



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA

Marina Cremonesi Cardoso

**Retalho Deslocado Lateral Associado ao
Enxerto de Tecido Conjuntivo no
Recobrimento Radicular**

Araçatuba – SP

2018

Marina Cremonesi Cardoso

**Retalho Deslocado Lateral Associado ao
Enxerto de Tecido Conjuntivo no
Recobrimento Radicular**

**Trabalho de Conclusão de Curso como
parte dos requisitos para a obtenção do
título de Graduação em Odontologia da
Faculdade de Odontologia de Araçatuba,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”.**

**Orientador: Prof. Ass. Dr. Juliano
Milanezi de Almeida**

**Araçatuba – SP
2018**

Dedicatória

*Ofereço esta conquista primeiramente à **Deus**, por traçar planos tão maravilhosos em minha vida. Se hoje estou aqui, é graças à Ele, que nunca me abandonou em nenhum momento. Por isso, tudo o que conquistei até hoje são apenas para Tua honra e Tua glória. Continuo confiando a Ti, todo meu futuro e minha profissão como cirurgiã dentista. Aos meus pais **Raul e Flávia Cardoso**, que são minhas inspirações como pessoas e profissionais, que sempre batalharam e nunca mediram esforços para que eu pudesse estar aqui hoje, à minha irmã **Giovana Cremonesi**, por toda amizade, cumplicidade e apoio que me oferece, e ao meu companheiro **Murilo Cestari**, por todo companheirismo, amor, cumplicidade e incentivo que sempre me ofereceu em todos esses anos. É com muito carinho e orgulho que dedico à vocês essa conquista, sou eternamente grata a cada um de vocês.*

Agradecimentos

Agradeço à Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, pela excelente formação que me proporcionou.

*À disciplina de **Periodontia** da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade do Estado de São Paulo - UNESP, Araçatuba, São Paulo, Brasil.*

*À **Banca Examinadora**, Prof. Dr. Juliano Milanezi de Almeida, Prof. Dr. Francisley Ávila Souza, e à Doutoranda Nathália Januario de Araújo, por aceitarem a avaliar meu trabalho e contribuir para minha formação.*

*Ao **Prof. Dr. Juliano Milanezi de Almeida**, que me aceitou como sua orientanda logo de início, foi sempre muito atencioso e prestativo, me ensinou muito sobre a Periodontia e foi um dos responsáveis por me fazer gostar tanto dessa área, admiro muito o senhor, e espero que um dia tornar-me uma Periodontista como o senhor.*

*Ao **Prof. Dr. Francisley Ávila Souza**, que foi o orientador da minha ala na disciplina de Cirurgia no terceiro ano da graduação, sempre muito alegre e divertido, o que deixava nossas clínicas de segunda de manhã sempre mais leves e produtivas, obrigada por todos os ensinamentos. Tenho o senhor como um mestre da Cirurgia e um amigo.*

*À Doutoranda **Nathália Januario de Araújo**, por toda atenção, dedicação e ajuda durante a realização de todo meu trabalho. Muitas vezes deixava de fazer suas coisas para nos ajudar e nos dar atenção. Obrigada por tudo, sempre vou me lembrar de você com muito carinho e amor. Nossa “anja da guarda”.*

*Ao mestrando **Fred Lucas**, por me orientar no início do meu trabalho.*

À todos os professores e amigos que estiveram comigo durante toda essa trajetória e que me ajudaram, de alguma forma, a chegar até aqui.

Agradecimentos Especiais

*Aos meus pais, **Raul e Flávia**, eu agradeço eternamente por exatamente tudo que sou hoje. Obrigada pela forma que criaram e educaram eu e a Gi, por todo amor que sempre recebemos, por sempre acreditarem em mim e me incentivarem a superar desafios, por comemorarem junto comigo minhas vitórias, por serem ombro amigo e porto seguro mesmo estando longe, por serem sempre presentes, e principalmente, por batalharem tanto para que eu pudesse estar realizando meu sonho de formar. Sempre admirei a dedicação, garra, esforço e paixão de cada um de vocês para com essa linda profissão, e acho que foi crescer vendo isso que me fez querer seguir essa carreira. Vocês são meus espelhos. Espero um dia poder ser e dar aos meus filhos, o que vocês são e dão à nós. Vocês são meus exemplos de amor, respeito, cumplicidade, honestidade, sabedoria e amor à Deus. Quero um dia poder retribuir tudo o que fizeram por mim, se é que será possível. Obrigada pai e mãe, por serem os melhores pais do universo. Eu amo de paixão vocês!*

*À minha irmã, **Giovana**, eu agradeço pelo companheirismo, mesmo distantes de presença, sinto você muito pertinho de mim, quando trocamos conselhos, compartilhamos segredos e risadas pelo celular. Te admiro muito e vejo em você muitas qualidades que eu gostaria de ter, por isso sei que você pode conquistar tudo o que quiser. Obrigada por sempre torcer por mim, por compartilhar o amor dos nossos pais, e estar do meu lado nos melhores e piores momentos da vida. Amo muito você Gika!*

*Ao meu namorado, **Murilo**, agradeço pelo amor que construímos nesses 5 anos. Mu, obrigada por estar do meu lado desde os meus primeiros dias aqui quando tudo era novo, por ser meu porto seguro onde eu sempre encontrei segurança e paz, por sempre me incentivar e me ensinar tantas coisas pessoais e profissionais, por ser a pessoa mais divertida e alto astral que eu já conheci, e principalmente pelo nosso companheirismo. Para mim, não tem como lembrar da FOA sem você, você é minha referência desse lugar. Obrigada por todos esses anos e pelos anos que ainda estão por vir. Agora estamos perto de realizar nosso sonho. Te amo demais!*

