

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

ANA LARISSA RODRIGUES DE MACÊDO
MARIA FERNANDA DE ALENCAR LACERDA AIRES

CIRURGIA DE RECOBRIMENTO RADICULAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2024

ANA LARISSA RODRIGUES DE MACÊDO
MARIA FERNANDA DE ALENCAR LACERDA AIRES

CIRURGIA DE RECOBRIMENTO RADICULAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Odontologia do Centro Universitário Doutor Leão
Sampaio, como pré-requisito para obtenção do grau
de Bacharel.

Orientador(a): Profa. Dra. Karine Figueredo da Costa

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2024

**ANA LARISSA RODRIGUES DE MACEDO / MARIA FERNANDA DE ALENCAR
LACERDA AIRES**

CIRURGIA DE RECOBRIMENTO RADICULAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel.

Aprovado em 01/07/2024.

BANCA EXAMINADORA

**PROFESSOR(A) DOUTOR (A) KARINE FIGUEREDO DA COSTA
ORIENTADOR (A)**

**PROFESSOR (A) MESTRE LUCIANA MARA
MEMBRO EFETIVO**

**PROFESSOR (A) MESTRE TIAGO NORÕES GOMES
MEMBRO**

Ana Larissa Rodrigues de Macêdo¹
Maria Fernanda de Alencar Lacerda Aires¹
Dra. Karine Figueredo da Costa²

RESUMO

O recobrimento radicular é uma cirurgia realizada para o tratamento das recessões gengivais, que são lesões constantemente encontradas na cavidade oral dos pacientes. Essas lesões são geralmente oriundas de traumas por escovação, movimentações ortodônticas e hábitos parafuncionais, como o bruxismo e o apertamento dental, causando uma migração apical dos tecidos moles da região (afetando também os tecidos duros) provocando sensibilidade dentária e queixas estéticas. O cirurgião-dentista recebe diariamente nos seus consultórios pacientes com esses tipos de queixas e deve ser capaz de examinar, diagnosticar e classificar as recessões gengivais, através da avaliação do nível clínico de inserção, profundidade de sondagem, exame clínico e radiográfico, a fim de poder indicar o tratamento mais adequado. Dessa forma, o presente relato tem o objetivo de identificar a necessidade de cirurgias a enxerto para o recobrimento radicular, além de analisar a sua eficácia como tratamento da perda de inserção periodontal. Logo, a partir do acompanhamento do caso clínico, foi descrita a técnica cirúrgica aplicada para ganho de tecido queratinizado e recobrimento radicular, juntamente com o acompanhamento do resultado pós cirurgico. Conseqüentemente, a partir desse relato de experiência, foi possível identificar que, necessitam de cirurgias a enxerto para recobrimento radicular todas as recessões das Classes I, II e III de Miller, sendo a classe III a com pior prognóstico, que permite apenas o recobrimento parcial da recessão, e os tipos RT1 e RT2 na classificação de Cairo, a partir do momento em que houver queixa estética e/ou de sensibilidade informada pelo paciente, sendo também necessário uma avaliação individual de cada paciente e de cada perfil periodontal. O sucesso do tratamento pode ser observado, com recobrimento parcial da recessão, limitado pela perda de inserção interproximal, mesmo assim, houve melhora na higienização, na qualidade do tecido e na sensibilidade relatada pelo paciente.

Palavras-chave: Enxerto. Estética. Recessão gengival. Retalhos.

ABSTRACT

Root coverage is a surgical treatment performed to treat gingival recessions, which are recurrent lesions in the oral region of patients. These injuries generally arise from trauma caused by brushing, orthodontic movements and parafunctional habits, such as bruxism and tooth clenching, causing a retraction of the soft tissues in the region (may also affect hard tissues) causing tooth sensitivity and aesthetic complaints. The dental surgeon receives these types of complaints from patients daily in his offices and must be able to examine, diagnose and classify gingival recessions, using a probing mechanism, clinical and radiographic examination, in order to be able to indicate the most appropriate treatment. Therefore, the present report aims to

¹ Graduando do curso de Odontologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – fernanda.alencar27@hotmail.com

² Docente do curso de Odontologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio

identify the need of surgery for root coverage, also to analyzing its effectiveness as a treatment for loss of periodontal attachment. thus, based on the follow-up of the clinical case, the surgical technique applied to improve keratinized tissue and root coverage will be described, along with monitoring the long-term results of the surgery. Consequently, from this experience report, it is possible to identify that all recessions in Miller Classes I, II and III require graft surgery for root coverage, with class III being the one with the worst prognosis, which only allows partial coverage of recession, and all types of recession in the Cairo classification, from the moment there is an aesthetic and/or sensitivity complaint reported by the patient, and an individual assessment of each patient and each periodontal profile is also necessary. The success of the treatment can be observed, with partial coverage of the recession, limited by the loss of interproximal insertion, even so, there was an improvement in hygiene, tissue quality and sensitivity reported by the patient.

