



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

LARA BRANDÃO RIBEIRO FRANCO

**Utilização da Técnica de Enxerto Gengival Livre para
Reconstrução de Tecido Mole após Excisão de um
Fibroma**

**Araçatuba – SP
2020**

LARA BRANDÃO RIBEIRO FRANCO

**Utilização da Técnica de Enxerto Gengival Livre para
Reconstrução de Tecido Mole após Excisão de um
Fibroma**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, como parte dos requisitos para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

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

**Araçatuba – SP
2020**

*A **Deus**, por me dar o presente de cursar odontologia. Por me guiar durante o curso e missões, nunca me abandonando em nenhum momento. Confio a Ti meu futuro como cirurgiã dentista.*

*Aos meus pais **Mario e Zene** por moverem o impossível para que eu pudesse concluir este curso. Se hoje estou aqui, foi por que vocês aceitaram se lançar ao desconhecido. Nós conseguimos.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à **Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP**, pela formação de excelência 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. Leonardo Perez Faverani, e à Dra. Nathália Januario de Araújo, por aceitarem a avaliar meu trabalho.

Ao **Prof. Dr. Juliano Milanezi de Almeida**, que prontamente me aceitou como sua orientanda, sendo um professor de excelência atencioso e sempre disponível para sanar minhas dúvidas. Com o senhor, aprendi à amar a periodontia com a mesma proporção que amo meus pacientes. Aprendi a demonstrar segurança e conhecimento com o olhar. Obrigada por me ensinar que construir um relacionamento de confiança com o paciente é tão importante quanto todas as teorias e práticas.

Ao **Prof. Dr. Leonardo Perez Faverani**, meu eterno tutor PET, que sempre foi muito solícito, grande amigo, paciente e gentil ao permitir que seus ensinamentos fossem transmitidos para minha vida. Com o senhor aprendi a praticar odontologia com a leveza de se amar o que se faz. Serei grata eternamente por todas as oportunidades que me concedeu.

À **Dra. Nathália Januario de Araújo**, pela dedicação e atenção ao me ajudar com a realização deste trabalho. Obrigada por me acompanhar enquanto descobria a periodontia como minha paixão, por dividir seus conhecimentos com o mesmo entusiasmo em que se dedica a tudo em sua vida. Meu exemplo de profissional, amiga e mulher, hoje e sempre.

À todos os professores e amigos que me ajudaram, de alguma forma, a chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos meus pais, **Mario e Zene**, agradeço por me ensinar o valor do trabalho e da honestidade. Me tornar cirurgiã dentista é apenas a coroação do esforço e dedicação que vocês investiram durante toda a minha vida. Agradeço pelo apoio financeiro e por acreditar no poder de transformação da educação.

À minha amiga **Amanda Scarpin**, eu agradeço pelos cinco anos de companheirismo, carinho e cuidado. Nós transformamos nossa casa em um lar e nossa amizade em uma família. Não existe eu na FOA sem você. Obrigada por embarcar junto comigo no plano de fazer todas as atividades de extensão possíveis, por ser minha dupla de clínica, por fazer sopa quando eu estava doente, por me levar de carro para todos os lugares, por não deixar que eu esmoreça nem diminua diante de ninguém. Você me defendeu de tudo, e me colocou pra cima em momentos que ninguém mais conseguiria. Ninguém aguenta um chororô meu como você. Tenho certeza que a universidade seria muito mais estressante sem nossas conversas na sala de casa. Minha conquista é sua também. O que será de mim sem você nos próximos anos?

Ao grupo **PET ODONTO FOA**, nas pessoas dos tutores egressos, à **Profa. Dra. Alessandra** e nas pessoas de **Amanda, Bianca, César, Gabriel, Gabriela, Giovana, Julia, Juliana, Larissa, Laryssa, Lorena, Sara, Vitor Hugo, Vitor**, agradeço pelo que construímos nesses 4 anos. Nós crescemos juntos, com muito trabalho e suor. Vocês me apoiaram e me ensinaram o valor da resiliência e da amizade. Todos os dias e noites em que passamos trabalhando juntos valeram a pena. Vou carregar todos para sempre em meu coração.