*Não poderia deixar de agradecer minha avó, **Eda**, que cuidou de mim no meu último ano de cursinho, que foi um dos mais difíceis. Obrigada vó por me acolher em sua casa, por todas as comidas deliciosas que eu comia quando chegava da escola, por todos os gestos de amor, que com certeza de alguma forma me ajudaram a conquistar essa vitória. Te amo vó!*

*À minha amiga **Rafaela Gaião**, eu agradeço pela amizade tão linda que construímos. Posso dizer que você é a minha amiga que eu mais tenho sintonia e que eu mais confio. Acredito que Deus coloca as pessoas certas no nosso caminho, e você foi a melhor amiga da vida que Ele me deu. Obrigada por todos os momentos vividos aqui, por todos os puxões de orelha, pelos desabafos, pelas risadas, pelas loucuras que fizemos juntas. Vou levar nossa amizade para minha vida, e sempre estarei torcendo por você! Amo você miga!*

*Um agradecimento especial à minha dupla da faculdade e da vida, meu amigo **Palmito**. Estivemos juntos desde a primeira semana de aula, até o último dia aqui dentro. Você me ensinou muito não só na clínica, onde fomos parceiros esses 5 anos, mas principalmente me ensinou sobre como é possível existir uma amizade tão sincera e verdadeira entre homem e mulher. Você com certeza é e sempre será meu melhor amigo da vida. Obrigada por tudo que passamos juntos aqui, vou guardar nossas lembranças com muito carinho.*

*Aos meus amigos mais íntimos de faculdade, '**Delícias da 60**': Rafa, Fer, Ju, Julha, Mandoca, Ary, Carol, Palmito e Japa, pra sempre vou lembrar de vocês com muito carinho. Deus me presenteou com as amizades mais verdadeiras e divertidas do mundo. Obrigada por serem irmãos em todos os momentos. Vou guardar cada um de vocês dentro do meu coração pra sempre. Amo vocês!!!!*

*Ao meu grupo de amigos, '**15%**', eu agradeço por ter vivido os melhores e mais loucos momentos da faculdade. Sem vocês a faculdade não teria graça. Amo vocês!*

*E por fim, agradeço ao pessoal da **Comissão de Formatura**, Kataoka, Máuricio, Vinícius, Flávio e Guilherme. Obrigada pela paciência e esforço de cada um. Tenho certeza de que formamos uma ótima equipe.*

Epígrafe

“Posso todas as coisas naquele que me fortalece.”

Filipenses 4:13

Marina, CC. **Retalho Deslocado Lateral Associado ao Enxerto de Tecido Conjuntivo no Recobrimento Radicular**. Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2018.

Resumo

A estética dentro da odontologia engloba procedimentos multidisciplinares, dentre eles, técnicas cirúrgicas para correção de defeitos dos tecidos mucogengivais. As recessões gengivais comprometem a estética do sorriso e ocasionam alterações funcionais nos tecidos periodontais e no dente. Buscando resultados estéticos e funcionais, várias técnicas são propostas para o recobrimento da superfície radicular exposta. Assim o presente estudo tem como objetivo apresentar um caso clínico submetido ao recobrimento radicular pela associação da técnica do retalho deslocado lateral com o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial. Paciente de 23 anos, gênero feminino, não fumante e com boa higiene bucal, apresentou-se à disciplina de periodontia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, com queixa de desconforto durante a alimentação, higienização e estética desfavorável. Após tratamento cirúrgico e acompanhamento do caso durante 24 meses, verificou-se que a associação das duas técnicas obteve sucesso clínico final de total recobrimento radicular, aumento da faixa de gengiva queratinizada, ausência de sensibilidade à escovação e satisfação estética da paciente.

Palavras-chave: - Retração Gengival, Terapia Combinada, Estética.

Marina, CC. **Retalho Deslocado Lateral Associado ao Enxerto de Tecido Conjuntivo no Recobrimento Radicular**. Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2018.

Abstract

The esthetics within dentistry encompasses multidisciplinary procedures, among them, surgical techniques for correction of defects of mucogingival tissues. Gingival recession compromise the esthetics of the smile and cause changes in the periodontal tissues and tooth. Searching for esthetics results and functional, several are the techniques for covering the exposed root surface. Therefore the present study aims to show a clinical case treated with root coverage associated with lateral displaced flap technique with subepithelial connective tissue graft. A 23 - year - old, female, non - smoker and with good oral hygiene, presented the periodontics discipline of the Faculty of Dentistry of Araçatuba - UNESP, with discomfort during feeding, high and unfavorable esthetics. After surgical treatment and follow-up of the case for 24 months, it was verified that the association of the two techniques obtained a final clinical success of total root coverage, increased range of keratinized gingiva, absence of brushing sensitivity and esthetic satisfaction of the patient.

Key words: - Gingival Retraction, Combined Therapy, Aesthetics.