Keyword: Graft. Aesthetics. Gingival recession. Patchwork.

1 INTRODUÇÃO

A recessão gengival (RG) é uma causa bastante comum de queixas nos consultórios odontológicos, sendo a sensibilidade e a estética, o que mais incomodam os pacientes. Ela pode ser definida como a migração apical dos tecidos periodontais, isto inclui, além da gengiva, o osso, o cemento radicular e o ligamento periodontal, ou seja, uma perda de inserção do(s) dente(s) no local afetado (Imber; Kasaj, 2021). A ausência de tecido queratinizado é uma fator que predispõe o desenvolvimento de recessões e inflamação no tecido gengival. Frequentemente afeta adulto, com tendência a aumentar a ocorrência com o avanço da idade, ocorre em populações com altos ou baixos níveis de higiene oral (Cortelini; Bissada, 2018).

A recessão gengival possui diversos fatores etiológicos, que podem se apresentar em conjunto ou individualmente, são eles: escovação inadequada (uso de escovas com cerdas duras e/ou uso de força durante a higienização), forças oclusais excessivas (dente em má oclusão recebendo grandes cargas ou fenômenos de bruxismo e apertamento, embora controverso na literatura), uso de aparelho ortodôntico, acúmulo de biofilme bacteriano e formação de cálculo dentário, doenças e inflamações periodontais, entre outros (Aroni *et al.*, 2016).

Em 1985 foi proposto por Miller uma classificação que aborda 4 tipos de recessões gengivais, com base no nível da margem gengival em relação à junção mucogengival e no osso subjacente, além da previsibilidade de recobrimento (Classe I, Classe II, Classe III e Classe IV), sendo a I e II de prognóstico 100% favorável à cobertura radicular e a IV de prognóstico imprevisível, pois a perda de tecidos é mais severa (Tanuri; Joly; Venturim, 2023). Com o

passar dos anos e a evolução das técnicas cirúrgicas a classificação de Miller, embora continue valendo, recebeu algumas críticas em relação a como é difícil o diagnóstico diferencial entre as classes I e II, procedimentos poucos claros para determinar a quantidade de perda de tecidos moles/duros na área interdental para diferenciar as classes III e IV e a influência pouco clara sobre o mal posicionamento dentário (Cairo *et al.*, 2011).

Uma nova classificação foi publicada por Cairo *et al.* (2011) considerando perda de tecido mole e duro, fenótipo gengival (largura e espessura) que subdivide os tipos de recessões em 3 grupos: Recessão tipo 1 (RT1) sem perda de inserção interproximal, na qual a JCE interproximal não é clinicamente detectável; Recessão tipo 2 (RT2) associada à perda de inserção interproximal, porém a quantidade de perda interproximal (medida da JCE até a profundidade de sondagem interproximal) é menor ou igual a perda de inserção na vestibular; e Recessão tipo 3 (RT3) associada à perda de inserção interproximal, mas essa perda é maior que na face vestibular (Cairo *et al.*, 2011).

A avaliação do fenótipo periodontal é relevante nos resultados alcançados na terapia mucogengival, sendo o fenótipo definido por espessura gengival, largura de tecido queratinizado, morfotipo ósseo e dimensão do dente (Cortelini; Bissada, 2018). A cerca de fenótipos, pode-se dividi-los em finos, planos espessos e espessos, e uma das formas para saber distinguir cada uma, a inserção da sonda periodontal é feita no sulco gengival e é possível observá-la por transparência em fenótipos finos (mais probabilidade do desenvolvimento de recessão gengival) (Cairo *et al.*, 2011).

Além dos tecidos moles da área afetada, também deve-se analisar a superfície dos dentes, pois existem muitos achados comuns nessa área como as Lesões Cervicais Não Cariadas (LCNC), caracterizada como uma perda de estrutura dental, podendo envolver esmalte, dentina e até cemento, lesões essas frequentemente associadas às recessões gengivais. Essas lesões são constantemente encontradas na mesma localidade das RGs e explica por que no dia a dia clínico é comumente encontrado a presença desses fatores associados. A presença de recessão gengival com exposição da superfície radicular ao meio intra-oral, aumenta as chances de parte do dente sofrer destruição resultando em LCNC (Femiano *et al.*, 2022) que as vezes cobrem a junção cemento esmalte (JCE), impossibilitando a localização da mesma, e/ou formam degraus que variam sua espessura mensurada em milímetros. A partir desta, surge uma nova classificação, dividida em A e B, onde A corresponde a uma JCE identificável, e B a uma não identificável (Imber; Kasaj, 2021). Observando o formato das LCNC, podemos distinguir se são por hábitos traumáticos no ato de higienização bucal (lesões arredondadas), ou por hábitos parafuncionais, como o bruxismo e o apertamento (lesões afiadas) (Aroni *et al.*, 2016).

