYER, M. J.; WIKESJÖ, U. M. Gingival recession defects and guided tissue regeneration: a review. *Journal of Periodontal Research*, v. 36, n. 6, p. 341-354, 2001.
- FURLAN, L. M. et al. Incidência de recessão gengival e hipersensibilidade dentinária na clínica de graduação da FOP-UNICAMP. *Revista Periodontia*, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 64-72, mar. 2008.
- GARCIA, R. A.; BUJALDÓN, D. A.; RODRIGUEZ, A. A. Recesión gingival. Diagnóstico y tratamiento. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral*, Madri, v. 27, n. 1, p. 19-24, 2015.
- HARRIS, R. J. The connective tissue and partial thickness double pedicle graft: a predictable method of obtaining root coverage. *Journal of Periodontology*, Medford, v. 63, n. 5, p. 477-486, 1992.
- KASSAB, M. M.; BADAWI, H.; DENTINO, A. R. Treatment of gingival recession. *Dental Clinics of North America*, v. 54, n. 8, p. 129-140, 2010.
- KATO SEGUNDO, T.; ALVES, R. Emprego do enxerto gengival epitélio-conjuntivo no recobrimento radicular. *Revista Gaúcha de Odontologia*, Porto Alegre, v. 54, n. 1, p. 81-83, jan./mar. 2005.

- KUMAR, A.; MASAMATTI, S. A new classification system for gingival and palatal recession. *Journal of Indian Society of Periodontology*, Washington, v. 17, n. 2, p. 175-181, 2013.
- LANG, N. P.; LOE, H. The relationship between the width of keratinized gingiva and gingival health. *Journal of Periodontology*, Medford, v. 43, n. 10, p. 623-627, 1972.
- LANGER, B.; LANGER, L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *Journal of Periodontology*, Medford, v. 56, n. 12, p. 715-720, 1985.
- LINDHE, J.; LANG, N. P. *Clinical periodontology and implant dentistry*. 6th. ed. New Jersey: Wiley-Blackwell, 2015.
- LINDHE, J.; LANG, N. P. *Tratado de periodontia clínica e implantologia oral*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- LINDHE, J.; LANG, N.; KARRING, T. *Tratado de periodontia clínica e implantologia oral*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.
- LOURENÇO, A. H. T., LOURENÇO JR, E. T., VITRAL, R. W. F. Cirurgia plástica periodontal: uma abordagem para ortodontia. *Revista Dental Press de Periodontia e Implantologia*, v. 1, n. 2, p. 44-58, 2007.
- MESSORA, M. R. et al. O retalho posicionado coronalmente como uma técnica previsível. *Revista PerioNews*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 124-128, 2009.
- MILLER, P. D. JR. A classification of marginal tissue recession. *International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*, v. 5, n. 2, p. 8-13, 1985.
- MÜLLER, H. P. et al. Masticatory mucosa in subjects with different periodontal phenotypes. *Journal of Clinical Periodontology*, Medford, v. 27, n. 9, p. 621-626, 2000.
- OCHSENBEIN, C.; ROSS, S. A reevaluation of osseous surgery. *Dental Clinics of North America*, Amsterdam, v. 13, n. 1, p. 87-102, 1969.
- PAREDES, S. et al. Estudo das recessões gengivais em pacientes adultos atendidos na faculdade de odontologia da UFMA: etiologia, prevalência e severidade. *Revista Periodontia*, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 85-91, mar. 2008.
- PEREIRA, M. L. M. *Considerações sobre a etiologia, classificação e recobrimento das recessões gengivais*. 2007. 41 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Periodontia) - Associação Brasileira de Odontologia, Curitiba, 2007.
- PREUS, H. et al. Técnicas cirúrgicas periodontais avançadas. In: PREUS, H. et al. *Doenças periodontais – diagnóstico, tratamento e manutenção*. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p. 51-58.
- ROSEN, P. S. Modifications of the subpedicle connective tissue graft technique: a predictable procedure for covering exposed roots. *Compendium*, Newtown, v. 17, n. 5, p. 440-450, 1996.

SAADE, J.; BASSANI, M. Cirurgia plástica periodontal – recobrimento radicular. In: CARDOSO, R. J. A.; GONÇALVES, E. A. N. *20º Congresso Internacional de Odontologia*. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p. 201-248.

SEIBERT, J.; LINDHE, J. Esthetics in periodontal therapy. In: LINDHE, J. (Ed.). *Textbook of clinical periodontology*. 3. ed. Copenhagen: Munksgaard, 1997. p. 647-681.

WENNSTRÖM, J. L.; PINI PRATO, G. P. Terapia mucogengival-cirurgia plástica periodontal. In: LINDHE, J.; KARRING, T; LANG, N. P. *Tratado de periodontia clínica e implantologia oral*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**TERMO DE DECLARAÇÃO E DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM**

Eu ou responsável, José Miguel F.F., portador(a) do RG nº 1112761554 e CPF nº 038.855.912-86 residente na rua Carlitos Walter Kaempf, bairro Renascença, 543.

Declaro para os fins de direito que autorizo o acadêmico pesquisador Rodrigo Alves Lima, a utilizar a imagem registrada no caso clínico realizado para ilustrar seu Trabalho de Conclusão de Curso denominado "ENXERTO SUBEPITELIAL DE TECIDO CONJUNTIVO PARA RECOBRIMENTO RADICULAR", orientado pelo professor Edilson Fernando Castelo. O acadêmico compromete-se a não realizar montagens que desvirtuem a(s) imagem(ens) cedida(s) e/ou seus fins.

Declaro, por fim, que a presente cessão é feita a título gratuito, não fazendo jus, portanto, a qualquer remuneração por direitos autorais.

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente, para fins de direito.



José Miguel F.F.

Santa Cruz do Sul, 14 de Maio de 2018.

APÊNDICE B – Termo submetido à Coordenação do Curso de Odontologia

À coordenação do Curso de Odontologia

Eu, Rodrigo Alves Lima, solicito através deste documento a permissão da Coordenação do Curso de Odontologia para realizar o acompanhamento do caso clínico do meu trabalho de conclusão de curso "ENXERTO SUBEPITELIAL DE TECIDO CONJUNTIVO PARA RECOBRIMENTO RADICULAR - RELATO DE CASO". Este acompanhamento será realizado na Clínica Odontológica da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), com intuito de mostrar a evolução do procedimento cirúrgico. Ademais, essas consultas seriam realizadas mensalmente, com a presença do Professor Mestre Edilson Fernando Castelo, meu orientador do presente trabalho.

Santa Cruz do Sul, Maio de 2018.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "George", is written over a horizontal line.

Coordenador do Curso de Odontologia

George Valdemar Mundstock