Lista de Figuras

Figura 1: Recessão gengival classe II	244
Figura 2: Recessão gengival classe II de Miller pela vista lateral.	244
Figura 3: Preparação da área receptora.	255
Figura 4: Molde de papel alumínio estéril sobre a região doadora.	255
Figura 5: Incisão realizada seguindo o contorno do molde.	266
Figura 6: Enxerto sobre gaze estéril embebida com soro fisiológico sendo dividido por uma lamina de bisturi 15C.	266
Figura 7: Separação do epitélio e tecido conjuntivo do enxerto.	277
Figura 8: Enxerto posicionado sobre as superfícies radiculares expostas.	277
Figura 9: Retalho posicionado lateralmente para recobrir o enxerto com suturas verticais e ao redor do dente.	288
Figura 10: Enxerto de tecido epitelial reposicionado na área doadora.	288
Figura 11: Pós operatório de 7 dias da área receptora apresentando o processo inicial de cicatrização.	29
Figura 12: Pós operatório de 7 dias da região doadora apresentando o processo inicial de cicatrização.	29
Figura 13: Pós operatório de 15 dias apresentando fase final da cicatrização.	30
Figura 14: Completa cicatrização da área após 90 dias	30
Figura 15: Sucesso do tratamento realizado após 24 meses da cirurgia.	311

Lista de Abreviaturas e Siglas

JMG- Junção mucogengival

JCE- Junção cimento-esmalte

RDL- Retalho Deslocado Lateral

ETCE- Enxerto de Tecido Conjuntivo Subeptelial

Nº- número

mg/ml- Miligramas por mililitro

mm- milímetros

ml- mililitro

mg- miligrama

Sumário

1. INTRODUÇÃO	14
2. RELATO DE CASO CLÍNICO	16
3. DISCUSSÃO	19
4. CONCLUSÃO	211
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	222
6. FIGURAS	244

1. Introdução

A recessão gengival é definida como o deslocamento apical da margem gengival em relação à junção cimento esmalte, com consequente exposição da superfície radicular¹. Representa um dos problemas mais comuns na prática clínica em periodontia, onde os pacientes queixam-se de hipersensibilidade, dificuldade de escovação, dificuldade de controle da placa bacteriana e comprometimento estético. Além do mais, podem ocorrer cáries na superfície radicular exposta, abrasões cervicais, até a perda do elemento dentário²⁻³.

A recessão gengival apresenta etiologia multifatorial, na qual os fatores etiológicos podem ser subdivididos em dois grupos, fatores predisponentes como a deiscências e fenestrações, biótipo gengival, má posição dentária, tração de freios e bridas e vestibulo raso. E fatores desencadeantes como a escovação traumática, lesões cervicais cariosas, próteses não adaptadas, violação do espaço biológico, incisão relaxante mal situada, movimentação ortodôntica, trauma oclusal e hábitos nocivos⁴.

A previsibilidade dos recobrimentos radiculares está relacionada ao tipo da recessão, que pode ser dificultada ou impedida dependendo dos níveis interproximais de osso e tecidos moles. A classificação de Miller é a mais utilizada clinicamente, e se baseia no nível da margem gengival em relação à junção mucogengival (JMG) e o osso alveolar subjacente. A classificação se distingue em quatro classes:

Classe I: recessão não se estende até a JMG, está restrita à gengiva inserida. Não há perda de osso interdental ou tecido mole.

Classe II: recessão se estende ou ultrapassa a JMG, porém não há perda de osso interdental ou tecido mole

Classe III: recessão ultrapassa a JMG. Há perda de osso interdental e tecido mole, que se estendem entre a junção cimento-esmalte (JCE) até a base da recessão marginal.

Classe IV: recessão ultrapassa a JMG, e a perda de osso interdental estende-se para além da base da recessão, envolvendo assim mais de uma face do dente.

Estudos demonstram que recessões gengivais Classe I e II de Miller apresentam um melhor prognóstico para recobrimento total.^{5,6-7}, por não apresentarem perda interdentária de osso ou tecido mole.

A terapia cirúrgica é amplamente utilizada como tratamento deste defeito mucogengival, utilizando diversas técnicas como o enxerto gengival livre, enxerto de matriz dérmica acelular, retalho posicionado coronalmente, retalho deslocado lateral (RDL) e enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (ETCS) ⁸.

Dentre essas técnicas, o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial é a que mais apresenta porcentual de recobrimento radicular, variando de 65-98% de sucesso.

A técnica do retalho deslocado lateral, proposto inicialmente em 1956 é um enxerto pediculado, onde o sítio doador é representado pela gengiva adjacente ao sítio a ser tratado⁹. Indicada para recobrir recessões gengivais, estreitas e profundas, restritas a um ou dois dentes e que apresenta uma quantidade adequada de tecido queratinizado adjacente a recessão¹⁰, onde em diversos estudos, obtiveram excelentes resultados estéticos^{11,12-13}.

Para favorecer os resultados obtidos com o RDL, foi proposto em estudo a técnica da inversões dos biséis de modo que um bisel interno é confeccionado na área receptora e um bisel externo é feito no retalho a ser posicionado lateralmente¹⁴, com o objetivo de obter uma melhor coaptação do retalho da área receptora para atenuar a percepção da linha de incisão após a cicatrização, favorecendo o resultado estético.

Esta técnica quando combinada a um enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, permite duplo suprimento sanguíneo para o tecido enxertado, melhor combinação de cor e recobrimento radicular satisfatório^{7-15,16}. Assim o presente estudo tem por objetivo apresentar um caso clínico submetido ao recobrimento radicular pela técnica do retalho deslocado lateral associado ao enxerto de tecido conjuntivo subepitelial.