O tratamento para recessões gengivais é cirúrgico, através das cirurgias de recobrimento radicular, na qual se consegue aumento de espessura de tecido e ganho de tecido queratinizado. A cirurgia pode ou não ser associada ao enxerto de tecido mole, seja ele tecido conjuntivo subepitelial coletado do palato, seja através dos substitutos mucosos, disponíveis no mercado. O uso de enxerto nos dá maior longevidade pós cirúrgica (Mercês; Rezende; Carneiro, 2019). O uso do enxerto de tecido conjuntivo é considerada padrão ouro de técnicas cirúrgicas para recobrimento radicular, mas que, não obstante, apresenta também desvantagens, sendo a maior delas a necessidade de uma área doadora do próprio paciente (Aroni *et al.*, 2016). Há a possibilidade de intervenções cirúrgicas sem o uso de enxertos autógenos, através de uma matriz dérmica acelular, que é um material alógeno e que consiste em uma matriz de colágeno e elastina íntegras (Cunha; Costa; Cruz, 2012), sendo removidos todos os componentes celulares, possibilitando menor desconforto e menor tempo de recuperação por dispensar um segundo sítio cirúrgico para o paciente (Aroni *et al.*, 2016).

As recessões gengivais são comumente encontradas nos nossos pacientes, isso gera queixa de sensibilidade e estética. A prevalência, extensão e severidade da recessão gengival aumentam gradualmente com a idade, além de que 64% dos jovens e quase 99% dos idosos apresentam algum grau de recessão gengival ao longo da sua vida (Marini *et al.*, 2004). Sendo assim, é relevante elaborar um tratamento abrangente que resolvam as queixas estéticas e funcionais dos pacientes através da técnica correta de tratamento das recessões gengivais, o recobrimento radicular.

Dessa forma, o objetivo desse relato é identificar a necessidade de cirurgias para melhorar a função do sorriso e autoestima do paciente, a partir da classificação de Miller (1985) e de Cairo (2011) e de fenótipos gengivais, além de analisar a eficácia da técnica de recobrimento para o tratamento da perda de inserção periodontal e novas possibilidades cirúrgicas sem enxertia.

2 RELATO DE CASO

Paciente J. P. P. , 33 anos, sexo masculino, residente na cidade de Juazeiro do Norte, procurou atendimento na clínica escola da UNILEÃO com queixa de sensibilidade e raiz exposta. No exame clínico foi observado exposição radicular dente 44, ausência de tecido queratinizado e uma brida na região, presença de inflamação gengival e grande quantidade de biofilme bacteriano, além disso o paciente não apresentava o dente 43 (FIG. 1), no exame

radiográfico foi possível observar perda óssea na mesial do dente 44 (FIG. 2A e 2B). O diagnóstico da recessão foi Classe III de Miller ou RT2 de Cairo.

Primeiramente foi realizada raspagem e alisamento supragengival para adequação do meio (FIG. 3), conseqüentemente melhora da inflamação para depois realização da cirurgia. O paciente no dia da cirurgia foi moldado para confecção de uma placa de acetato para proteção do leito doador (palato).



Figura 1: Aspecto inicial do paciente



Figura 2A: Radiografia panorâmica;



2B: Radiografia aproximada da região



FIGURA 3. Aspecto da recessão após terapia periodontal básica.

O paciente foi medicado pré-operatório com 8mg de Dexametasona e 1 g de dipirona. Foi realizada antissepsia extra e intraoral com digluconato de clorexidina 2% e 0,12% respectivamente. A anestesia foi realizada pela técnica de bloqueio do nervo mentoniano com mepivacaína 3% (Mepiadre®), preparo do leito cirúrgico com incisões relaxantes e descolamento parcial do retalho. Foi feita a medição da área, e um mapa do sítio receptor foi criado e levado ao palato para remoção do enxerto de epitélio e conjuntivo (FIG. 4).



FIGURA 4 . Retirada do enxerto conjuntivo subepitelial da área doadora (Palato).

O leito doador foi o palato, o mapa do leito receptor foi colocado no palato e uma marcação com a lâmina de bisturi 15c (Swann Morton®), após isso o mapa foi removido e foi retirado do palato epitélio e conjuntivo. O palato foi suturado junto com hemospon (esponja de fibrina) (FIG 5). O enxerto foi levado ao leito receptor, suturado em periósteo para estabilização do enxerto (FIG. 6A e B).



FIGURA 5: Hemospon no sítio doador e sutura (pós operatório imediato)



FIGURA 6A: Leito receptor com enxerto em posição.

6B: Pós operatório imediato.

O palato foi protegido com a placa de acetato, o paciente foi orientado sobre o pós-operatório. Foi prescrito amoxicilina 500 mg por 7 dias, dexametasona 4mg por 3 dias e dipirona 1g nas primeiras 24horas e digluconato de clorexidina 0,12% para bochecho.