À **Dra. Natalia Campos Kajimoto**, agradeço pela oportunidade incrível de experimentar a periodontia na prática. Guardo com carinho em meu coração tudo que aprendi com você. É uma professora incrível, e um exemplo de pesquisadora, sempre solícita em me ensinar e aconselhar. Poder conviver com você foi um presente.

À **Bebê Clínica**, que me recebeu quando eu ainda nem conhecia a mim mesma na profissão, e me apresentou de forma tão leve a odontopediatria. Sou grata ao Prof.

Dr. Robson e a todos da pós graduação, em especial Nayara, Mayra e Igor, que lá me ensinaram o verdadeiro valor da prevenção.

Ao **Centro de Oncologia Bucal- COB**, nas pessoas do Prof. Dr Glauco, Tamara, Saygo e Jane. Obrigada por ter me dado o presente de participar, aprender e atender. Com o COB, aprendi a agilidade, o cuidado e os procedimentos de um consultório real. Tenho certeza que trabalhar com vocês foi a oportunidade de uma vida.

Ao meu amigo **Gabriel Nunes**, por ter torcido por mim todas as vezes, por me ajudar com farmacologia, por me ajudar a passar no grupo PET, e por ser o mestrando mais bonzinho que uma IC poderia ter na vida! Todas as minhas grandes conquistas na FOA tem um dedo seu. Sou eternamente grata.

Aos amigos que encontrei durante a graduação: Amanda, Giovana, Isadora, Jaqueline, Victória, Victor, João Paulo, Ítalo, Alana, Laryssa e Julia (minha madrinha querida). Agora somos colegas de profissão, e eu estou ansiosa pelas coisas incríveis que vocês vão descobrir!

E por fim, a minha Família grande e barulhenta, sou grata pela torcida e ajuda durante todo o curso. Em especial às minhas muitas mães: Minha avó Nelice, que me defende, apoia e mimma, além de ser um exemplo de mulher e mãe, guerreira e batalhadora; Tia Carminha por ser um pilar indispensável na minha criação, "Tia" Dinda, por ser uma das maiores apoiadoras dos meus sonhos, Tia Chui, Tia Nina e Tia Kika, sempre a minha base e me ajudando em todos os momentos. Também às minhas primas/irmãs Carla, Cau, Flávia e Suzi. Um agradecimento também aos meus tios Adelino, Agnaldo, Jó, Caim, Rege, José, João, Gringo e Ney (in memoriam). Com o amor de todos vocês, a distância é apenas um detalhe.

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos, e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia?

Serve para isso: Para caminhar.”

Eduardo Galeano

LARA, B. R. F. **Utilização da técnica de enxerto gengival livre para reconstrução de tecido mole após excisão de um fibroma.** 2020. 24 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2020.

RESUMO

Fibromas são tumores benignos que se desenvolvem a partir de uma reação hiperplásica tecidual, habitualmente relacionada a estímulos traumáticos que são responsáveis por desencadear reações inflamatórias do tecido conjuntivo. Histologicamente, são massas nodulares caracterizadas por um tecido conjuntivo denso, circundado por epitélio escamoso estratificado. A remoção cirúrgica nestes casos é indicada, e para reconstrução de tecido mole na região, algumas técnicas cirúrgicas periodontais são indicadas, como o enxerto gengival livre. Assim, o presente estudo tem como objetivo relatar um caso clínico submetido à técnica de enxerto gengival livre para reconstrução tecidual após a remoção cirúrgica de um fibroma. Foi realizada a excisão total da lesão, posteriormente enviado para laudo histopatológico onde foi diagnosticada como fibroma, após a remoção da lesão a região ficou com o perióstio exposto e então foi realizado o enxerto gengival livre para recobrir a região e promover aumento de gengiva queratinizada. Esta técnica se mostrou eficiente para reconstrução do tecido mole na região após a remoção cirúrgica do fibroma, devolvendo estética, função e saúde periodontal.