2. Relato de Caso Clínico

Paciente de 23 anos, gênero feminino, não fumante, sem alterações sistêmicas e com boa higiene bucal, apresentou-se à disciplina de periodontia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, com queixa de desconforto durante a alimentação, higienização e estética desfavorável. Durante exame clínico foi observada recessão da margem gengival localizada no dente 31 (Figura 1 e 2). Ao exame clínico periodontal, foi observada uma perda de inserção de 4mm, com recessão classe II de Miller e mucosa queratinizada limitada aos dentes vizinhos. Assim, foi programada uma cirurgia mucogengival, onde foi empregado o retalho deslocado lateral associado ao enxerto de tecido conjuntivo subepitelial.

Antes dos procedimentos cirúrgicos a paciente foi submetida aos procedimentos periodontais básicos como: raspagem e alisamento radicular, controle e orientações de higiene bucal. Todos os procedimentos cirúrgicos foram realizados sob anestesia local com mepivacaína 2% associado a epinefrina, a uma concentração de 1: 100.000 (Nova DFL, Indústria e Comércio S.A, Rio de Janeiro, Brasil). Com auxílio de uma lâmina de bisturi nº 15C (Swann-Morton, Sheffield, Inglaterra) e cureta periodontal, foi realizado a remoção do tecido epitelial adjacente e ao redor de toda recessão gengival. O resultado foi uma área cruenta biselada externamente no retalho doador e outra biselada internamente ao lado receptor. Ambas as áreas cruentas convergiam em direção apical até se encontrarem na mucosa alveolar, em seguida foi confeccionado um retalho de espessura parcial na porção da área doadora (Figura 3). As raízes foram aplainadas com brocas diamantadas de acabamento acopladas em caneta de alta rotação sob irrigação abundante de solução salina, seguido por raspagem manual com curetas do tipo Gracey 5-6. Para tratamento químico local, as raízes foram condicionadas durante 4 minutos com bolinhas de algodão embebidas em solução de cloridrato de tetraciclina 100 mg/ml de soro fisiológico, e posteriormente irrigada abundantemente com soro fisiológico.

Após a preparação do leito receptor, um molde de papel alumínio estéril foi cortado com as dimensões desejadas para retirada do enxerto de tecido conjuntivo do palato. O molde foi posicionado sobre a região doadora escolhida (Figura 4). Uma incisão de aproximadamente 1,5 mm de profundidade foi realizada seguindo o contorno do molde (Figura 5). O molde foi removido do palato e o enxerto foi obtido seguindo a técnica descrita na literatura¹⁶. Tomou-se cuidado para obter um enxerto com espessura uniforme, mantendo intacto o periósteo.

O enxerto foi colocado sobre uma gaze estéril embebida em soro fisiológico e então cortado com lâmina de bisturi nº 15 (Figura 6), resultando em duas partes que compreende epitélio com uma fina camada de tecido conjuntivo subjacente e a outra parte, unicamente, de tecido conjuntivo (figura 7). Quaisquer restos de tecido epitelial no tecido conjuntivo do enxerto foram removidos e descartados.

Utilizando a técnica anteriormente descrita, o enxerto de tecido conjuntivo retirado do palato, foi posicionado sobre as superfícies radiculares preparadas (Figura 8). O retalho foi posicionado lateralmente para recobrimento do enxerto e então realizado suturas compressivas na mesial e distal, com os nós da sutura mantidos fora da área da ferida. Foi utilizado o fio de sutura (Vicryl 5.0, Johnson & Johnson). Foram realizadas suturas de compressão verticais para envolver o periósteo apical ao enxerto, passando pela região interdental e, em seguida, amarradas ao redor dos dentes de forma que os nós da sutura ficassem posicionados pelo lado lingual, para manter a pressão fora do enxerto e facilitar posteriormente a remoção das suturas (Figura 9). As incisões verticais foram cooptadas por suturas interrompidas, e a área cirúrgica foi protegida por cimento cirúrgico (Coe-Pack, GC América), durante 7 dias.

O enxerto de tecido epitelial foi reposicionado no local doador (Figura 10) como um enxerto gengival livre e compactado com gaze estéril embebida em soro fisiológico para reduzir o espaço morto e evitar a formação excessiva de um coágulo sanguíneo. Em seguida foram realizadas suturas compressivas. Uma vez que o enxerto foi estabilizado, o sítio doador é coberto, totalmente, por cimento cirúrgico (Coe-Pack, GC América) durante 7 a 10 dias.

A paciente foi orientada a aplicar compressas frias sobre o rosto na região da área cirúrgica durante as primeiras horas de pós-operatório. Os seguintes medicamentos foram prescritos: amoxicilina 500 mg de 8 em 8 horas, durante sete dias, nimesulida 100 mg de 12 em 12 horas, durante três dias, dipirona sódica 500 mg/ml de 6 em 6 horas, durante dois dias, em caso de dor e realizar bochechos com 15 ml de digluconato de clorexidina 0,12%, duas vezes ao dia para controle de infecções pós-operatória. As suturas e o cimento cirúrgico foram removidos após sete dias. Nas consultas de acompanhamento, foram reforçadas as instruções de higiene bucal e a importância do controle adequado de placa bacteriana.