Após 7 dias foi realizada a remoção da sutura do palato e aos 15 dias do sítio receptor (FIG. 7).



FIGURA 7: Pós cirúrgico de 15 dias (1ª cirurgia).

Após 4 meses, foi realizada uma nova cirurgia para reposicionamento coronal do retalho do dente 44 (FIG. 8), já que na primeira cirurgia o intuito foi ganhar tecido queratinizado e não o recobrimento. Foi realizado a anestesia pela técnica do bloqueio do nervo mentoniano com mepivacaína 3% (Mepiadre®), e então foi feito incisões relaxantes e o rebatimento do retalho parcial (FIG. 9A e B).



FIGURA 8. Aspecto inicial para a segunda cirurgia.

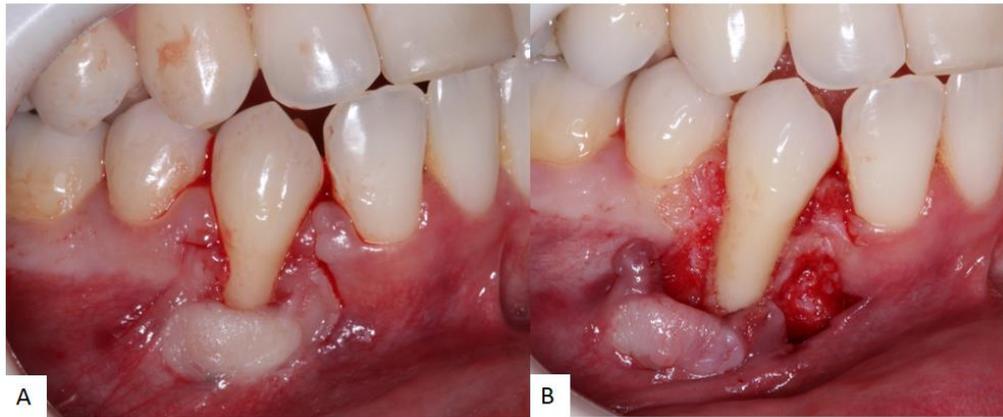


FIGURA 9A. Incisões;

FIGURA 9B. Rebatimento do retalho.

Após rebater o retalho, foi realizada a raspagem e alisamento radicular e a modificação biológica da superfície radicular foi realizado com EDTA Trissódico gel 24% (Biodinâmica®) por 1 minuto e lavagem abundante com soro (FIG. 10). Por fim, foi testada a passividade do retalho e realizado sutura reposicionando o retalho coronalmente, cobrindo a recessão em seu máximo (FIG. 11A e B).



FIGURA 10. Modificação biológica da superfície radicular com EDTA Gel 24%.

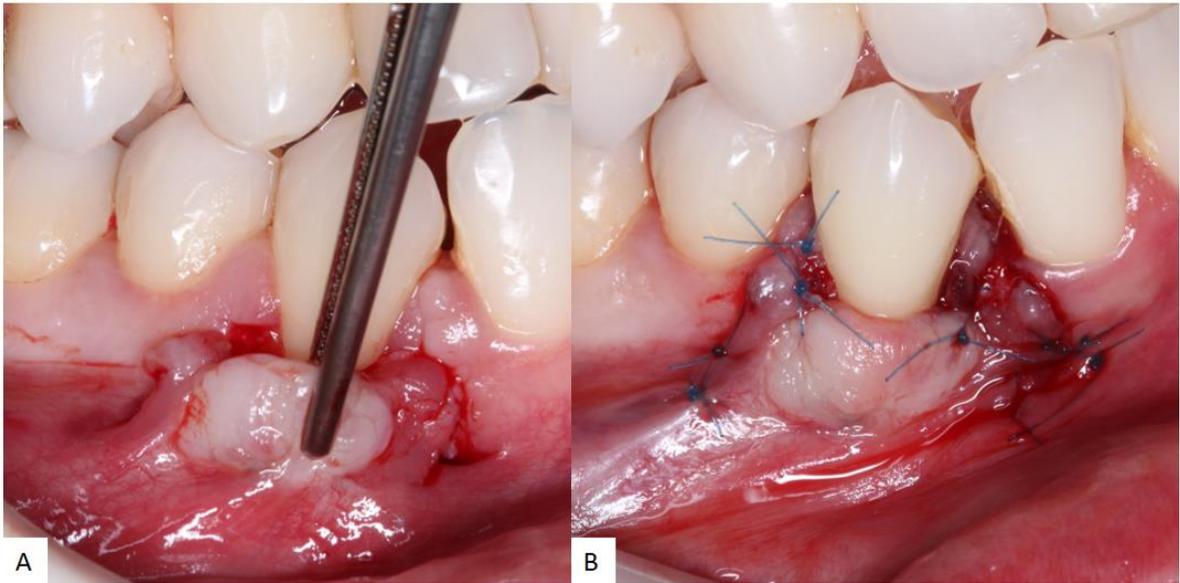


FIGURA 11A. Tracionamento coronal do retalho. **FIGURA 11B.** Estabilização do retalho com suturas.