Palavras-chave: Fibroma. Terapia Combinada. Estética.

LARA, B. R. F. **Use of the free gingival graft technique for soft tissue reconstruction after removal of a fibrome.** 2020. 24 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2020.

ABSTRACT

Oral fibromas are benign tumors that develop from a hyperplastic tissue reaction, usually related to irritating factors that are responsible for triggering inflammatory reactions in the connective tissue. Histologically, they are nodular masses characterized by a dense connective tissue, surrounded by stratified squamous epithelium. Surgical removal is indicated in these cases, and for soft tissue reconstruction in the region, some periodontal surgical techniques are indicated, as free gingival graft. Therefore, the present study aims to report a clinical case submitted to the technique of free gingival graft for tissue reconstruction after surgical removal of a fibroma. Total excision of the lesion was performed, subsequently sent to histopathological finding which was diagnosed as Peripheral Ossifying Fibroma. After lesion removal, the area presented the periosteum exposed, thus, a free gingival graft was performed to cover the region and promote an increase in keratinized gingiva. This technique showed to be efficient for soft tissue reconstruction in the region after surgical removal of the fibroma. Returning aesthetics, function and periodontal health.

Keywords: Fibroma. Combined Therapy. Aesthetics.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Aspecto clínico da lesão	20
FIGURA 2 - Aspecto clínico da lesão	21
FIGURA 3 - Lesão retirada	21
FIGURA 4 - Leito receptor após remoção da lesão	22
FIGURA 5 - Leito doador após suturas compressivas	22
FIGURA 6 - Pós operatório de 7 dias no leito receptor	23
FIGURA 7 - Pós operatório de 7 dias no leito doador	23
FIGURA 8 - Pós operatório de 30 dias no leito receptor	23
FIGURA 9 - Pós operatório de 30 dias no leito receptor	24

LISTA DE ABREVIATURAS

EGL	ENXERTO GENGIVAL LIVRE
FOP	FIBROMA OSSIFICANTE PERIFÉRICO
LHRCO	LESÕES HIPERPLÁSICAS DA CAVIDADE ORAL

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 RELATO DE CASO CLÍNICO	14
3 DISCUSSÃO	16
4 CONCLUSÃO	18
REFERÊNCIAS	19
ANEXOS	20

1 INTRODUÇÃO

As lesões hiperplásicas reativas da cavidade oral (LHRCO) desenvolvem-se, essencialmente, através de uma irritação crônica ou trauma, induzindo à uma resposta tecidual. São relativamente comuns, tendo sua aparência geral como um crescimento de consistência fibrosa ou flácida, avermelhada, de implantação séssil ou pediculada e sendo a gengiva a região afetada mais prevalente¹. Quanto aos fatores desencadeantes, essas lesões podem ocorrer por doenças sistêmicas, uso de fármacos, por fatores iatrogênicos e presença de biofilme não controlado². Atualmente, as LHRCO são: Granuloma Piogênico, Fibroma, Hiperplasia Fibrosa Inflamatória, Granuloma Periférico de Células Gigantes e Fibroma Ossificante Periférico³.

Quanto às características epidemiológicas, a incidência de casos são apresentados em maioria por Hiperplasia Fibrosa Inflamatória (72%), seguido por Granuloma Piogênico(12%), Fibroma (7%), Fibroma Ossificante Periférico (5%) e por fim, Granuloma Periférico de Células Gigantes (4%). Além disso, há maior predileção pelo sexo feminino (74,19%)¹. A gengiva corresponde à região mais afetada, uma vez que há mais acúmulo de biofilme e exposição à agentes irritantes quando comparado a outros sítios intraorais, além de frequentemente apresentar-se de forma indolor, ou quando possuem sintomas, um leve sangramento, com achados radiográficos usualmente ausentes¹.