Pós-Operatório:

A região cicatrizou-se normalmente, sem apresentar eventos adversos. Ausência de reação inflamatória extensa associada aos procedimentos cirúrgicos. Aos sete dias, as áreas doadoras e receptoras encontravam-se em processo inicial de cicatrização, demonstrando ainda inflamação em evidência (Figuras 11 e 12). Aos 15 dias, encontravam-se nos períodos finais da cicatrização, já apresentando as características normais (Figura 13). Aos 90 dias foi observado completa cicatrização das áreas (figura 14). No acompanhamento do caso, após 24 meses os tecidos permaneceram saudáveis, demonstrando o sucesso do tratamento realizado (Figura 15). A paciente relatou melhora na realização dos procedimentos de higiene bucal, ausência de sensibilidade e satisfação com o resultado estético.

3. Discussão

Fatores como sensibilidade, desconforto, falta de estética e acúmulo de placa, causados por recessões gengivais, aumentam a procura por tratamentos odontológicos deste problema periodontal. A previsibilidade de recobrimento total das recessões, por meio de técnicas cirúrgicas, representa um desafio clínico para o cirurgião-dentista, portanto, para selecionar a técnica adequada deve se fazer um planejamento cirúrgico criterioso. O presente estudo foi planejado seguindo conceitos importantes para o plano de tratamento adequado. Fatores como localização do dente, o número de defeitos da recessão (única ou múltipla), altura e espessura da mucosa queratinizada, profundidade de sondagem, descontaminação e biomodificação da superfície radicular exposta, redução da convexidade radicular para permitir íntima adaptação do enxerto ao leito receptor e o tipo da recessão (classificação de Miller)⁶ são indicadores fundamentais na escolha da técnica ideal a ser realizada.

Devido a procura, cada vez maior, por resultados estéticos e funcionais, houve um avanço nas alternativas cirúrgicas para o tratamento de recessões gengivais. A técnica de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial ganhou ampla aceitação devido à sua previsibilidade na obtenção de recobrimento radicular no tratamento tanto de defeitos únicos ou múltiplos¹⁵. Isto se deve a maior quantidade de recobrimento em relação à observada com as técnicas cirúrgicas básicas¹⁷. Diversos estudos clínicos tem demonstrado que além do recobrimento radicular a técnica é efetiva para promover ganho clínico de inserção e de tecido queratinizado^{13,14,16,17}. Colaborando com nossos resultados, onde foi observado aumento de inserção clínica e de tecido queratinizado na região do enxerto. A nutrição do enxerto pelo duplo suprimento sanguíneo influenciou positivamente os resultados desta técnica, pois promoveu uma mimetização da mesma coloração dos tecidos adjacentes ao enxerto, sendo indicado em regiões estéticas.¹⁸

No caso clínico apresentado, optou-se pela associação do retalho deslocado lateral ao enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, A escolha da técnica do RPL se deu em função da região vizinha apresentar boas condições periodontais, mostrando uma faixa adequada de gengiva queratinizada e altura óssea interproximal normal.¹⁹ As vantagens da associação das técnicas do RPL ao ETCS são: o tecido gengival do retalho adjacente, de mesmo aspecto, é transferido para o sítio a ser tratado, previsibilidade aumentada de bom resultado estético e de recobrimento radicular, podendo ocorrer maior chance de

sobrevivência do enxerto e o aumento ou criação de tecido queratinizado⁴. Além do mais o uso de ETCS promove melhor estabilidade da margem gengival diminuindo a contração durante a processo de reparo. O excelente resultado estético do caso, foi obtido devido a posição marginal da gengiva, após o enxerto, permanecer estável e com o passar do tempo, o tecido enxertado combinar com o tecido adjacente em relação à cor e textura ¹⁷.

Um dos maiores inconvenientes dos enxertos autógenos é a área doadora, não só pela sensibilidade pós-cirúrgica como pela dificuldade relativa à sua obtenção. A técnica de reposicionar o tecido epitelial no leito doador do enxerto, promove a repitelização e cicatrização mais rápida em relação a outras técnicas, onde os sítios doadores são deixados desprotegidos ou protegidos por substâncias hemostáticas ¹⁶. Isto ocorre devido ao tecido epitelial ser mantido sem completa degeneração e descamação nos primeiros dias pós-operatório, quando o enxerto é fino e intimamente adaptado ao leito ¹⁶. Sendo assim, no presente estudo foi utilizada esta técnica ¹⁶, para melhor conforto e menor dor pós-operatório da paciente.

Com relação à estabilidade dos enxertos, alguns estudos longitudinais apresentam resultados comprobatórios, mostrando que não ocorre perda adicional quando há rigoroso controle dos fatores predisponentes da recessão gengival^{10,11} e sim, ocorre aumento da faixa de tecido queratinizado. Sabe-se que a porcentagem de recobrimento radicular tende a aumentar no primeiro ano de avaliação, entretanto, são fundamentais novos acompanhamentos longitudinais para determinar a estabilidade dos resultados a longo prazo^{10,11}. No caso clínico apresentado teve um acompanhamento de 24 meses onde foi possível observar o aumento da faixa de tecido queratinizado e estabilidade dos tecidos periodontias ao longo do tempo. A paciente retornará para posteriores acompanhamentos e exames complementares, como exames radiográficos, que apresentam maior fidelidade quando comparados aos exames clínicos convencionais. Seguiu-se os princípios e técnicas adequadas no diagnóstico e plano de tratamento, a paciente relatou completa satisfação estética, desaparecimento da sensibilidade, facilidade para higienização e controle de placa bacteriana.

4. Conclusão

Dentro dos limites do presente caso clínico e considerando a literatura, podemos concluir que a técnica do retalho deslocado lateral associado ao enxerto de tecido conjuntivo subepitelial demonstrou ser efetiva para o recobrimento de recessões gengivais, estreitas e profundas, do tipo classe II de Miller, proporcionando excelente recobrimento radicular contribuindo com a estética e saúde dos tecidos periodontais.

