



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

CAMPUS SOBRAL

CURSO DE ODONTOLOGIA

ANTONIO IGOR ALCANTARA MELO

FRANCISCA JANAÍNA NASCIMENTO DE SOUSA

**A UTILIZAÇÃO DE ENXERTOS PARA O TRATAMENTO DE RECESSÕES
GENGIVAIS: RELATO DE DOIS CASOS CLÍNICOS**

SOBRAL

2018

ANTONIO IGOR ALCANTARA MELO
FRANCISCA JANAÍNA NASCIMENTO DE SOUSA

A UTILIZAÇÃO DE ENXERTOS PARA O TRATAMENTO DE RECESSÕES
GENGIVAIS: RELATO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Odontologia, da Universidade Federal
do Ceará.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Iracema Matos de
Melo

SOBRAL

2018

ANTONIO IGOR ALCANTARA MELO
FRANCISCA JANAÍNA NASCIMENTO DE SOUSA

A UTILIZAÇÃO DE ENXERTOS PARA O TRATAMENTO DE RECESSÕES
GENGIVAIS: RELATO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Odontologia, da Universidade
Federal do Ceará.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Iracema Matos de Melo

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Iracema Matos de Melo

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Virgínia Régia Sousa da Silveira

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^o. Dr^o. Rodrigo Otávio Citó César Rêgo

Universidade Federal do Ceará (UFC)

“O essencial é invisível aos olhos. Só se vê bem com o coração” – Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

À Professora Iracema Matos de Melo, por sua infinita paciência e presteza, por sua dedicação e inteligência ímpares, por aceitar nos orientar e caminhar conosco nessa jornada.

Aos nossos familiares, que são a base e porto seguro em todas as situações, pelo apoio e amor incondicional.

Aos amigos que foram abrigo e luz em muitos momentos, que tornaram o caminho mais curto e menos tortuoso.

Agradecemos a todos que em algum momento nos impulsionaram e engrandeceram, que estenderam a mão e acolheram.

SUMÁRIO

ARTIGO RELATO DE CASO	6
RESUMO	7
1 INTRODUÇÃO	10
2 RELATO DE CASOS	14
2.1 Caso 1	14
2.2 Caso 2	17
3 DISCUSSÃO	20
4 CONCLUSÃO	24
5 DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE E FOMENTO	25
REFERÊNCIAS	25
FIGURA 1	28
FIGURA 2	29
FIGURA 3	30
FIGURA 4	31
FIGURA 5	32
FIGURA 6	33
FIGURA 7	34

**A UTILIZAÇÃO DE ENXERTOS PARA O TRATAMENTO DE RECESSÕES
GENGIVAIS: RELATO DE DOIS CASOS CLÍNICOS**

**The use of grafts for the treatment of gingival recessions: report of two
clinical cases**

Antonio Igor Alcantara Melo¹, Francisca Janaína Nascimento de Sousa¹,
Iracema de Matos Melo²

¹Acadêmicos de Odontologia da UFC, Sobral/CE, Brasil

²Doutora, professora de Periodontia do curso de graduação em Odontologia da
UFC, Sobral/CE, Brasil, iracemammelo@yahoo.com.br

RESUMO

As recessões gengivais, além do comprometimento estético, podem estar associadas à hipersensibilidade dentinária e à dificuldade no controle mecânico do biofilme. Dentre as possibilidades de tratamento, têm-se o recobrimento radicular com a utilização de enxertos. Objetivou-se relatar dois casos clínicos de recessões gengivais classe II de Miller tratados com a utilização de enxertos. Paciente A.A.J, sexo masculino, 23 anos, apresentava recessão gengival na região do dente 31. Foi confeccionado um retalho do tipo envelope na referida região, onde foi acomodado um enxerto de tecido conjuntivo subepitelial proveniente do palato do paciente. Paciente, P.A.G, sexo feminino, 23 anos, apresentava recessão gengival, também no dente 31, com biotipo periodontal fino. Foi realizado um retalho de espessura parcial na região dos dentes 41 ao 32 e a área foi coberta com um enxerto gengival livre. O caso 1 foi acompanhado 7 e 30 dias pós-operatórios, sendo observado recobrimento parcial da recessão gengival, com ganho de 2 mm de tecido. No caso 2, no sétimo dia, foi observada extensa necrose do enxerto. A área necrosada foi removida por curetagem, e nas avaliações posteriores, no 15º e 30º dias, foi observada cicatrização da área sem necrose adicional, e aumento da faixa de gengiva queratinizada, com ganho de 1 mm de tecido. Ambos os pacientes relataram estar satisfeitos com os resultados obtidos. Conclui-se que, embora o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial seja mais estético, ambos os tratamentos promovem ganho da faixa de gengiva queratinizada em altura e espessura.