O paciente foi orientado sobre o pós-operatório. Foi prescrito dexametasona 4mg por 3 dias, dipirona 1g por 3 dias e digluconato de clorexidina 0,12% para bochecho por 7 dias.

Após 15 dias foi realizada a remoção da sutura do sítio cirúrgico (FIG. 12).



FIGURA 12 A. Pós operatório de 15 dias.

3 DISCUSSÃO

A recessão gengival tem como resultado a exposição radicular, devido migração dos tecidos moles e duros apicalmente, tendo como consequência a hipersensibilidade dentinária, comprometimento estético, autoestima, impaction alimentar, predisposição à cárie radicular e

lesões cervicais não cariosas. Como etiologia desse defeito, são citadas como fatores primários a inflamação dos tecidos pelo acúmulo de biofilme e o trauma causado por uma má escovação. E como fatores secundários tem-se o posicionamento incorreto dos dentes, deiscência óssea, movimentação ortodôntica, disfunção oclusal, fatores iatrogênicos, inserção muscular atípica e pequena quantidade de gengiva queratinizada (Tanuri; Joly; Venturim, 2023).

É importante também observar a superfície dos dentes, além da gengiva, pois um dos achados mais recorrentes em pacientes com recessão gengival são as lesões cervicais não cariosas (LCNC), dessa forma surge uma nova classificação, dividida em A e B, onde A corresponde a uma JCE identificável, e B a uma não identificável, subdividindo-se ainda em positivas (+) e negativas (-), onde positivas corresponde à presença de degrau e negativas à ausência (Imber; Kasaj, 2021).

Outro achado comum é a hipersensibilidade dentinária, causada pelo movimento dos fluídos dentro dos túbulos da dentina, fator que causa incômodo ao paciente e que pode ser melhorado a partir do uso de dentifrícios dessensibilizantes que tendem a obliterar os túbulos e impedir o movimento dos fluídos, são eles: o fosfosilicato de cálcio sódico, a arginina e o carbonato de cálcio e estrôncio. Além desses, como possibilidade temos ainda o glutaraldeído, que age levando à coagulação das proteínas plasmáticas e ao bloqueio tubular, o nitrato de potássio, que age despolarizando o nervo ao redor do odontoblasto, reduzindo assim o potencial de nocicepção dentária. Ademais, a aplicação de flúor a longo prazo leva à aposição de dentina secundária, podendo levar à oclusão dentinária. De maneira oposta aos fatores de responsabilidade do paciente, as restaurações com margens subgengivais e/ou rugosas, sem polimento, levam a uma inflamação dos tecidos moles, causando defeitos da recessão (Imber; Kasaj, 2021). A hipersensibilidade era uma das queixas do paciente, além da estética e dificuldade de higienização da região.

Para facilitar a comunicação entre os profissionais e avaliar o prognóstico da cirurgia de recobrimento radicular é necessário classificar as lesões. De acordo com a classificação de Miller de 1985, as recessões gengivais são classificadas em: Classe I - Recessão do tecido marginal que não se estende até a junção mucogengival, sem perda de tecido ósseo ou tecido mole na região interdental. Classe II - Recessão do tecido marginal que se estende até ou além a junção mucogengival, sem perda de tecido ósseo ou tecido mole na região interdental. Classe III - Recessão do tecido marginal que se estende até ou além a junção mucogengival. Há perda de tecido ósseo e tecido mole interdentais moderada ou posicionamento incorreto dos dentes. Classe IV - Recessão do tecido marginal que se estende até ou além a junção mucogengival. Há perda de tecido ósseo e tecido mole interdentais grave. Podem alcançar recobrimento total

quando se trata da classe I e II, mas se for defeitos de classe III e IV, o indicado é a cirurgia de recobrimento radicular com baixa previsibilidade (Mercês; Rezende; Carneiro, 2019). O paciente do relato apresenta recessão classe III de Miller, com perda interproximal, consequentemente impossibilidade de recobrimento total.

Cairo, por sua vez, classificou a recessões incluindo quantidade das perdas ou não de tecidos moles e duros na região interproximal, dessa forma definiu em RT1, que aborda as retrações que não envolvem perda óssea ou de tecido mole na interproximal dos dentes afetados. A RT2, que inclui as que possuem essas perdas supracitadas, porém com comprimento menor ou igual a perda sofrida na vestibular. Já a RT3 determina recessões com perda de estrutura interproximal maiores que na vestibular do dente (Cairo *et al.*, 2011). Sendo o paciente, classificado com recessão RT2 de Cairo.