5. Referências Bibliográficas

1. Løe H, Anerud A, Boysen H. The natural history of periodontal disease in man: Prevalence, severity, and extent of gingival recession. *J Periodontol* 1992;63:489-495
2. Marini M, Greggi SL, Passanezi E, Sant'ana A. Gingival recession: Prevalence, extension and severity in adults. *J Appl Oral Sci* 2004;12(3):250-5.
3. Tugnait A, Clerehugh V. Gingival recession - its significance and management. Review. *J Dent* 2001 Aug; 29(6):381-94.
4. Borguetti A, Monnet-Corti V. Recessões teciduais marginais. In: Borguetti A, Monnet-Corti V. *Cirurgia plástica periodontal*. Porto Alegre: Artmed; 2000. p.117-38.
5. Wennstrom JL. Mucogingival therapy. *Ann Periodontol* 1996;1 (1):671-01
6. Miller Jr. PD. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985;5(2): 8-13.
7. Bouchard P, Malet J, Borghetti A. Decesion-making in aesthetics: root coverage revisited. *Periodontol* 2000 2001; 27:97 – 120.
8. Park JB. Treatment of multiple gingival recessions using subepithelial connective tissue grafting with a single-incision technique. *J Oral Science* 2009;51(2):317-21.
9. Grupe HE, Warren R. Repair of gingival defects by sliding flap operation. *J Periodontol*. 1956;27:92-5.
10. Sanz M, Simion M. Surgical techniques on periodontal plastic surgery and soft tissue regeneration: consensus report of Group 3 of the 10th European Workshop on Periodontology. ; Working Group 3 of the European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol*. 2014 Apr;41 Suppl 15:S92-7.
11. Santana et al,. Cirurgias plásticas gengivais, retalho posicionado lateralmente. *Revista Odontológica do Brasil Centra. Robrac*. 2000.
12. Saito CTMH, Bosco AF. Retalho posicionado lateralmente. *Revista Odontológica do Brasil Centra. Robrac*. 2005.
13. Bosco AF, Marchi F, Pereira SLS. Áreas doadoras de enxerto gengival livre submetidas a diferentes formas de proteção. *Rev Assoc Paul Chir Dent* 1998;52: 285–290.
14. Bosco AF, Pereira SLS, Lacerda N Jr, Milanezi LA. Análise clínica das áreas doadoras de enxerto gengival livre. *Rev Assoc Paul Chir Dent* 1996;50:515–521.
15. Harris RJ. The connective tissue and partial thickness double pedicle graft: a predictable method of obtaining root coverage. *J Periodontol*. 1992;32:447-86.

16. Bosco AF, Bosco JM (2007) An alternative technique to the harvesting of a connective tissue graft from a thin palate: enhanced wound healing. *Int J Periodontics Restorative Dent* 27, 133-139.
17. De Sanctis, M. & Clementini, M. (2014) Flap approaches in plastic periodontal and implant surgery: critical elements in design and execution. *Journal of Clinical Periodontology*
18. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol* 1985;56(12):715-720.
19. Parkinson WM, Richards MA, Davies WI. A modified technique for the laterally repositioned flap. *Apex* 1971;5(2):51-52.

6. Figuras



Figura 1: Recessão gengival classe II



Figura 2: Recessão gengival classe II de Miller pela vista lateral.

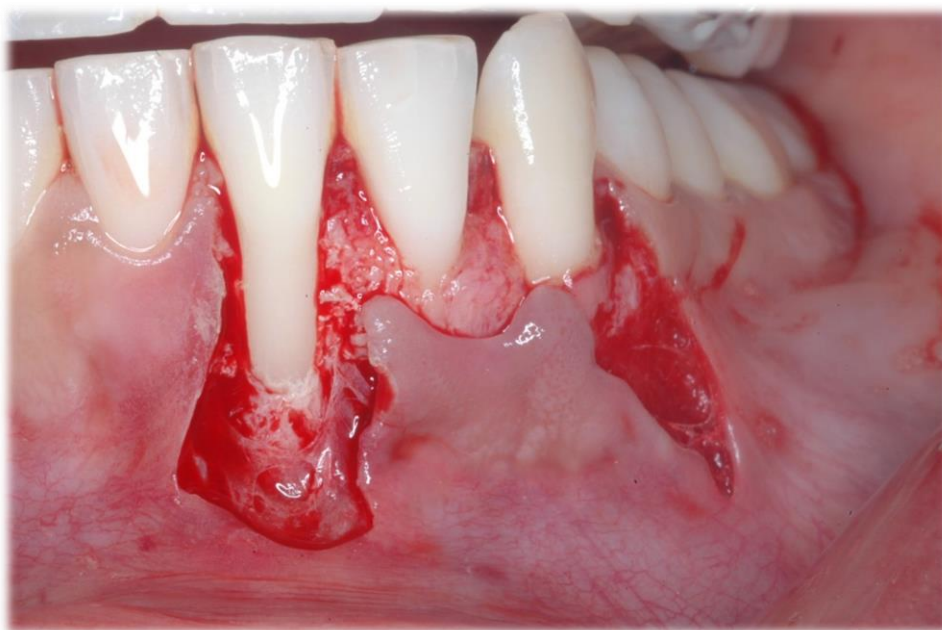


Figura 3: Preparação da área receptora.