Palavras-chave: Periodontia. Retração Gengival. Tecido Conjuntivo. Transplante de Tecidos.

ABSTRACT

Gingival recessions, in addition to aesthetic impairment, may be associated with dentin hypersensitivity and the difficulty in mechanical biofilm control. Among the possibilities of treatment, there is the root coverage with the use of grafts. The objective of this study was to report two clinical cases of Miller class II gingival recessions treated with the use of grafts. Patient A.A.J, male, 23 years old, had a gingival recession in the region of the tooth 31. An envelope flap was made in said region, where a subepithelial connective tissue graft from the patient's palate was accommodated. Patient, P.A.G, female, 23 years old, had gingival recession, also on tooth 31, with fine periodontal biotype. A partial thickness flap was made in the region of teeth 41 to 32 and the area was covered with a free gingival graft. Case 1 was followed 7 and 30 postoperative days, with partial recoating of the gingival recession, with a gain of 2 mm of tissue. In case 2, on the seventh day, extensive necrosis of the graft was observed. The necrosed area was removed by curettage, and in the subsequent evaluations, on the 15th and 30th days, area healing was observed without additional necrosis, and an increase of the keratinized gingiva band, with a gain of 1 mm of tissue. Both patients reported being satisfied with the results obtained. It is concluded that, although the subepithelial connective tissue graft is more esthetic, both treatments promote a gain of the keratinized gingival band in height and thickness.

Keywords: Periodontics. Gingival Recession. Connective Tissue. Tissue Transplantation.

1 INTRODUÇÃO

A recessão gengival é definida como o deslocamento apical da margem gengival em relação à junção cimento-esmalte (JCE) (AAP, 2001). Ela pode estar presente em ambos os arcos, acometendo as faces vestibular e/ou palatina/lingual de qualquer dente (Yared *et al.*, 2006).

A etiologia das recessões gengivais é multifatorial, em que uma série de fatores desempenham papéis com níveis variados de significância, mas que agem em associação no desenvolvimento dessa condição (Yared *et al.*, 2006). Esses fatores etiológicos podem ser divididos em fatores predisponentes e fatores desencadeantes (Marinho *et al.*, 2007). Apesar da atuação conjunta de múltiplos fatores, deve-se ter ciência de que os fatores relacionados à anatomia são preponderantes, devendo ser considerados como fatores de predisposição, ao passo que os demais fatores desempenham o papel de desencadeante (Borghetti & Monnet-cort, 2011).

Entre os fatores anatômicos podem ser citados o tecido ósseo subjacente, a ausência, pouca espessura e/ou altura de tecido queratinizado, a tração de freios e de bridas, (Yared *et al.*, 2006), o mal posicionamento dentário (Yared *et al.*, 2006; Gorman, 1967), o vestibulo pouco profundo, (Borghetti & Monnet-cort, 2011) bem como o próprio envelhecimento (Erley *et al.*, 2006). Os fatores desencadeantes incluem escovação traumatogênica, inflamação (Yared *et al.*, 2006; Marinho *et al.*, 2007), iatrogenia durante procedimentos restauradores, protéticos, cirúrgicos ou ortodônticos (Lascaia & Lascaia, 1997) e tabagismo (Erley *et al.*, 2006).

