

CURSO DE ODONTOLOGIA

Ana Júlia de Moura

**CIRURGIA PLÁSTICA PERIODONTAL PARA RECOBRIMENTO DE RECESSÃO
GENGIVAL: ESTUDO DE CASO**

Santa Cruz do Sul

2015

Ana Júlia de Moura

**CIRURGIA PLÁSTICA PERIODONTAL PARA RECOBRIMENTO DE RECESSÃO
GENGIVAL: ESTUDO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina de
Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Odontologia da
Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

Orientadora: Prof^a. Me. Simone Glesse Baumhardt

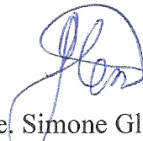
Santa Cruz do Sul

2015

Ana Júlia de Moura

**CIRURGIA PLÁSTICA PERIODONTAL PARA RECOBRIMENTO DE RECESSÃO
GENGIVAL: ESTUDO DE CASO**

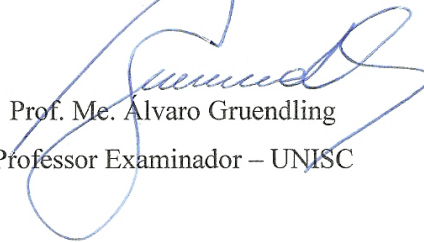
Este trabalho foi submetido ao processo de avaliação por banca examinadora do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito para a obtenção do título de Cirurgiã-dentista.



Prof^a. Me. Simone Glesse Baumhardt
Professora Orientadora – UNISC



Prof. Me. Ricardo Sartori
Professor Examinador – UNISC



Prof. Me. Alvaro Gruending
Professor Examinador – UNISC

Santa Cruz do Sul

2015

*Eu não podia imaginar as coisas que me aconteceriam,
o início foi incerto, confuso e incomum, onde todos os estranhos
fariam parte da minha vida, onde todos os cantos teriam histórias
escondidas. Aqui passei os melhores anos de minha vida,
fiz amigos, muitos dos quais, me acompanharão para sempre.
Por isso tenho que comemorar!*

*Esse é um momento especial! É hora de olhar para trás e ver por tudo
o que já passei. Sem dúvida, muitas tristezas e conflitos, mas,
felizmente, por inúmeros bons momentos,
de alegria, de vitórias e de cumplicidade.*

*Devo esquecer aqueles que me impuseram obstáculos infundados e
agradecer àqueles que me impulsionaram adiante.
É hora, mais do que nunca, de valorizar as amizades e os
conhecimentos adquiridos aqui.*

(Autor desconhecido)

RESUMO

As recessões gengivais são exposições da raiz do dente, onde o tecido periodontal marginal está localizado apicalmente à junção amelocementária, atingindo principalmente adultos. Essas lesões são comuns em populações com bom nível de higiene bucal, bem como em populações com higiene precária. A causa é considerada multifatorial como o acúmulo de biofilme na superfície dental, escovação traumatogênica, traumatismo oclusal e má posição dentária. O tratamento dessas recessões é feito de duas formas: restaurações com resinas composta para melhorar a sensibilidade e o recobrimento através de cirurgia plástica periodontal para resolver a questão estética. O objetivo desse estudo foi verificar se a cirurgia plástica periodontal através da técnica de retalho posicionado coronalmente associada ao enxerto de tecido conjuntivo é efetiva quando realizada para o recobrimento de recessão gengival. Neste estudo de caso foi realizada uma cirurgia plástica periodontal no canino superior direito de uma paciente do sexo feminino, que tinha como queixa principal a questão estética decorrente de uma recessão gengival. O resultado alcançado após a cirurgia periodontal foi positivo, não houve 100% de recobrimento, mas a recessão gengival que estava presente foi recoberta parcialmente e teve satisfação do paciente. Conclui-se que a técnica de retalho posicionado coronalmente associada ao enxerto de tecido conjuntivo é eficaz e, conforme a literatura é a melhor técnica, recobrando a área exposta do dente e apresentando um melhor pós-operatório.

Palavras-chave: Retração gengival, Periodontia, Tecido conjuntivo.

ABSTRACT

Gingival recessions are the exposure of the tooth root, where the marginal periodontal tissue is located apically to the cement-enamel junction, affecting mainly adults. These injuries are common in people with a good level of oral hygiene, as well as in those with poor personal hygiene. The cause is considered multifactorial as biofilm accumulation on tooth surface, traumatogenic brushing, occlusal trauma and poor positioning of teeth. The treatment of these recessions is done in two ways: with resin restores to improve sensitivity and coating through periodontal plastic surgery to solve the aesthetics issue. The objective of this study was to verify if the periodontal plastic surgery through coronally positioned flap technique associated to connective tissue graft is effective when performed for gingival recession coating. In this case study, a periodontal plastic surgery was performed in the maxillary right canine tooth of a female patient, who had as main complaint the aesthetic issue resulting from a gingival recession. The result achieved after the periodontal surgery was positive, there was not 100% of coating, but the gingival recession present before was partially covered and the patient became satisfied. It is concluded that the coronally positioned flap technique associated to connective tissue graft is effective and, according to the literature it is the best technique, overlaying the exposed area of the tooth and presenting a better postoperative period.

Keywords: gingival retraction, Periodontics, connective tissue.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Esquema de classificação Classe I e II de Miller	12
Figura 2	Esquema de classificação Classe III de Miller	12
Figura 3	Esquema de classificação Classe IV de Miller	13
Figura 4	Biótipo periodontal fino	14
Figura 5	Biótipo periodontal grosso	14
Figura 6	Recessão gengival de classe II de Miller no canino superior direito (13)	22
Figura 7	Recessões gengivais presentes nos dentes no lado esquerdo	22
Figura 8	Técnica anestésica infraorbitária na região do canino superior direito	23
Figura 9	Incisões mucogengivais verticais ligeiramente divergentes na distal e mesial do dente 13	24
Figura 10	Incisões horizontais entre as papilas mesial e distal do dente 13 e elevação do retalho para apical	24
Figura 11	Incisões paralelas na área doadora (palato) para obtenção do enxerto de tecido conjuntivo	25
Figura 12	Suturas simples realizadas no local do sítio doador com fio reabsorvível	25
Figura 13	Enxerto de tecido conjuntivo retirado do palato (área doadora)	26
Figura 14	Imobilização do enxerto de tecido conjuntivo com suturas laterais	26
Figura 15	Retalho reposicionado sobre o enxerto com suturas simples nas incisões verticais e região interproximal	27
Figura 16	Pós-operatório após uma semana	27
Figura 17	Pós-operatório após 6 meses	28

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	09
2.1	Requisitos para a cirurgia plástica periodontal	09
2.2	Recessões gengivais.....	09
2.3	Classificação das recessões gengivais	11
2.4	Biótipo periodontal	13
2.5	Cirurgia plástica periodontal: indicações e contra indicações	14
2.6	Cirurgia plástica periodontal: técnicas cirúrgicas.....	15
2.6.1	Retalho deslocado lateralmente.....	15
2.6.2	Retalho deslocado coronalmente	16
2.6.3	Regeneração tecidual guiada.....	16
2.6.4	Retalho semilunar.....	17
2.7	Técnica de enxerto conjuntivo associado ao retalho posicionado coronalmente	17
2.7.1	Técnica precursora (Técnica de Langer).....	18
2.7.2	Técnica do enxerto conjuntivo com recobrimento total do enxerto pelo retalho posicionado coronalmente (TC + RPC).....	19
3	METODOLOGIA	21
3.1	Delineamento de pesquisa.....	21
3.2	Seleção do material bibliográfico.....	21
4	RELATO DO CASO.....	22
4.1	Diagnóstico	22
4.2	Tratamento realizado	23
4.3	Acompanhamento	27
5	DISCUSSÃO.....	29
6	CONCLUSÃO.....	32
	REFERÊNCIAS	33
	ANEXO A- Pedido de autorização do Coordenador do Curso de Odontologia da UNISC.....	36
	ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	37
	ANEXO C – Carta de apresentação do Projeto de Pesquisa	39

1 INTRODUÇÃO

A recessão gengival é uma característica comum em todos os tipos populacionais e pode ser definida como uma migração apical da margem gengival livre, expondo a superfície da raiz, podendo se localizar em um ou mais dentes (MEDINA, 2009). Ela pode causar um extremo desconforto ao paciente pela aparência estética desagradável e a hipersensibilidade dentinária cervical muitas vezes presente (VENTURIM; JOLY; VENTURIM, 2011).