As recessões podem ser encontradas na face livres dos dentes, com predominância na face vestibular, porém pode também ser encontradas em todas as faces dos dentes, geralmente sendo sequela da doença periodontal. Há uma demanda reprimida de adultos que procuram tratamento ortodôntico, seja por necessidade estética ou funcional. Essa procura tardia se dá por diversos motivos (falta de acesso ao serviço quando criança, parte financeira ou até mesmo falta de interesse). Quando o adulto procura o ortodontista deve se ter a preocupação de avaliar o periodonto do paciente, verificar se há saúde ou doença periodontal, no caso de doença esse paciente deve ser tratado periodontalmente, deve se avaliar remanescente ósseo para uma correta movimentação em pacientes com sequelas da periodontite e por fim avaliar fenótipo periodontal (Torres, 2018).

Em um fenótipo periodontal fino, as movimentações ortodônticas podem ter impacto e se o movimento planejado for vestibularização dentária, a avaliação periodontal se faz necessária previamente ao tratamento com aparelho ortodôntico, para orientação de higiene desse paciente, visto que o aparelho é um fator retentivo de biofilme bacteriano, ou ainda, para ganho de tecido queratinizado reduzindo os danos periodontais ao final do tratamento. A ortodontia não causa recessão nos pacientes, mas para evitar intercorrência o ortodontista deve planejar corretamente cada caso, considerar a saúde periodontal, o tipo de movimentação e a força que será realizada, e o acompanhamento periodontal em muitos casos se faz necessário (Torres, 2018). O paciente do caso clínico relatado será submetido a tratamento ortodôntico, para melhor posicionamento do dente 44 no arco, além de melhora na oclusão.

O planejamento cirúrgico para o recobrimento radicular, se dá pelo correto diagnóstico e escolha da técnica, se faz necessário a instituição de tratamento periodontal básico para

reestabelecer saúde periodontal, identificar os fatores etiológicos associado ao caso e eliminá-los para maior previsibilidade pós cirúrgica (Alves *et al.*, 2012). O sucesso do recobrimento radicular está associado a técnica cirúrgica, a habilidade do operador e cooperação do paciente, porém alguns fatores são relevantes nesse sucesso, devemos considerar a profundidade e largura da recessão, quanto mais profunda e mais larga pior é seu prognóstico; a ausência de tecido duro e mole em altura na região interproximal é o princípio biológico de grande importância independentemente da técnica cirúrgica empregada. Em dentes com LCNC ou restaurações cervicais, o recobrimento é possível porém a previsibilidade é influenciada por esses fatores. Para melhorar a condição radicular na busca de expor colágeno e facilitar a deposição de cimento, o condicionamento radicular se faz necessário, além da remoção de biofilme bacteriano e cimento contaminado para formação de uma nova inserção conjuntiva (Rodrigues; Alves; Kato, 2010).

A associação de técnicas para recobrimento radicular tem sido proposta, como a associação de enxerto epitélio-conjuntivo (popularmente conhecido como enxerto gengival livre - EGL), associado ao retalho posicionado apical, acontecendo em um segundo momento cirúrgico (que pode ou não ser associado a um enxerto de tecido conjuntivo subepitelial – padrão ouro). Na ausência de tecido queratinizado ou na presença de uma pequena faixa, na região a ser operada, o profissional pode utilizar como recurso o enxerto epitélio-conjuntivo com o objetivo de ganho de tecido queratinizado, sem pensar em recobrimento, no primeiro momento (Alves *et al.*, 2012). A técnica de EGL, tem impacto na estética do paciente e não tem o intuito de recobrimento completo. A diferença de coloração no leito receptor se dá devido a memória do palato, ou seja, o enxerto leva a coloração da área doadora (Lima *et al.*, 2020)

O retalho posicionado coronalmente é provavelmente a técnica mais antiga da cirurgia plástica periodontal. É uma técnica de interesse devido as vantagens que oferece, com um bom resultado estético, somente um sítio cirúrgico, sendo o pós operatório com menos dor ao paciente (Alves *et al.*, 2012). O paciente foi submetido a uma primeira cirurgia para ganho de tecido queratinizado através do EGL e posteriormente o reposicionamento coronal, na tentativa de um recobrimento, já sabido que seria parcial devido as perdas de tecidos interproximal.