Essas lesões representam um diagnóstico desafiador, uma vez que podem ser confundidas com várias manifestações clínicas de características semelhantes, como variações de estruturas anatômicas, cistos, neoplasias e anomalias de desenvolvimento⁴. Assim, o exame histopatológico é essencial para conclusão do caso.

O Fibroma Ossificante Periférico (FOP) é caracterizado clinicamente como uma massa nodular fibrosa que apresenta-se exclusivamente em gengiva² com coloração variando do vermelho ao rosa, usualmente originário da papila interdental. Além disso, é uma lesão assintomática, podendo estar presente na cavidade oral por meses até ser descoberto³.

Quanto às características epidemiológicas específicas, o FOP aproxima-se dos achados para as LHRCO em geral, com prevalência de 60% em mulheres e entre indivíduos com idade entre 10-29 anos².

Como padrão histopatológico, observa-se a proliferação de fibroblastos relacionada à formação um material mineralizado, que pode consistir em material cementóide, calcificações distróficas ou osso propriamente dito. Em alguns casos, a lesão pode possuir áreas ulceradas, e assim apresentar uma zona de tecido de granulação sob membrana fibropurulenta³.

Para o tratamento do FOP, a escolha preconizada é a biópsia excisional até periósteo, uma vez que a lesão possui percentual expressivo de recorrência, com estudos apontando entre 7% e 45%^{2,5}. Essas abordagens podem ocasionar um defeito mucogengival, que torna necessária a reparação através do uso de técnicas cirúrgicas como retalhos posicionados, o enxerto de tecido conjuntivo e o enxerto gengival livre³.

Assim o presente estudo objetiva relatar um caso clínico submetido à técnica de enxerto gengival livre para reconstrução tecidual após remoção cirúrgica de um fibroma ossificante periférico.

2 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente de 42 anos, gênero masculino, não fumante, sem uso de medicação e sem alterações sistêmicas, apresentou-se à disciplina de periodontia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP com queixa de estética desfavorável. Durante anamnese, paciente relatou que descobriu a lesão assintomática e de evolução lenta há 22 anos, vindo então à faculdade visando sua remoção por motivos estéticos. Ao exame clínico extraoral, não foram encontradas alterações significativas, sem linfoadenopatias. Durante exame clínico intraoral foi observada lesão nodular única, com 10mm em seu maior diâmetro, coloração rosa pálido, superfície lisa, contorno regular, limites nítidos, consistência fibrosa, localizada em margem gengival dos dentes 33 e 34 (Figura 1 e 2). Quanto ao exame clínico periodontal, não foi observada a presença de bolsas periodontais. Assim sendo, optou-se como conduta a biópsia excisional da lesão, associada ao enxerto gengival livre.

Antecedentemente aos procedimentos cirúrgicos, o paciente foi submetido à terapia periodontal básica: Raspagem e alisamento radicular, bem como o controle e orientações de higiene bucal. O procedimento cirúrgico foi realizado sob anestesia local com mepivacaína 2% associado à epinefrina, a uma concentração de 1: 100.000 (Nova DFL, Indústria e Comércio S.A, Rio de Janeiro, Brasil). Com uma lâmina de bisturi nº 15C (Swann-Morton, Sheffield, Inglaterra), foi realizada a remoção da lesão incluindo áreas adjacentes, para estabelecer margem de segurança (Figura 3). A lesão foi então armazenada em formaldeído 10% e encaminhada para laudo histopatológico.

Em seguida à preparação do leito receptor, confeccionou-se um molde em papel estéril com as dimensões retalho encontradas na área receptora. O molde então foi posicionado em palato e delineado com a lâmina de bisturi. Após as marcações, realizou-se as incisões, de aproximadamente 1,5mm de profundidade. Foram realizadas suturas compressivas com fio de sutura (Seda 4-0, Procure) em área doadora após a retirada do enxerto, com a finalidade de estabilizar o coágulo de sangue (Figura 4).