Alguns fatores têm sido citados como influentes na etiologia da recessão periodontal: o biofilme bacteriano dentário seguido da inflamação gengival, a oclusão traumática, o trauma proveniente da escovação ou da inserção alterada do freio labial e características anatômicas locais relacionadas ao posicionamento dentário como rotações ou vestibularizações (YARED; ZENOBIO; PACHECO, 2006).

A incidência de recessão aumenta com a idade, varia de 8% em crianças e até 100% após os 50 anos de idade. As pesquisas mais recentes indicam que há um aumento significativo na prevalência desta lesão após a quinta década, levando alguns autores suporem que ela é um processo fisiológico associado ao envelhecimento (MEDINA, 2009; MARINI et al., 2004).

As recessões gengivais são consideradas irreversíveis, ou seja, a gengiva não volta à posição congênita. No entanto, em casos específicos e na ausência de doença periodontal ativa, é possível a realização de cirurgias plásticas periodontais para recobrir a recessão gengival (RITTER, 2005). Dentre as técnicas cirúrgicas, o retalho posicionado coronalmente associado ao enxerto de tecido conjuntivo é o mais recomendado (GUIDA et al., 2010; RITTER, 2005).

Entretanto, o sucesso dessa técnica depende do tipo de recessão gengival e da eliminação dos fatores causais previamente à realização de procedimento cirúrgico. A partir disso, a porcentagem de recobrimento varia de 60 a 95%.

Desta forma, este estudo de caso tem como objetivo verificar a eficácia do enxerto de tecido conjuntivo no recobrimento da recessão gengival, visando solucionar problemas estéticos e alterações funcionais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Requisitos para a cirurgia plástica periodontal

De acordo com Yared, Zenobio e Pacheco (2006), é de extrema importância saber que a terapia periodontal é imprescindível antes de qualquer cirurgia plástica periodontal, incluindo a remoção de fatores etiológicos como o biofilme bacteriano e o cálculo supragengival e subgengival.

O tecido gengival representa uma referência de saúde periodontal, portanto, o sangramento à sondagem deve ser avaliado, uma vez que a presença contínua de inflamação pode levar à recessão localizada (MEDINA, 2009; MANSCHOT, 1991).

Nesse sentido, Andrade et al. (2012) ensina que o sucesso e a longevidade de um tratamento depende da condição clínica periodontal, portanto, deve-se fazer a eliminação e o controle de todos os fatores etiológicos potenciais relacionados com a causa da recessão gengival.

Desta forma, o sucesso do tratamento também está relacionado ao paciente, às áreas doadoras/receptoras e/ou à técnica utilizada. Assim, é certo que a higiene bucal precária influencia negativamente na recessão. Entre outros fatores, o nível de suporte ósseo interdental e a dimensão dos defeitos da recessão têm grande importância para o resultado do procedimento de recobrimento radicular (LINDHE; LANG; KARRING, 2010).

2.2 Recessões gengivais

A recessão gengival é comumente observada em adultos e tem sua definição como uma condição clínica em que o tecido periodontal marginal está localizado apicalmente para a junção amelocementária, com exposição concomitante da superfície radicular (MARINI et al., 2004). Trata-se de uma característica comum em populações com bom nível de higiene bucal, bem como em populações com higiene precária. As principais causas de recessões são relacionadas ao acúmulo de biofilme na superfície dental em associação com a destruição dos tecidos periodontais decorrentes da periodontite e ao trauma devido à escovação inadequada (LÖE; ANERUD; BOYSEN, 1992; SUSIN et al., 2004).

Neste mesmo sentido, Andrade et al. (2012) e Ainamo et al. (1986) dizem que a recessão gengival é definida como a localização apical da gengiva marginal em relação a junção cimento-esmalte. Tal defeito periodontal implica na perda parcial ou completa da

gingiva inserida e perda das fibras conjuntivas inseridas ao longo do eixo do cimento radicular e do osso alveolar. Os fatores etiológicos das recessões são: a doença periodontal e medidas inadequadas de higiene bucal.

De acordo com Guida et al. (2010) e Parffit e Mjör (1964), o paciente com retrações gengivais pode apresentar alguns sintomas como aspecto antiestético em razão do desnudamento radicular, medo de perder um dente, hipersensibilidade radicular provocada por estímulos térmicos e sensibilidade gengival à escovação ou mastigação.

Alguns fatores são citados como participantes na etiologia da recessão gengival, bem como a má posição dentária, tração de freios e bridas, escovação traumatogênica, lesões cervicais não-cariosas, violação do espaço biológico, traumatismo oclusal e inflamação gengival (BORGHETTI; MONNET-CORTI, 2002).

Conforme Ainamo et al. (1986) e Tezel et al.(2001), a etiologia da recessão gengival deveria ser mais atribuída à técnica de escovação do que propriamente ao acúmulo de placa ou desconhecimento sobre saúde bucal. Desta forma, a má escovação resultaria no trauma repetitivo da região, levando a uma inflamação crônica, cujas respostas teciduais provocariam a destruição óssea e do tecido conjuntivo de inserção.

Segundo Lindhe, Lang e Karring (2010), o trauma originado pelo contato com os incisivos superiores poderia levar à recessão periodontal nos incisivos inferiores, como exemplo em más oclusões de Classe II, divisão 2.

Parffit e Mjör (1964) relatam que em suas pesquisas não encontraram correlação entre quantidade de trespasse vertical e o grau de recessão em seus pacientes.

Em relação à localização das recessões, constata-se que em indivíduos com alto padrão de higiene bucal a recessão se encontra predominantemente nas faces vestibulares. Nas populações que não foram submetidas ao tratamento periodontal, todas as superfícies foram afetadas, ainda que a prevalência e gravidade sejam mais pronunciadas nos dentes unirradiculares do que em molares (LÖE; ANERUD; BOYSEN, 1992; MILLER, 1985).

Segundo Lindhe, Lang e Karring (2010) há um aumento significativo na prevalência, extensão e gravidade da recessão com o avanço da idade. Elas podem ser únicas ou se apresentar em vários dentes, o que frequentemente determina problemas estéticos, aumento na suscetibilidade à cárie radicular e hipersensibilidade dentinária.