O recobrimento radicular pode ser realizado através de várias técnicas, sendo a de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (ETCS) a padrão ouro. Essa técnica apresenta dificuldades como a necessidade de realização de um segundo sítio cirúrgico, maior desconforto e risco de complicações pós-operatória, como por exemplo, dor e hemorragia, por serem feitos enxertos com tecido retirados normalmente da área palatal de 1mm de espessura e seu

comprimento dependerá da recessão propriamente dita. Esse enxerto é posicionado acima da JCE, de modo que cubra toda a recessão e 2 mm do osso alveolar e é fixado no local com suturas interrompidas com fio absorvível. (Torres, 2018, Aroni *et al.*, 2016). A utilização do ETCS obtém resultados melhores, comparados ao uso de uma matriz colágena, em questões de cobertura da recessão obtendo maiores porcentagens principalmente na maxila, isso se dá pelas dificuldades encontradas na confecção de um retalho, estabilização do enxerto e na cobertura completa das recessões e superfícies radiculares expostas. (Molnár *et al.*, 2022). Os enxertos de tecido conjuntivo subepitelial representam o padrão ouro pois proporcionam uma expressiva cobertura radicular, além de inserção clínica e ganho de tecido queratinizado, mesmo que todos os outros procedimentos tenham obtido resultados favoráveis ao tratamento desses defeitos gengivais (Chambrone *et al.*, 2008).

A fibrina rica em plaquetas, vem sendo estudada como uma alternativa para o recobrimento radicular. Porém, dificuldades durante a coleta de sangue para obtenção da membrana, volume sanguíneo reduzido, curto tempo de trabalho, são limitações para o uso da fibrina rica em plaquetas pois requer mais investimentos em pesquisas e estudos. Ainda não tem embasamento suficiente na literatura para que comprovasse a eficiência do recobrimento radicular a longo prazo (Costa *et al.*, 2020, Choukroun *et al.*, 2006). Todas essas possibilidades cirúrgicas foram pensadas para o paciente, porém após a primeira cirurgia e a grande quantidade de tecido queratinizado que foi possível alcançar, o reposicionamento deslocado coronal foi a técnica mais indicada, evitando maior morbidade pós operatória ao paciente.

A limitação do caso relatado se refere a dificuldade de recobrimento total da recessão gengival, devido à ausência do dente 43 e, conseqüentemente, perda óssea interproximal que afeta a nutrição do enxerto.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse relato foi identificado que a necessidade de cirurgia está baseada na falta de tecido queratinizado e sensibilidade radicular, o que dificultava a higienização da região, além da queixa estética exposta pelo paciente, devido a retração da gengiva. O paciente foi submetido a dois procedimentos cirúrgicos. No primeiro, foi obtido ganho de tecido queratinizado e no segundo, através do tracionamento coronal, foi possível atingir uma cobertura parcial da recessão, representando sucesso do tratamento.

Após a realização de duas cirurgias, foi possível observar melhora no fenótipo periodontal do paciente com recobrimento parcial da recessão, limitação a qual o paciente foi

informado previamente, devido a carência de tecido ósseo na região mesial, proveniente da ausência do dente 43. Ao final do tratamento realizado, pôde ser observado ausência de bolsa periodontal, de inflamação gengival e melhora da sensibilidade radicular.

REFERÊNCIAS

ALVES, L. B., *et al.* Enxerto gengival livre e retalho posicionado coronariamente para recobrimento radicular. **PerioNews** 2012;6(4):409-15.

ARONI, M. A. T., *et al.* Coverage of Miller class I and II gingival recessions treated with subepithelial connective tissue graft, acellular dermal matrix, and enamel matrix proteins. Pilot study. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 45, n. 2, p. 78–84, 2016.

BORGES, S. B. **Impacto de tratamentos para recobrimento radicular com tecido conjuntivo e uma matriz de colágeno em fatores centrados nos pacientes com recessões gengivais.** 2018. 69f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

CAIRO, F., *et al.* The Interproximal Clinical Attachment Level to Classify Gingival Recessions and Predict Root Coverage Outcomes: An Explorative and Reliability Study. **Journal of Clinical Periodontology**, vol. 38, no. 7, 20 Apr. 2011, pp. 661–666.

CHAMBRONE, L. “Can Subepithelial Connective Tissue Grafts Be Considered the Gold Standard Procedure in the Treatment of Miller Class I and II Recession-Type Defects?” **Journal of Dentistry**, vol. 36, no. 9, Sept. 2008, pp. 659–671.

CHOUKROUN, J. “Platelet-Rich Fibrin (PRF): A Second-Generation Platelet Concentrate. Part IV: Clinical Effects on Tissue Healing.” **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, vol. 101, no. 3, Mar. 2006, pp. e56–e60, <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2005.07.011>.

CORTELLINI, P.; BISSADA N. F. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. **J Clin Periodontol.** 2018; 45(Suppl 20): S190–S198. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12948>

COSTA, L. C. M., *et al.* **Recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo e fibrina rica em plaquetas: uma revisão crítica.** ARQUIVO EM ODONTOLOGIA. ISSN 2178-1990 10.7308/aodontol/2020.56.e12. Faculdade de Odontologia, Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil; Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. 2020.

CUNHA, A. C; COSTA, F. O.; CRUZ, B. C. V. Uso da matriz dérmica acelular no tratamento das recessões periodontais. **PerioNews**, Belo Horizonte, 2012.