O enxerto foi colocado sobre uma gaze estéril embebida em soro fisiológico e então com lâmina de bisturi nº 15 foram retirados e descartados os remanescentes de tecido adiposo. Após esse procedimento, a peça já se encontrava preparada para posicionamento em leito receptor (Figura 5). Imediatamente, o enxerto foi colocado sobre o leito receptor, sendo realizadas suturas interrompidas laterais para fixação e suturas verticais compressivas, ao redor dos elementos dentários, para estabilização da peça (Figura 6). As áreas cirúrgicas receberam cimento cirúrgico por 7 dias, para proteção.

Quanto aos cuidados pós-operatórios, o paciente foi orientado a realizar compressas de gelo sobre o rosto durante as primeiras horas. 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, além de realizar bochechos com 15 ml de digluconato de clorexidina 0,12%, duas vezes ao dia, durante sete dias. Ao decorrer das consultas de retorno para acompanhamento, reinterou-se a importância da higiene oral no controle da reincidência da lesão.

Pós-Operatório:

Observou-se cicatrização dentro da normalidade, com a ausência de eventos adversos. Também foi notada ausência de reação inflamatória exacerbada com direta associação ao procedimento cirúrgico. Aos sete dias, observou-se que ambos os leitos receptor e doador estavam em claro processo cicatricial, com alguns pontos de inflamação esperados (Figuras 7 e 8). Aos trinta dias, as áreas que receberam o procedimento cirúrgico encontravam em estado de completa cicatrização, com saúde periodontal, sem reincidência da lesão (Figura 9). O paciente relatou significativa melhora quanto ao controle do biofilme, além de não apresentar nenhuma queixa quanto à sensibilidade da área, bem como satisfação com o resultado do ponto de vista estético.

3 DISCUSSÃO

É imprescindível que a detecção e o tratamento das LHRCO sejam rápidos e assertivos, para que se possa reduzir a probabilidade de complicações dento-alveolares bem como transformações malignas⁵. Como diagnóstico diferencial de FOP temos o Granuloma Piogênico e o Granuloma Periférico de Células Gigantes e é obtido apenas através de análise histológica; sendo as principais características o epitélio paraqueratinizado estratificado, com a presença de tecido conjuntivo em áreas de formação óssea acompanhado por feixes de colágeno distante do osso, com mínima inflamação⁶.

A tendência de recorrência do FOP após biópsia excisional conservadora situa-se entre 16% a 20% dos casos^{7,8}. Assim, é amplamente preconizado na literatura a remoção da lesão com margens de segurança até nível ósseo, a fim de minimizar esta probabilidade^{7,8,9,10}. Porém, essa remoção mais agressiva pode ocasionar um defeito mucogengival, que além de representar uma deficiência estética, também pode ser um local mais propenso a traumas e de acúmulo de biofilme, acarretando outras patologias como cárie, recessão e sensibilidade dentinária^{7,8}. Deste modo, a correção desse defeito é primordial para o sucesso do tratamento.

Como alternativas de tratamento para o recobrimento radicular, a literatura aponta várias técnicas cirúrgicas, destacando-se o retalho deslocado lateral, o retalho deslocado coronalmente, o enxerto de tecido conjuntivo e o enxerto gengival livre, sendo o método de escolha intimamente relacionado à quantidade de área a ser recoberta^{7,8,9}. No caso relatado, a extensão do leito cirúrgico pós exérese da lesão conduziu à escolha de utilização da técnica de enxerto gengival livre.