Atualmente, o tratamento estético da recessão gengival é baseado no uso de procedimentos de cirurgia plástica periodontal (CPP), clinicamente previsíveis, como enxertos de tecido conjuntivo e restaurações de resina composta, ou então associação dos dois. O uso de restaurações de resina composta é um procedimento mais simples de ser executado e

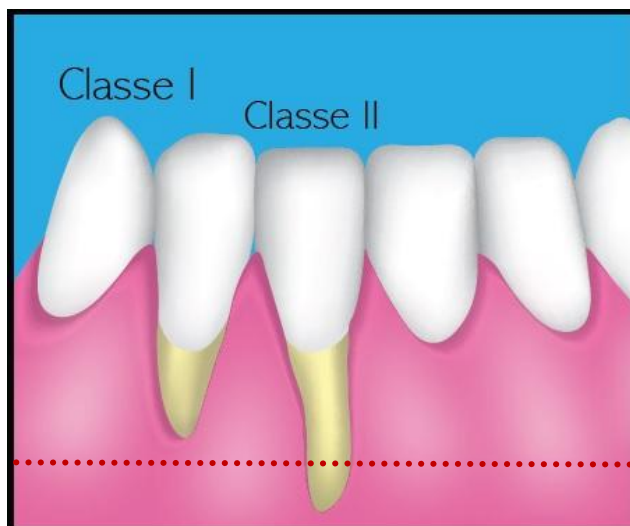
muitas vezes suficiente para solucionar o problema do paciente. Outras vezes a utilização da resina composta resultará em dentes muito longos, prejudicando a estética, nesses casos somente através da cirurgia plástica periodontal sozinha ou associada ao procedimento restaurador que se conseguirá obter a forma original. (CHAMBRONE et al., 2010, GUIDA et al., 2010). Nos casos com presença de concavidades cervicais decorrentes de lesões cariosas e não cariosas, existe a possibilidade de restaurar a superfície radicular com diferentes materiais previamente ao reposicionamento coronal do retalho (ex: resina composta ou cimento de ionômero de vidro), a restauração deve ser o mais polida possível e realizada antes da sessão do procedimento cirúrgico (ANDRADE et al., 2012).

2.3 Classificação das recessões gengivais

Entre outros fatores, o nível de suporte ósseo interdental e a dimensão dos defeitos da recessão têm grande importância para o resultado do procedimento de recobrimento radicular. Desta forma, Miller (1985) propôs uma classificação utilizada até hoje, sendo esta a principal classificação, considerando a recessão tecidual marginal associada à periodontite. Essa classificação é distinguida em quatro classes, quais sejam:

- Classe I: A recessão não atinge a linha mucogengival. Não há perda tecidual interdental e com previsibilidade de 100% de cobertura radicular;
- Classe II: A recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival. Sem perda tecidual interdental e com previsibilidade de 100% de cobertura radicular.

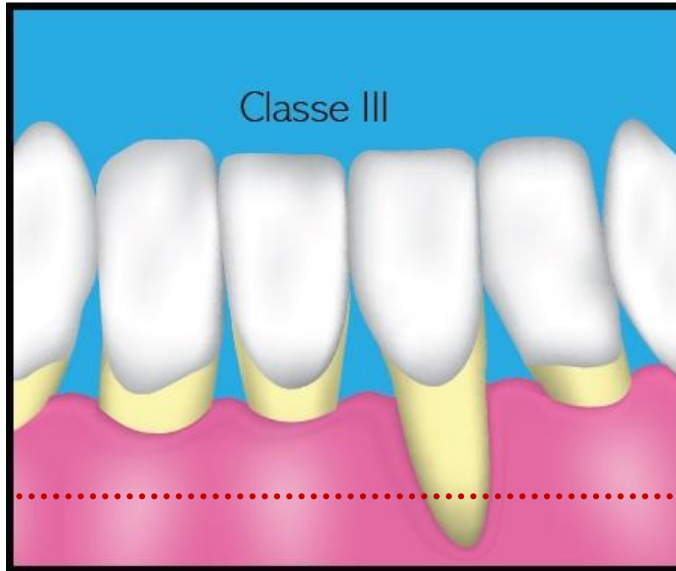
Figura 1 – Esquema de classificação I e II de Miller



Fonte: LOURENÇO; LOURENÇO JR; VITRAL, 2007

- Classe III: A recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival. Há perda óssea ou de tecido mole interdental moderada, pode estar associada com o mau posicionamento dos dentes e a previsibilidade da cobertura radicular é parcial;

Figura 2 – Esquema de classificação Classe III de Miller

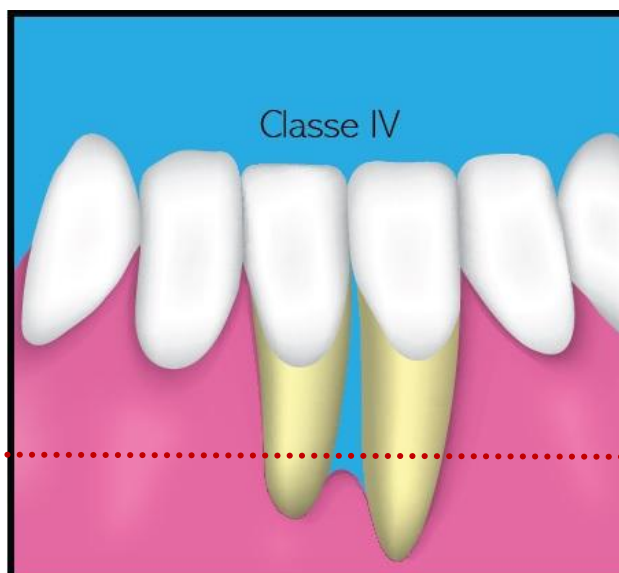


Fonte: LOURENÇO; LOURENÇO JR; VITRAL, 2007

- Classe IV: A recessão gengival ultrapassa a linha mucogengival, a perda dos tecidos interdentais é severa e a cobertura radicular não é previsível.

Desta forma, a classificação define que um recobrimento completo pode ser obtido nas classes I e II, nas classes III um recobrimento parcial é esperado e, em lesões de classe IV o recobrimento é impossível.

Figura 3 – Esquema de classificação Classe IV de Miller



Fonte: LOURENÇO; LOURENÇO JR; VITRAL, 2007

2.4 Biótipo periodontal

A fim de definir o diagnóstico e os objetivos terapêuticos da cirurgia plástica periodontal, alguns autores tentaram classificar o periodonto em diferentes tipos, baseando-se na identificação de características clínicas facilmente percebidas (BORGHETTI; MONNET-CORTI, 2002).

De acordo com Seibert e Lindhe (1997), o termo biótipo periodontal serve para descrever a característica da espessura da gengiva em uma dimensão vestibulo-lingual. Assim, Ochsenbein e Ross (1969) definiram a espessura da gengiva em duas formas principais: fina e grossa, conforme Figura 4 e 5.

Figura 4 – Biótipo periodontal fino



Figura 5 – Biotipo periodontal grosso



Os quatro tipos de periodonto classificados por Maynard e Wilson (1980), é a classificação mais conhecida e fundamentada na morfologia dos tecidos periodontais.

- Tipo I: A dimensão do tecido queratinizado é normal ou “ideal” e a espessura vestibulo-lingual do processo alveolar também. Clinicamente, a altura do tecido queratinizado é de aproximadamente três a cinco milímetros e a palpação revela um periodonto espesso. Uma dimensão suficiente de gengiva inserida separa a borda gengival livre da mucosa alveolar móvel;
- Tipo II: As dimensões do tecido queratinizados são reduzidas e a espessura vestibulo-lingual do processo alveolar é normal. Clinicamente, a gengiva vestibular mede menos de dois milímetros. Na palpação do osso subjacente, este parece ser de uma espessura razoável;
- Tipo III: O tecido queratinizado é de dimensão normal ou ideal e a espessura vestibulo-lingual do processo alveolar é fina. Clinicamente, a altura do tecido queratinizado é normal, entretanto, o osso é fino e as raízes dentárias podem ser palpadas;
- Tipo IV: O tecido queratinizado é reduzido (menos de 2mm) e a espessura vestibulo-lingual do processo alveolar é fina. Nessa situação tecidual existe uma forte tendência à recessão na ausência de controle de placa e na presença de traumatismo local.