FERRAZ, L. F. F. **Comparação entre dois tipos de enxertos (mucograft e mucoderm) associados ao retalho posicionado coronariamente no tratamento de recessões gengivais unitárias: estudo clínico controlado randomizado.** Dissertação apresentada ao Instituto de

Ciência e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista (UNESP), campus de São José dos Campos, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre, pelo programa de pós-graduação em biopatologia bucal. Área: Periodontia. Linha de pesquisa: Estudos sobre microbiologia, imunologia e terapia em periodontia e implantodontia. São José dos Campos, 2020.

FEMIANO, F. “Clinical Behavior of the Gingival Margin Following Conservative “Coronally Dynamic” Restorations in the Presence of Non-Carious Cervical Lesions Associated with Gingival Recession: A Pilot Study.” **Dentistry Journal**, vol. 10, no. 7, 13 July 2022, p. 132, <https://doi.org/10.3390/dj10070132>. Accessed 8 Dec. 2022.

FERREIRA, M. S. **Influência da espessura do enxerto subepitelial de tecido conjuntivo sobre o recobrimento radicular em caninos e pré-molares inferiores: ensaio clínico controlado aleatório.** São Paulo, 2019.

IMBER, J. C.; KASAJ, A. Treatment of Gingival Recession: When and How? **International Dental Journal**, v. 71, n. 3, p. 178–187, 2021.

LIMA, V. H. S., *et al.* “Enxerto Subepitelial de Tecido Conjuntivo E Enxerto Gengival Livre Para Recobrimento Radicular – Relato de Dois Casos Clínicos.” **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, vol. 12, no. 4, 12 Mar. 2020, p. e2791, <https://doi.org/10.25248/reas.e2791.2020>. Accessed 22 Mar. 2020.

MARINI, M. G., *et al.* “Gingival Recession: Prevalence, Extension and Severity in Adults.” **Journal of Applied Oral Science**, vol. 12, no. 3, Sept. 2004, pp. 250–255.

MENEZES, K. M. **Comparação do enxerto de tecido conjuntivo e de uma matriz de colágeno xenógena no recobrimento radicular de recessões gengivais unitárias em fenótipo gengival fino.** 2019. 110f. Tese (Doutorado em Ciências Odontológicas) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

MERCÊS, L. C. S.; REZENDE, L. V. M. L.; CARNEIRO, V. M. A. **Abordagem Interdisciplinar no Tratamento das Recessões Gengivais: Relato de Caso.** RFO UPF, Passo Fundo, v. 24, n. 3, p. 383-391, set./dez. 2019.

MILLER, P. D. “A classification of marginal tissue recession.” **Int J Periodont Restor Dent** 1985; 59:9.

MOLNÁR, B., *et al.* “Treatment of Multiple Adjacent RT 1 Gingival Recessions with the Modified Coronally Advanced Tunnel (MCAT) Technique and a Collagen Matrix or Palatal Connective Tissue Graft: 9-Year Results of a Split-Mouth Randomized Clinical Trial.” **Clinical Oral Investigations**, vol. 26, no. 12, 2022, pp. 7135–7142.

PÉREZ, C. B.; QUISPE, N. L.; MONTEIRO, J. M. Injerto de tejido conectivo en combinación con la técnica de colgajo lateralmente cerrado para el tratamiento de recesiones gingivales anteroinferiores: resultado clínico y revisión sistemática comparativa. **Cient. Dent.** 2023; 20; 1; 47-56.

PRAKASH, P.; K RATH, S; MUKHERJEE, M. “Clinical Efficacy of Periosteal Pedicle Graft with Subepithelial Connective Tissue Graft in Gingival Recession Coverage.” **Journal of Indian Society of Periodontology**, vol. 0, no. 0, 2019, p. 0, https://doi.org/10.4103/jisp.jisp_676_18. Accessed 16 Aug. 2020.

RAYAST, D., *et al.* “Decision-Making in Classifying Gingival Recession Defects – a Systematic Review.” **National Journal of Maxillofacial Surgery**, vol. 10, no. 2, 2019, p. 206, https://doi.org/10.4103/njms.njms_71_18. Accessed 16 Apr. 2023.

RODRIGUES, D. C.; ALVES, R.; KATO SEGUNDO, T. “Emprego Do Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial No Recobrimento Radicular.” **RGO.Revista Gaúcha de Odontologia** (Online) vol.58, no. 1, 1Mar. 2010, pp. 115-118, revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198186372010000100021. Accessed 12 June 2024.

TANURI, R.; JOLY, J. C.; VENTURIM, L. R. Técnicas cirúrgicas de enxerto de tecido conjuntivo para o tratamento da recessão gengival. **RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online)**, v. 59, p. 147–152, 2023.

TORRES, L. F. **Tratamento ortodôntico em paciente com recessões gengivais**: relato de caso. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Ortodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Especialista em Ortodontia. Belo Horizonte. 2018.