O Enxerto Gengival Livre (EGL) é indicado inicialmente com a finalidade de aumento de faixa de gengiva queratinizada, e tem sido frequentemente preconizado para recobrimento de superfícies radiculares expostas^{5,7,11}. O recobrimento radicular após o procedimento cirúrgico não pode ser estimado apenas pela inserção obtida no primeiro mês após a cirurgia, pois acontece acentuada migração coronária dentro do tecido enxertado dentro do período de um

ano, que consiste no fenômeno denominado creeping attachment¹¹. Além disso, pode ser citada como uma vantagem da técnica a capacidade de coletar uma área maior de tecido doador, podendo o enxerto ser utilizado para maiores coberturas e assim tratar múltiplos dentes¹². O EGL também é uma técnica simples e rápida que mostra resultados superiores ou similares no aumento gengival quando comparado com outras técnicas cirúrgicas mucogengivais^{5,11}.

Em relação às limitações e complicações, o EGL pode apresentar alterações de cor da gengiva, uma vez que esta técnica tende a promover um reparo semelhante a uma cicatriz, representando um desafio estético. Um segundo inconveniente é a morbidade pós-operatória, pois os pacientes submetidos a estes procedimentos costumam necessitar de mais medicações pós operatórias em um período mais prolongado que outras técnicas, em virtude da área doadora ficar desprotegida após o procedimento cirúrgico^{11,12}.

Desta forma, no presente estudo, optou-se pelo EGL devido à necessidade de recobrimento do defeito mucogengival expressivo, onde não seria indicado o uso de outras técnicas cirúrgicas. Assim, a previsibilidade de sucesso no tratamento com a técnica do EGL mostra-se superior às limitações encontradas na literatura. Em concordância com outros estudos da literatura^{7,9}, tanto a biópsia excisional quanto o enxerto gengival livre ocorreram em uma mesma sessão clínica. Essa decisão foi importante para não expor o paciente à dois pós operatórios desconfortáveis, além de menos exposição à estresse emocional e economia de tempo do paciente e do profissional. Ademais, por tratar-se de uma lesão causada por reação inflamatória, torna-se fundamental a manutenção da higiene oral com a eliminação de agentes etiológicos como cálculo, biofilmes e traumas mecânicos⁹.

4 CONCLUSÃO

Assim, o uso da técnica de enxerto gengival livre foi favorável quanto ao reparo dos tecidos periodontais de revestimento pós exérese da lesão, favorecendo a estética e a saúde periodontal. É importante eliminar os fatores etiológicos para evitar recorrências, bem como um acompanhamento pós operatório a longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. DUTRA, K. L. *et al.* Incidence of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity: a 10 year retrospective study in Santa Catarina, Brazil. **Braz. J. Otorhinolaryngol.**, v. 85, n. 4, p. 399-407, 2019.
2. HUTTON, S. B. *et al.* Esthetic management of a recurrent peripheral ossifying fibroma. **Clinical Advances in Periodontics**, v. 6, n. 2, p. 64-69, 2016.
3. NEVILLE, B. *et al.* **Patologia oral e maxilofacial**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
4. ESMEILI, T.; LOZADA-NUR, F.; EPSTEIN, J. Common benign oral soft tissue masses. **Dent. Clin. North Am.**, v. 49, n. 1, p. 223-240, 2005.
5. TEZCI, N. *et al.* Soft tissue reconstruction with free gingival graft technique following excision of a fibroma. **Case Rep. Dent.**, v. 2015, p. 248363, 2015.
6. ZAIN, R. B.; FEI, Y. J. Fibrous lesions of the gingiva: a histopathologic analysis of 204 cases. **Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol.**, v. 70, n. 4, p. 466-470, 1990.
7. KESKINER, I.; ALKAN, B. A.; TASDEMIR, Z. Free gingival grafting procedure after excisional biopsy, 12-year follow-up. **Eur. J. Dent.**, v. 10, n. 3, p. 432-434, 2016.
8. WALTERS, J. D. *et al.* Excision and repair of the peripheral ossifying fibroma: a report of 3 cases. **J. Periodontol.**, v. 72, n. 7, p. 939-944, 2001.
9. HENRIQUES, P. S. G. *et al.* Coverage root after removing peripheral ossifying fibroma: 5-year follow-up case report. **Case Rep. Dent.**, v. 2016, p. 6874235, 2016.
10. BOSCO, A. F. *et al.* Periodontal plastic surgery associated with treatment for the removal of gingival overgrowth. **J. Periodontol.**, v. 77, n. 5, p. 922-928, 2006.
11. ALVES, L. B. *et al.* Enxerto gengival livre e retalho posicionado coronariamente para recobrimento radicular. **Perionews**, v. 6, n. 4, p. 409-415, 2012.
12. CARNIO, J.; CAMARGO, P. M.; PIRIH, P. Q. Surgical techniques to increase the apicocoronal dimension of the attached gingiva: a 1-year comparison between the free gingival graft and the modified apically repositioned flap. **Int. J. Periodontics Restorative Dent.**, v. 35, n. 4, p. 571-578, 2015.