Segundo Maynard e Wilson (1980), o tipo I corresponde ao periodonto ideal que resiste bem à agressão bacteriana e ao estresse mecânico se o paciente não for suscetível à doença periodontal. O tipo II representa um periodonto mais frágil que pode, sob a ação conjugada da placa dentária e do estresse mecânico, evoluir para o tipo III. O tipo III representa um periodonto frágil com a presença de deiscência óssea e de gengiva fina; este tipo pode evoluir para uma verdadeira recessão tecidual marginal. O tipo IV, por sua vez, representa um periodonto com o qual se deve ter cuidado, pois pode evoluir em algumas semanas para uma recessão gengival.

2.5 Cirurgia plástica periodontal: indicações e contra indicações

Como referido anteriormente, as recessões gengivais é uma preocupação para os pacientes por razões estéticas ou de sensibilidade dentinária. Contudo, o tratamento está indicado nas seguintes situações:

- Por razões de ordem estética quando os pacientes verificam alterações negativas no seu sorriso (ANDRADE et al., 2012);
- Interromper progressões das recessões (ANDRADE et al., 2012);
- Na presença de cáries radiculares (GUIDA et al., 2010);
- Hipersensibilidade dentinária (FURLAN et al., 2007);
- Quando existe dificuldade no controle da placa bacteriana provocado por uma má higienização (YARED; ZENÓBIO; PACHECO, 2006);
- Indicações ortodônticas (LINDHE; LANG; KARRING, 2010);
- Requisitos protéticos (LINDHE; LANG; KARRING, 2010).

De acordo com Saade e Bassani (2013), as contra-indicações para a realização de cirurgia plástica periodontal se dá para pessoas que possuem doença periodontal ativa e pacientes fumantes.

2.6 Cirurgia plástica periodontal: técnicas cirúrgicas

Existem inúmeras técnicas de cirurgia plástica periodontal (CPP) descritas e avaliadas na literatura. Segue, então, uma breve descrição das técnicas mais utilizadas e estudadas.

2.6.1 Retalho deslocado lateralmente

Técnica proposta por Grupe e Warren (1956), proporciona resultados estéticos muito favoráveis para recessões localizadas. O principal requisito é a presença de tecido doador favorável lateralmente à recessão.

Essa técnica está indicada em casos que objetivam a diminuição da sensibilidade radicular, bem como na recomposição da gengiva inserida e na melhora das condições estéticas, assim, utiliza-se para retrações estreitas, localizadas, não muito profundas e sem perda óssea interproximal (DUARTE; PEREIRA; CASTRO, 2002).

Entre as contra-indicações estão limitações anatômicas, vestibulo raso, dimensões inadequadas do tecido doador lateral à recessão, pacientes que possuem má higiene bucal e não retornam para consultas de manutenção e recessões largas com proeminência acentuada das raízes (DUARTE; PEREIRA; CASTRO, 2002).

Segundo Issa et al. (2005), como vantagem temos a garantia da previsibilidade, a sintomatologia pós-operatória é diminuída, a área doadora é adjacente à área receptora, não

havendo duas áreas cirúrgicas e, o retalho possui revascularização própria, independe da área receptora e menor contração no pós-operatório.

2.6.2 Retalho deslocado coronalmente

Proposta por Allen e Miller em 1989, está indicada para as seguintes situações: discretas recessões gengivais, classe I de Miller, presença de no mínimo 3 milímetros de mucosa queratinizada, recessões de 2,5 a 4 milímetros.

Tem como objetivo ganhar cobertura radicular onde ocorreu recessão gengival, porém há presença de gengiva queratinizada adequada. O principal objetivo é criar um retalho de espessura dividida apicalmente à raiz exposta e posicioná-lo coronalmente para recobrir a raiz (TAKEY; AZZI; HAN, 2007).

O retalho posicionado coronalmente sem a presença de enxerto de tecido conjuntivo quando comparado com o retalho posicionado lateralmente, tem como vantagem possuir uma excelente combinação de cor, textura e contorno, simplicidade na execução da técnica e na cicatrização a dor e desconforto pós operatórios são diminuídos, além de necessitar apenas de um sítio cirúrgico (DUARTE; PEREIRA; CASTRO, 2002; SOUTO et al., 2006).

2.6.3 Regeneração tecidual guiada

Esta técnica é baseada na utilização de uma barreira física para produzir uma exclusão mecânica das células epiteliais e do tecido gengival da superfície radicular durante a cicatrização. Esta tal barreira permite a proliferação de células provenientes do ligamento periodontal e a regeneração completa do suporte periodontal: ligamento periodontal, cemento radicular e osso alveolar (LINDHE; LANG; KARRING, 2010).

Para esta técnica há vários enxertos e materiais utilizados que podem ser divididos em quatro categorias: enxertos autógenos - são transportados de um lugar ao outro do mesmo indivíduo; aloenxertos - entre indivíduos da mesma espécie; xenoenxertos - retirados de um doador de outra espécie; e materiais aloplásticos - materiais sintéticos ou inorgânicos utilizados como substitutos ao enxerto ósseo (LINDHE; LANG; KARRING, 2010).

Para as membranas não-reabsorvíveis a cirurgia é realizada em duas etapas: Primeiramente, através de retalhos a membrana é colocada para cobrir a retração gengival e, na segunda etapa, após determinado tempo a membrana é retirada e o tecido gengival recobre a raiz exposta. Para as membranas reabsorvíveis, amplamente utilizadas, não é necessário um

segundo procedimento cirúrgico. Atualmente incluem materiais como colágeno, ácido poliglicólico, ácido poliláctico e copolímeros desses materiais. Com isso, a reabsorção dessa barreira é feita por hidrólise e a resposta inflamatória é mínima e reversível (BORGHETTI; MONNET-CORTI, 2002).

De acordo com os autores acima citados, esta técnica tem como vantagens um melhor recobrimento em casos de recessões profundas, possibilidade de reconstruir totalmente os tecidos periodontais e possibilidade de se obter uma quantidade previsível de inserção do tecido conjuntivo e de osso. As desvantagens são relacionadas aos cuidados pós-cirúrgicos, quando então o paciente deve ter um cuidado maior.

2.6.4 Retalho semilunar

Tarnow (1986) descreveu uma variação para essa técnica chamada de reposicionamento coronal com retalho semilunar. A incisão semilunar acompanha a recessão e deve estar a pelo menos 2mm da margem gengival, estendendo-se até a mucosa alveolar, permitindo o relaxamento do retalho e seu deslocamento na direção coronal. A nutrição do retalho é proveniente das papilas laterais ao defeito, e por isso, esta incisão deve preservar a quantidade de tecido papilar suficiente para evitar a necrose do retalho. Ela é eficaz para dentes superiores, particularmente para a cobertura de raízes recentemente expostas pela recessão gengival marginal causada por coroas recém colocadas (DUARTE; PEREIRA; CASTRO, 2002).

Está indicada para casos de recessões gengivais localizadas ou generalizada classificadas como Classe I de Miller e contra-indicada em recessões extremas, quando necessita de espessura de gengiva ceratinizada para o retalho de espessura parcial apical (DUARTE; PEREIRA; CASTRO, 2002).

2.7 Técnica de enxerto conjuntivo associado ao retalho posicionado coronalmente

No que se refere a estudos de técnicas de recobrimento radicular a literatura é vasta. Inúmeras revisões de literatura foram publicadas a respeito da taxa de sucesso do uso de enxertos conjuntivos, pois o tecido enxertado pode encontrar-se vascularizado pelas duas faces: a face interna mantida no lugar, e a face externa, pelo retalho (HENRY; ROBERT; THOMAS, 2007).