Figura 4: Molde de papel alumínio estéril sobre a região doadora.



Figura 5: Incisão realizada seguindo o contorno do molde.



Figura 6: Enxerto sobre gaze estéril embebida com soro fisiológico sendo dividido por uma lamina de bisturi 15C.

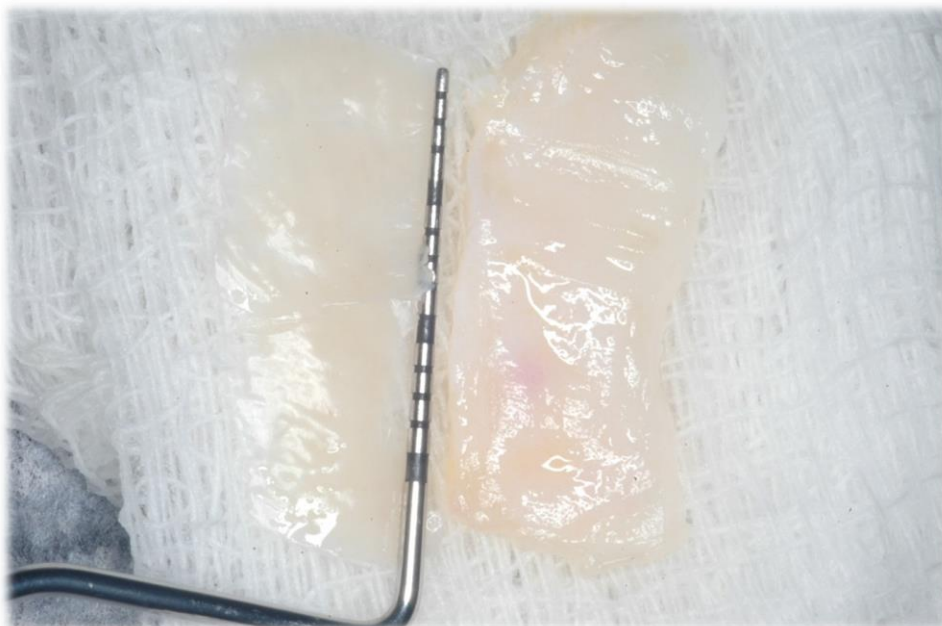


Figura 7: Separação do epitélio e tecido conjuntivo do enxerto.

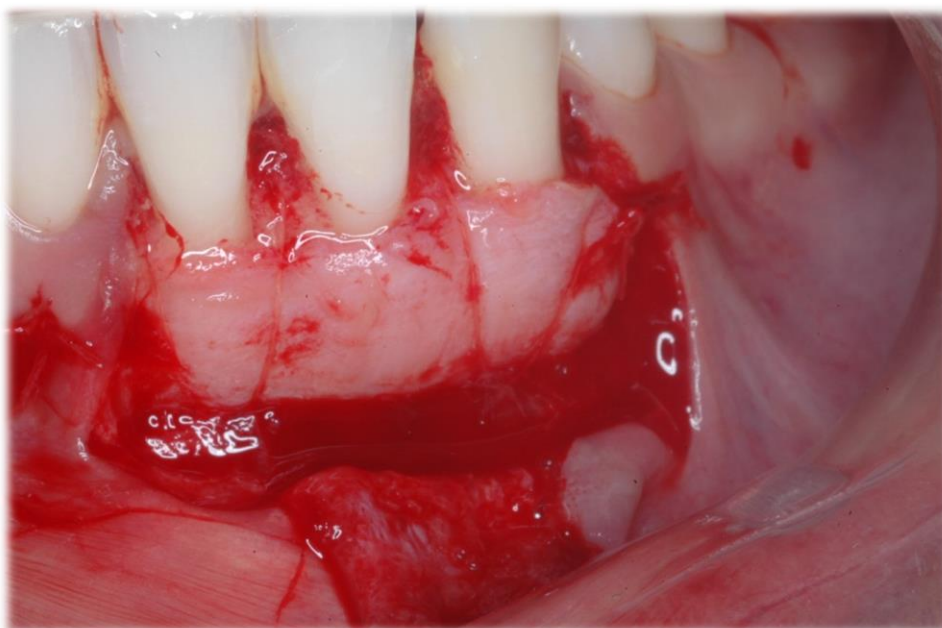


Figura 8: Enxerto posicionado sobre as superfícies radiculares expostas.