ANEXOS

FIGURAS

FIGURA 1 - Aspecto clínico da lesão



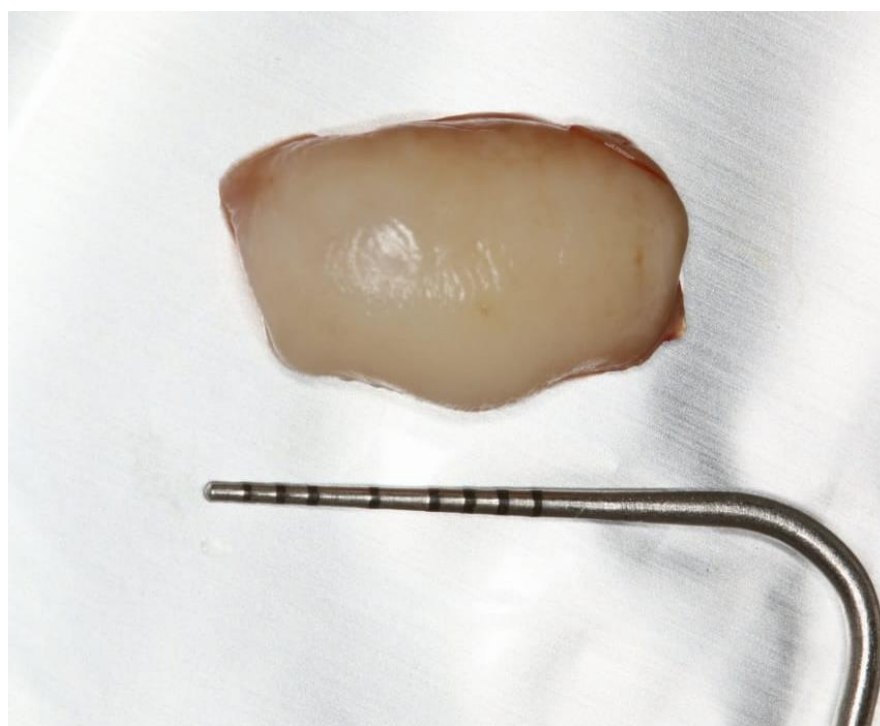
Fonte: Araújo, 2020

FIGURA 2 - Aspecto clínico da lesão



Fonte: Araújo, 2020

FIGURA 3 - Lesão retirada



Fonte: Araújo, 2020

FIGURA 4 - Leito receptor após remoção da lesão



Fonte: Araújo, 2020

FIGURA 5 - Leito doador após suturas compressivas



Fonte: Araújo, 2020

FIGURA 6 - Pós operatório de 7 dias no leito receptor



Fonte: Araújo, 2020

FIGURA 7 - Pós operatório de 7 dias no leito doador



Fonte: Araújo, 2020

FIGURA 8 - Pós operatório de 30 dias no leito receptor



Fonte: Araújo, 2020

FIGURA 9 - Pós operatório de 30 dias no leito receptor



Fonte: Araújo, 2020