As indicações para tal técnica são: recobrimento radicular, espessamento gengival sobre um dente-suporte de prótese e espessamento da mucosa periimplantar (HENRY; ROBERT; THOMAS, 2007).

2.7.1 Técnica precursora (Técnica de Langer)

Esta técnica foi descrita por Langer e Langer em 1985. Foi apresentada na época em que o enxerto gengival começava a dar bons resultados.

Primeiramente a técnica inicia com incisões intra-sulculares em torno da recessão e, após, com incisões horizontais em ambos os lados da junção amelocementária no qual se estendem, o mais distante possível, respeitando o sistema de inserção dos dentes vizinhos. As papilas interproximais permanecem intactas. Em seguida, são feitas incisões relaxantes verticais para determinar um retalho trapezoidal de base pediculada larga (BORGHETTI; MONNET-CORTI, 2002).

De acordo com Langer e Langer (1985), no sítio doador (palato – região distal do canino até mesial do segundo molar) é removido um enxerto, onde o tamanho é determinado pela largura mesio-distal da região a ser recoberta, ou seja, entre duas incisões relaxantes. Pela técnica original, com um bisturi de lâmina 15, faz-se duas incisões verticais relaxantes e duas paralelas para a remoção do enxerto. O enxerto é levado ao sítio receptor, experimentado e adaptado, no qual é aconselhável preparar um enxerto que ultrapasse apicalmente a recessão em 3mm, aumentando assim as chances de ganho vascular.

O retalho é posicionado coronalmente, de maneira a recobrir o enxerto o máximo possível e então, é imobilizado por suturas na posição desejada e a área doadora é suturada com uma sutura contínua (BORGHETTI; MONNET-CORTI, 2002).

Langer e Langer (1985) ensinam que através do uso de fios reabsorvíveis, pode-se suturar o enxerto ao tecido conjuntivo subjacente interproximal para evitar o excesso de suturas nas áreas de contato das margens e, desta forma, não prejudicar a revascularização. Desse modo, a parte situada na superfície radicular a ser recoberta permanece exposta e epiteliza durante a cicatrização.

Essa técnica tem como indicação a grande maioria dos casos de recessão do tecido marginal, sendo isoladas ou múltiplas, rasas ou profundas e, estreitas ou largas. Dessa forma, ela é contra-indicada para recessões profundas com o vestíbulo raso (SAADE; BASSANI, 2013).

Os cuidados pós-operatórios incluem aplicação de uma bolsa de gelo sobre a área operada nas primeiras horas, analgésico e bochechos com clorexidina 0,12%. Após 7 dias é realizada a remoção da sutura e, o paciente é instruído a cuidados na higienização (SAADE; BASSANI, 2013).

2.7.2 Técnica do enxerto conjuntivo com recobrimento total do enxerto pelo retalho posicionado coronalmente (TC + RPC)

Na técnica precursora, o enxerto não se encontra completamente submerso, o que demanda duas conseqüências: a) O suprimento vascular não ocorre totalmente nas duas faces; e a região do enxerto não-revestida situa-se principalmente na raiz, na superfície avascular. Portanto, no local mais importante o enxerto não é vascularizado em nenhuma das faces. b) A parte exposta do enxerto poderia cicatrizar de maneira menos estética (HENRY; ROBERT; THOMAS, 2007).

O emprego da técnica de recobrimento total é condicionado à presença de tecido queratinizado apicalmente à recessão - somente a classificação I de Miller pode ser considerada nesta técnica (MILLER, 1985).

Conforme Langer e Langer (1985), o enxerto deve ser totalmente constituído de tecido conjuntivo porque está completamente submerso. Deve, então, ter uma espessura de 1,5mm como nas outras técnicas.

Para evitar incisões relaxantes, pode ser estendida a incisão intrasulcular aos dois dentes proximais, facilitando, assim, a elevação do retalho (LANGER; LANGER, 1985).

Esta técnica tem como vantagens um resultado estético muito bom com diferentes indicações (recobrimento radicular, complexo mucogengival de um dente-suporte para prótese fixa e meio periimplantar); recobrimento radicular de 80 a 90% aproximadamente; excelentes chances de sobrevivência do enxerto; aumento de tecido queratinizado em altura e em espessura; e pela técnica de Langer, permite tratar recessões de classes I, II, III de Miller (BORGHETTI; MONNET-CORTI, 2002).

As desvantagens são: dificuldade na técnica, sobretudo na remoção; dores pós-operatórias no sítio doador; recobrimento radicular não totalmente previsível e; que a técnica TC + RPC permite tratar apenas recessões de classe I (BORGHETTI; MONNET-CORTI, 2002).

O transplante de tecido conjuntivo dá um excelente resultado estético, sendo que a cobertura total do enxerto conjuntivo pelo tecido gengival inicialmente presente fornece um

resultado perfeito, embora algumas vezes um aspecto levemente claro e diferenciado do tecido pode ser observado. 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 com TC + RPC é superior ao obtido com a técnica de Langer (LINDHE; LANG; KARRING, 2010).

De acordo com Henry, Robert e Thomas (2007), o enxerto de tecido conjuntivo não provoca dor (ou pouco provoca) pós-operatório, independente da técnica utilizada no sítio receptor. Já no sítio doador, uma eventual necrose parcial pode resultar em complicações pós-operatórias. Dessa forma, é preferível não aumentar o uso de incisões relaxantes ou não usar a técnica pura do alçapão.

Visto isso, estudos mostram que o resultado é adquirido rapidamente, mais precisamente em algumas semanas, e além da vantagem estética permite aumentar a altura do tecido queratinizado diante de uma recessão tecidual marginal (LANGER; LANGER, 1985).

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento da pesquisa

A pesquisa realizada foi do tipo relato de caso clínico, no qual o paciente foi atendido na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e o tratamento realizado também foi nesta instituição.

3.2 Seleção do material bibliográfico

Para a revisão bibliográfica foram utilizados livros e artigos científicos entre os anos de 1956 até 2013. Os livros foram consultados na Biblioteca da Universidade de Santa Cruz do Sul. Os artigos foram coletados nas bases de dados Scielo, Portal de Periódicos da Capes e PubMed, e os que não estavam disponíveis *on line*, foram solicitados por meio do Serviço de Comutação Bibliográfica (COMUT) da Biblioteca da Universidade de Santa Cruz do Sul. As palavras chaves utilizadas na busca foram: recessão gengival, cirurgia plástica periodontal, classificação de Miller, biótipo periodontal, tecido conjuntivo, enxerto tecido conjuntivo, nos idiomas português, inglês e espanhol.

4 RELATO DO CASO

4.1 Diagnóstico

Paciente do gênero feminino, 21 anos de idade, procurou a Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, tendo como queixa principal a insatisfação com a aparência estética de seu sorriso. Nesta consulta foi realizado um exame intra-bucal e verificada a presença de um biótipo periodontal fino e várias recessões gengivais, incluindo uma recessão classe II de Miller no canino superior direito que foi selecionado, devido à solicitação da paciente, para a realização de cirurgia de recobrimento (Figura 6 e 7). Para melhor entendimento foram solicitadas radiografias panorâmica e periapical e, com esse exame complementar em mãos, juntamente com a avaliação clínica do paciente, foi possível determinar o plano de tratamento.