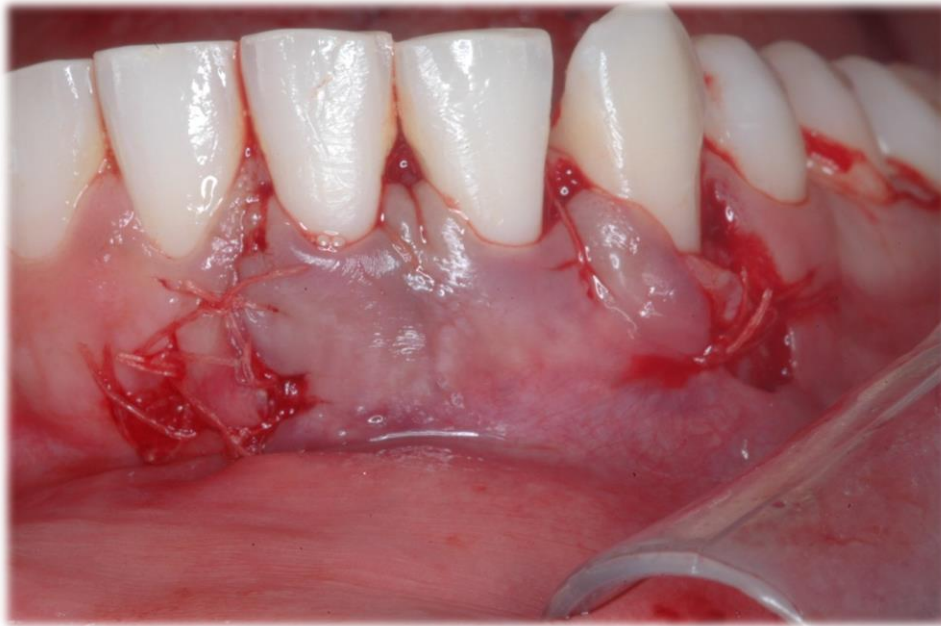


Figura 9: Retalho posicionado lateralmente para recobrir o enxerto com suturas verticais e ao redor do dente.

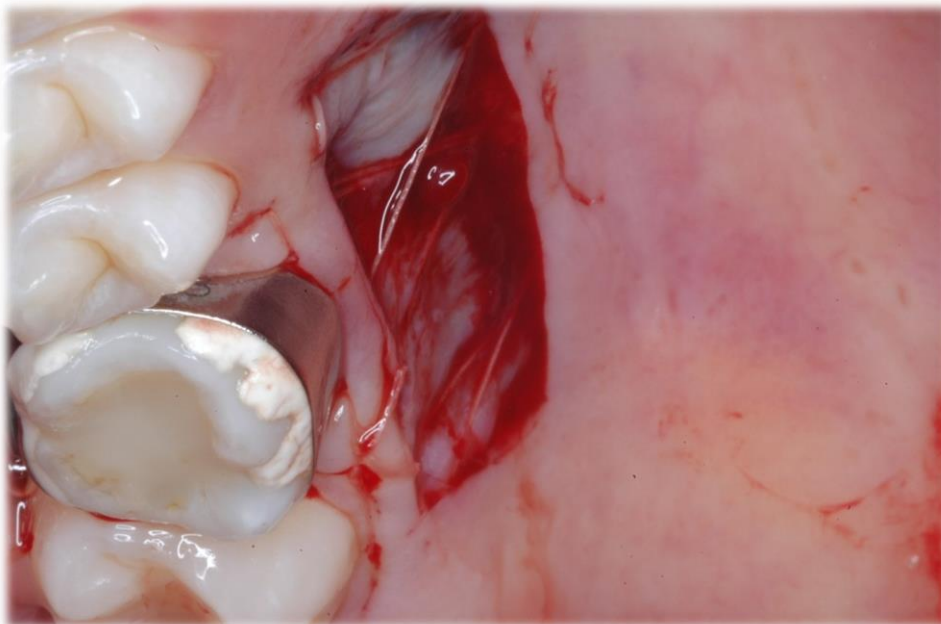


Figura 10: Enxerto de tecido epitelial reposicionado na área doadora.



Figura 11: Pós operatório de 7 dias da área receptora apresentando o processo inicial de cicatrização.

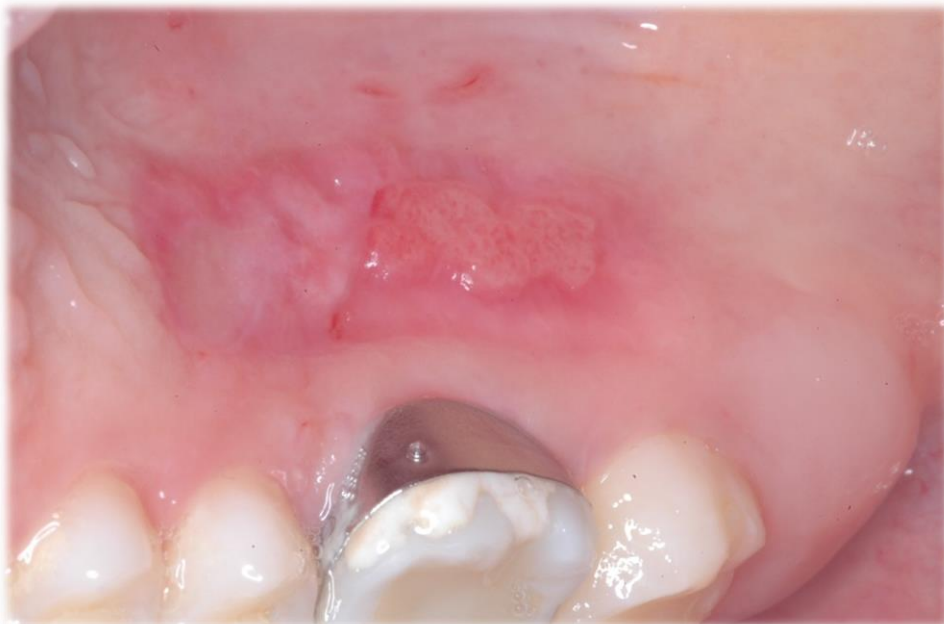


Figura 12: Pós operatório de 7 dias da região doadora apresentando o processo inicial de cicatrização.



Figura 13: Pós operatório de 15 dias apresentando fase final da cicatrização.



Figura 14: Completa cicatrização da área após 90 dias



Figura 15: Sucesso do tratamento realizado após 24 meses da cirurgia.