Figura 6 – Recessão gengival de classe II de Miller no canino superior direito (13)



Figura 7 – Recessões gengivais presentes nos dentes no lado esquerdo



4.2 Tratamento Realizado

Tendo em vista o diagnóstico do caso, o tratamento proposto foi a realização de uma cirurgia plástica periodontal baseada na técnica do retalho posicionado coronalmente, associada ao enxerto de tecido conjuntivo em uma sessão.

Primeiramente, foi realizada a anestesia da região através das técnicas anestésicas de bloqueio do nervo infraorbital e do nervo palatino maior (Figura 8), com uma carpule, agulha e tubete de anestesia de lidocaína com epinefrina 1:100.000 (Alphacaine 100 – DFL – Rio de Janeiro, RJ). Após certificado a correta anestesia, realizou-se incisões mucogengivais verticais ligeiramente divergentes na distal e mesial do dente 13 (Figura 9), com incisões horizontais entre as papilas mesial e distal através de um cabo de bisturi e lâmina debisturi 15C (Embramac – Campinas, SP), para que cuidadosamente fosse elevado o retalho parcial para apical (Figura 10). A aspiração durante todo o procedimento foi realizada com aspirador cirúrgico descartável (Indusbello – Londrina, PR).

Figura 8 – Técnica anestésica infraorbitária na região do canino superior direito



Figura 9 - Incisões mucogengivais verticais ligeiramente divergentes na distal e mesial do dente 13



Figura 10 - Incisões horizontais entre as papilas mesial e distal do dente 13 e elevação do retalho para apical



No sítio doador (palato), foi removido um enxerto pela técnica do alçapão, iniciado por duas incisões paralelas conservando o epitélio, utilizando a mesma lâmina 15C de bisturi, conforme Figura 11. Com isso, foi preparado o enxerto para que fosse ultrapassado apicalmente a recessão em 3mm, aumentando assim, as chances de ganho vascular. Em

continuação, foi levado o enxerto ao sítio receptor experimentando e adaptando sem tensão sobre a raiz, recobrando, assim, totalmente a área da recessão. Foram realizadas então suturas simples na região do sítio doador conforme Figura 12, com um porta-agulha e fio agulhado reabsorvível Vicryl (poliglactina 910) 5-0 (Ethicon – São Paulo, SP).

Figura 11 – Incisões paralelas na área doadora (palato) para obtenção do enxerto de tecido conjuntivo



Figura 12 - Suturas simples realizadas no local do sítio doador com fio reabsorvível



Procedeu-se, então, a imobilização do enxerto na região do sítio receptor. Fixou-se o enxerto ao tecido conjuntivo subjacente interproximal com suturas laterais (Figuras 13 e 14), utilizando porta agulha e fio reabsorvível Vicryl (poliglactina 910) 5-0 (Ethicon). Foi, então, recolocado o retalho sobre o enxerto, tracionando para coronal contra o dente, recobrimdo o enxerto o máximo possível. Por fim, foram suturadas as incisões verticais e a região interproximal, através de pontos simples, conforme Figura 15.

Figura 13 – Enxerto de tecido conjuntivo retirado do palato (área doadora)



Figura 14 – Imobilização do enxerto de tecido conjuntivo com suturas laterais

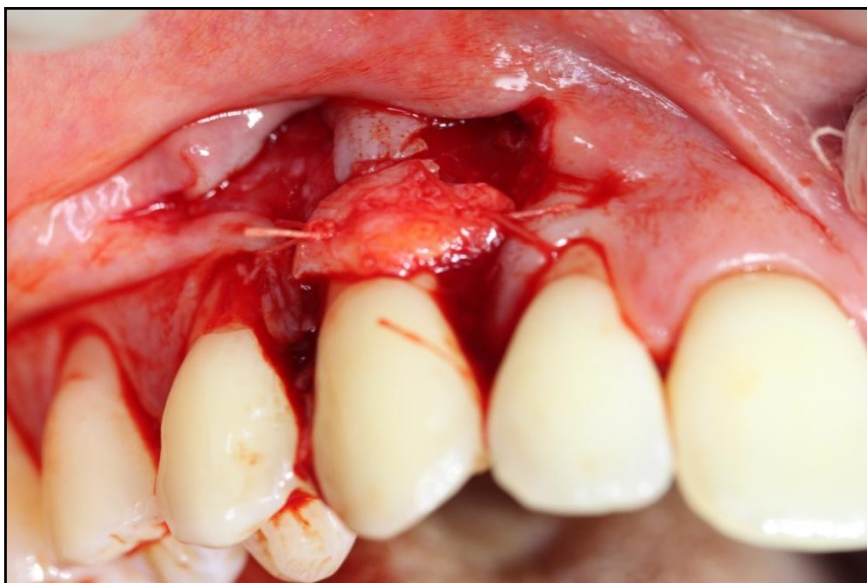
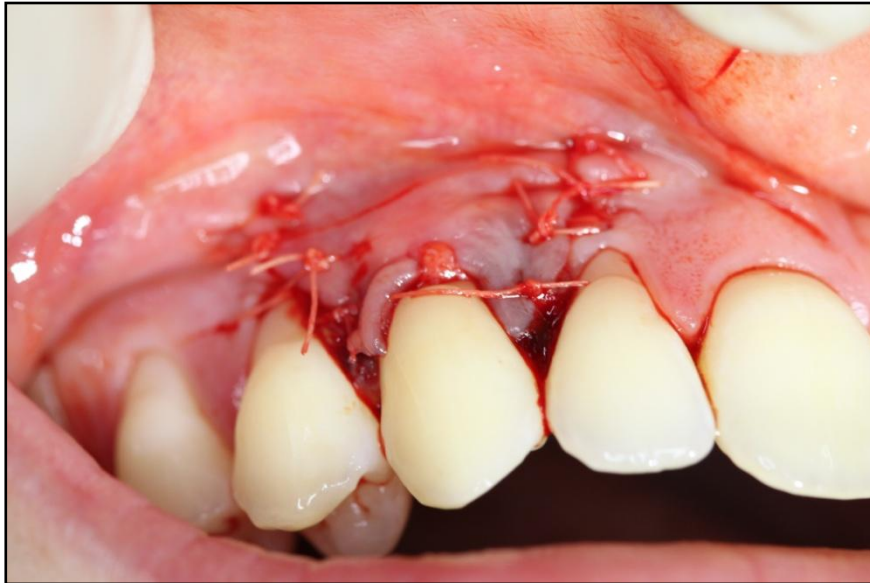


Figura 15 – Retalho reposicionado sobre o enxerto com suturas simples nas incisões verticais e região interproximal



4.3 Acompanhamento

O pós-operatório foi acompanhado uma semana, um mês, dois meses e seis meses após a cirurgia realizada (Figura 16 e 17), com intuito de verificar esteticamente o resultado. Dessa forma, foi acordado com a paciente retorno a cada seis meses para consultas de manutenção periódica preventiva e acompanhamento do caso realizado.

Figura 16 – Pós-operatório após uma semana



Figura 17 – Pós-operatório após 6 meses



5 DISCUSSÃO

No caso estudado, a paciente apresentava recessões múltiplas, queixando-se assim da estética do seu sorriso. A causa das recessões desta paciente era o biofilme dentário acumulado e o trauma proveniente da escovação, concorda-se dessa forma com os autores Marini (2004), Løe, Anerud, Boysen (1992), Susin et al. (2004), Guida et al. (2010), Chambrone et al. (2010) e Tezel et al. (2001) que afirmam que a causa de recessões gengivais é atribuída à escovação traumatogênica, ainda os autores Andrade et al. (2012) afirmam que o biofilme acumulado e a higiene inadequada tem um papel importante para gerar tal lesão.

Não discorda-se dos outros autores que relataram que a causa de recessões gengivais é multifatorial, pois em cada paciente essa lesão pode ser gerada por fatores diferentes, assim, há uma concordância entre os autores Yared, Zenóbio e Pacheco (2006), Medina (2009), Borghetti e Monnet-Corti (2002) que relatam que a recessão gengival é uma lesão multifatorial tendo a etiologia como o biofilme dentário com consequente inflamação gengival, oclusão traumatogênica, trauma proveniente da escovação, inserção alterada do freio labial, espessura da gengiva, altura da mucosa ceratinizada e o tecido ósseo subjacente.

Ainamo et al. (1986) em suas pesquisas relatam que a casuística deve ser atribuída à técnica de escovação do que propriamente ao acúmulo de placa ou desconhecimento sobre saúde bucal, ou seja, a recessão gengival resulta do trauma repetitivo na região, o qual levaria a uma inflamação crônica, cujas respostas teciduais provocariam a destruição óssea e do tecido conjuntivo de inserção. Por fim, nos locais onde houvesse perda óssea, o trauma da escovação poderia induzir à recessão.

Um erro comum nas cirurgias plásticas periodontais é os dentistas subestimarem a importância do tratamento periodontal prévio. Os fatores de risco como o biofilme, devem ser removidos, as mudanças de hábitos e melhoras na higiene oral devem ser instituídas antes da cirurgia. No caso estudado, a paciente foi submetida ao tratamento periodontal antes da realização da cirurgia plástica periodontal, para tratar a gengivite e remover o biofilme, concordando assim com os autores Yared, Zenóbio e Pacheco (2006), Andrade et al. (2012), Guida et al. (2010) e Manshot (1991) que afirmam que a terapia periodontal é imprescindível antes de qualquer cirurgia plástica periodontal, incluindo a remoção de fatores etiológicos como o biofilme bacteriano e o cálculo supragengival e subgengival; ainda, os autores Medina (2009) e Manshot (1991) relatam que o tecido gengival representa uma referência de saúde periodontal, portanto, o sangramento à sondagem deve ser avaliado, uma vez que a presença contínua de inflamação pode levar à recessão localizada.

A recessão presente que foi submetida à cirurgia de recobrimento radicular era classificada como Classe II de Miller, levando ao recobrimento parcial da lesão após seis meses, dessa forma, Miller (1985) relatou que os parâmetros de avaliação do sucesso do recobrimento são: tecido marginal ao nível da JCE nas recessões classe I e II, profundidade de sondagem menor ou igual a 2mm, ausência de sangramento à sondagem, ausência de sensibilidade e coloração aceitável.

Conforme Andrade et al. (2012), o sucesso do tratamento da recessão gengival não se deve apenas ao nível de recobrimento radicular alcançado, mas também a satisfação do paciente, correspondendo com o caso estudado, a paciente ficou satisfeita com o resultado da cirurgia plástica periodontal mesmo não recobrindo 100% a recessão gengival.

A técnica utilizada no caso relatado foi a técnica de retalho posicionado coronalmente associado ao enxerto de tecido conjuntivo. A escolha desta técnica se deu pela classificação da recessão da paciente (Classe II de Miller) e por ser uma técnica bem conceituada, que garante bom resultado estético com variadas indicações, podendo associar a compatibilidade de cor, concordando assim com os autores Langer e Langer (1985), Borghetti e Monnet-Corti (2002), Lindhe, Lang e Karring (2010) que afirmam que as vantagens dessa técnica se dão por um resultado estético muito bom com diferentes indicações (recobrimento radicular, complexo mucogengival de um dente-suporte para prótese fixa e meio periimplantar), recobrimento radicular de 80 a 90% aproximadamente, excelentes chances de sobrevivência do enxerto e aumento de tecido queratinizado em altura.

Com relação às desvantagens, há dificuldade na técnica, sobretudo na remoção do enxerto, dores pós-operatórias no sítio doador, recobrimento radicular não totalmente previsível, em algumas situações pode ficar com uma cor levemente esbranquiçada ou rosada e necessita de dois sítios cirúrgicos para recobrir a recessão (HENRY; ROBERT; THOMAS, 2007; LANGER; LANGER, 1985; SAADE; BASSANI, 2013). Dessa forma, conforme o relato da paciente, discorda-se dos autores que relatam que há dores pós-operatório, pois a paciente não relatou nenhuma complicação, mesmo precisando de dois sítios cirúrgicos não houve sintomatologia dolorosa, mas concordo com eles quando relatam que o recobrimento radicular não é totalmente previsível, pois depende também da colaboração do paciente neste caso, os cuidados com a higienização pós-cirúrgico, para manter o resultado do tratamento. No caso avaliado, não houve recobrimento 100% e, assim não tínhamos como prever o resultado antes da cirurgia, mas esta técnica foi eficaz, teve satisfação da paciente, aumentou a espessura da gengiva no local e não teve diferenciação de cor.

No caso relatado a paciente apresentava múltiplas recessões gengivais, porém a cirurgia plástica periodontal realizada foi aplicada somente em um dente. A paciente optou por uma área restrita para ser possível analisar qual seria o resultado obtido e futuramente então realizar a cirurgia em todas as outras recessões gengivais presentes.

A bibliografia analisada recomenda que após o término do tratamento o paciente seja inserido em um programa de manutenção, com o objetivo de preservar e manter o estado de saúde adquirido com o tratamento realizado (LINDHE; LANG; KARRING, 2010). Diante disso, após a cirurgia, o acompanhamento da paciente é realizado periodicamente para verificar o tratamento realizado no dente 13 e a higienização da paciente.

6 CONCLUSÃO

Com base na revisão de literatura e no relato de caso clínico, pode-se observar que:

- A técnica de retalho posicionado coronalmente associado ao enxerto de tecido conjuntivo recobriu parcialmente a recessão gengival marginal presente no dente;
- A técnica relatada foi eficaz e obteve a satisfação da paciente, sendo assim, é uma técnica recomendada e aconselhável para recobrimento de recessões gengivais;
- Segundo o referencial teórico, esta é a melhor técnica a ser utilizada, pelo índice de sucesso e bom pós-operatório.

REFERÊNCIAS

- AINAMO, J. et al. Gingival recession in school children at 7, 12 and 17 years of age in Espoo, Finland. *Community Dent Oral Epidemiology*, v. 14, n.5, p. 212-218, 1986.
- ALLEN, E. P.; MILLER, Jr. P. D. Coronal Positioning of Existing Gingival: Short Term Results in the Treatment of Shallow Marginal Tissue Recession. *Journal of Periodontology*, v. 60, n. 5, p. 316-319, 2007.
- ANDRADE, L. P. et al. Tratamento de dentes com recessão gengival e abrasão cervical. *Revista Baiana de Odontologia*. v. 3, n. 1, p. 86-99, dez. 2012.
- BORGHETTI, A.; MONNET-CORTI, V. Enxerto de conjuntivo associado ao retalho posicionado coronalmente. In: _____. *Cirurgia plástica periodontal*. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 217-229.
- CHAMBRONE, L. et al. Root coverage procedures for the treatment of localized recession-type defects: a Cochrane systematic review. *Journal of Periodontology*, v. 81, n. 4, p. 452-478, 2010.
- DUARTE, C. A.; PEREIRA, A. L.; CASTRO, M. V. M. Cirurgia Mucogengival. In: DUARTE, C. A. *Cirurgia Periodontal Pré-Protética e Estética*. São Paulo: Ed. Santos, 2002.
- FURLAN, L. M. et al. Incidência de recessão gengival e hipersensibilidade dentinária na clínica de graduação da FOP-UNICAMP. *Revista Periodontia*, v. 17, n. 1, p. 53-61, mar. 2007.
- GRUPE, H. E.; WARREN, R. F. Repair of gingival defects by a sliding flap operation. *Journal of Periodontology*, v. 27, p. 27-92, 1956.
- GUIDA, B. et al. Recobrimento radicular de recessão gengival associadas a lesões cervicais não cariosas. *Revista Periodontia*. v. 20, n. 2, p. 14-21, jun. 2010.
- HENRY, H. T.; ROBERT, R. A.; THOMAS, J. H. Cirurgia estética e periodontal. In: NEWMAN, M. G. et al. *Periodontia clínica*. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. p. 1005-1029.
- ISSA, J. P. M. et al. Cirurgia plástica periodontal com finalidade estética: Relato de caso clínico. *Revista Odontológica da Universidade de Santo Amaro*, v. 10, n. 1, p. 29-33, 2005.
- LANGER, B.; LANGER, L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *Journal of Periodontology*, v. 56, n. 12, p. 715-720, 1985.
- LINDHE, J.; LANG, N.; KARRING, T. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.
- LÖE, H.; ANERUD, A.; BOYSEN, H. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity, extent of gingival recession. *Journal of Periodontology*, v. 63, n. 6, p. 489-495, jun. 1992.

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.

MANSCHOT, A. Orthodontics and inadequate oral hygiene compliance as a combined cause of localized gingival recession: a case report. *Quintessence International*, v. 22, n. 11, p. 865-870, 1991.

MARINI, M. G. et al. Gingival recession: prevalence, extension e severity in adults. *Journal of Applied Oral Science*, v. 12, n. 3, p. 250-255, 2004.

MAYNARD, J. G.; WILSON, R. D. Diagnosis and management of mucogingival problems in children. *Dental Clinics of North America*, v. 24, n. 4, p. 683-703, 1980.

MAYNARD, J. G. Mucogingival considerations for the adolescent patient. In: NEVINS, M.; MELLONIG, J. T. (eds.). *Periodontal Therapy: clinical approaches and evidence of success*. Chicago: Quintessence, 1998. p. 291-303

MEDINA, C. M. A. Recesión gingival: uma revisão de su etiologia, patogénisis y tratamiento. *Avances em Periodoncia*, v. 21, n. 2, p. 35-43, 2009.

MILLER, P. D. A classification of marginal tissue recession. *The International Journal Periodontics Restorative Dentistry*, v. 5, n. 2, p. 9-13, 1985.

OCHSENBEIN C., ROSS S. A reevaluation of osseous surgery. *Dental Clinics of North America*, n. 13, p. 87-102, 1969.

PARFFIT, G. J.; MJÖR, I. A. A clinical evaluation of localized gingival recession in children. *Journal of Dentistry for Children*, v. 31, p. 257-262, 1964.

RITTER, A. V. Talking with patients: gingival recession. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*. v. 17, n .3, p. 196, 2005.

SAADE, J.; BASSANI, M. Cirurgia plástica periodontal – recobrimento radicular. *Periodontia*, v. 5, p. 207-248, 2013.

SEIBERT, J.; LINDHE, J. Esthetics in periodontal therapy. In: Lindhe J., ed. *Textbook of Clinical Periodontology*, 3 ed. Copenhagen, Munksgaard, p. 647-681, 1997.

SUSIN, C. et al. Gingival recession: epidemiology and risk indicators in a representative urban Brazilian population. *Journal of Periodontology*, v. 75, n. 10, p. 1377-1386, 2004.

TAKEY, H. H.; AZZI, R. R.; HAN, T. J. Cirurgia estética periodontal. In: NEWMAN, M. G. et al. *Periodontia Clínica*, 10 ed. São Paulo: Editora Elsevier, 2007.

TARNOW, Dennis. Semilunar Coronally Repositioned Flap. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 13, p. 182-185, 1986.

TEZEL, A. et al. Evaluation of gingival recession in left- and right-handed adults. *International Journal Neuroscience*, v. 110, p. 135-146, 2001.

VENTURIM, R. T. Z.; JOLY, J. C.; VENTURIM, L. R. Técnicas cirúrgicas de enxerto de tecido conjuntivo para o tratamento da recessão gengival. *Revista Gaúcha de Odontologia*, v. 59, p. 147-152, jan./jun. 2011.

YARED, K. F. G.; ZENOBIO, E.; PACHECO, W. A etiologia multifatorial da recessão periodontal. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, v. 11, n. 6, p. 45-51, nov./dez. 2006.

**ANEXO A - Pedido de autorização do Coordenador do Curso de
Odontologia da UNISC**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA
CURSO DE ODONTOLOGIA

Santa Cruz do Sul, 21 de maio de 2015.

Eu, Prof. Dra. Márcia Helena Wagner coordenadora do curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul, declaro ter conhecimento do Projeto do Trabalho de Conclusão de Curso “CIRURGIA PLÁSTICA PERIODONTAL PARA RECOBRIMENTO DE RECESSÃO GENGIVAL: ESTUDO DE CASO” que será desenvolvido pela acadêmica do Curso de Odontologia da UNISC Ana Júlia de Moura, sob orientação da Prof. Me. Simone GlesseBaumhardt.

Atenciosamente,



Prof. Dra. Márcia Helena Wagner
Coordenadora do Curso de Odontologia da
UNISC

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CIRURGIA PLÁSTICA PERIODONTAL PARA RECOBRIMENTO DE RECESSÃO GENGIVAL: ESTUDO DE CASO

É de muita importância observar que atualmente a beleza e saúde estão muito evidentes. A odontologia estética procura cada vez mais corrigir algumas imperfeições e até mesmo traumas presentes em pacientes. Qualquer alteração fora do que é normal e harmônico pode provocar implicações psicológicas, podendo alterar o convívio social. Deste modo, as retrações gengivais são lesões que não voltam, que não se modificam de forma sozinha, a gengiva não volta mais a crescer e a única forma de correção é a abordagem cirúrgica. O presente estudo de caso terá como objetivo associar a saúde bucal e a estética, realizando uma cirurgia plástica periodontal no canino superior esquerdo para cobrir a parte da raiz exposta através de um tecido retirado do próprio palato (céu da boca). Pelo fato de ser um procedimento cirúrgico, o paciente pode vir a sentir algum incômodo pós-operatório, que tem de passar após alguns dias. Este estudo poderá ter como benefício um sucesso muito satisfatório cobrindo totalmente a raiz exposta, mas pode também apontar um resultado com um índice de sucesso abaixo do esperado.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;

- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é a Prof. Me. Simone GlesseBaumhardt (Fone: 51 9965-6877).

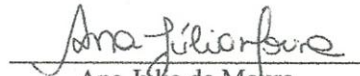
O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data 22/05/2015



Isadora Reis Paczek



Ana Júlia de Moura

ANEXO C - Carta de apresentação do Projeto de Pesquisa

Santa Cruz do Sul, 27 de maio de 2015

Este Projeto de pesquisa intitulado “CIRURGIA PLÁSTICA PERIODONTAL PARA RECOBRIMENTO DE RECESSÃO GENGIVAL: ESTUDO DE CASO” foi realizado pela aluna Ana Júlia de Moura, sob orientação da Professora Simone Glesse Baumhardt, como requisito da disciplina de Seminário de trabalho de Conclusão de Curso da Universidade de Santa Cruz do Sul.

Declaramos estar cientes do conteúdo deste projeto de pesquisa aqui apresentado.

Atenciosamente,



Simone Glesse Baumhardt



Ana Júlia de Moura