Ao longo dos anos, tem sido proposta uma série de classificações para as recessões gengivais. Sullivan & Atkins, em 1968, foram os primeiros a apresentarem uma classificação para esses defeitos, levando em consideração a profundidade e a largura das recessões. De acordo com esses autores as recessões podem ser classificadas em profundas e largas, rasas e largas, profundas e estreitas ou rasas e estreitas. No entanto, os critérios para definir uma recessão como profunda ou rasa e/ou larga ou estreita não eram bem definidos. Como consequência, foram relatadas discrepâncias nos resultados entre examinadores (Cunha, 2015). Os esquemas propostos por Sullivan e Atkins (1968) sugerem que para que uma recessão seja considerada rasa a sua extensão vertical deve ser igual ou menor a 3 mm. No que se refere a sua extensão horizontal, recessões com até 3 mm são consideradas estreitas e com mais de 3 mm são consideradas largas.

Benqué *et al.*, (1983) propuseram uma classificação para as recessões gengivais levando em consideração a semelhança do formato desse defeito com algumas letras do alfabeto. Esses autores atribuíram, ainda, a cada tipo de recessão, um prognóstico. Assim, as recessões podem ser classificadas em U, que possuem um mau prognóstico; em V, podendo ser curtas ou longas, tendo um prognóstico favorável; e em I, que possuem um bom prognóstico.

A classificação mais utilizada atualmente é a proposta por Miller em 1985. A categorização sugerida por esse autor divide as recessões gengivais em quatro classes, relacionando-as à possibilidade de recobrimento através da adoção de estratégias terapêuticas. Nessa classificação, as recessões classe I são aquelas que não atingem a linha mucogengival, não havendo perda de tecido interproximal. Classe II são aquelas em que a recessão atinge ou

ultrapassa a linha mucogengival, no entanto, ainda não há perda óssea ou de tecido mole interproximal. Nas recessões classe III, o defeito atinge ou ultrapassa a linha mucogengival e há perda de tecido interproximal que fica localizado coronalmente a base da recessão. As recessões classe IV são aquelas que ultrapassam a linha mucogengival e a perda de tecido interproximal está situado no nível da base da recessão, envolvendo mais de uma face do dente. Em relação ao prognóstico, nas classes I e II, um recobrimento total é possível. Na classe III, apenas um recobrimento parcial pode ser esperado. Na classe IV, nenhum recobrimento é esperado.

Diversos são os motivos que justificam a realização de intervenções para o tratamento das recessões gengivais, dentre os quais podem ser citados a sensibilidade dentinária, comprometimento estético, maior suscetibilidade da região ao desenvolvimento de lesões cariosas e abrasão e dificuldade no controle mecânico do biofilme dental e na adaptação de restaurações (da Silva *et al.*, 2008).

Muitas modalidades de tratamento têm sido utilizadas para obter recobrimento radicular, que incluem retalhos posicionados lateralmente, retalhos de dupla papila, retalhos avançados coronariamente, enxertos gengivais livres, enxertos de tecido conjuntivo subepitelial, regeneração tecidual guiada, aloenxertos de matriz dérmica acelular e uma combinação destes (Byun *et al.*, 2009). Entre esses procedimentos, o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial é considerado o padrão-ouro devido à sua alta previsibilidade para recobrimento radicular, duplo suprimento sanguíneo, estética superior e aumento da largura da gengiva queratinizada e da espessura do tecido (Cordioli *et al.*, 2001; Yadav *et al.*, 2018).

A técnica do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial para recobrimento radicular foi descrita inicialmente por Langer e Langer (1985) e compreendia o uso de um enxerto de tecido conjuntivo combinado com retalho pediculado de espessura parcial, reposicionado coronalmente. Para estes autores, se pelo menos $\frac{2}{3}$ do enxerto for coberto por retalho, o terço restante, não coberto, irá sobreviver sobre a raiz exposta, devido ao duplo suprimento sanguíneo do perióstio, situado abaixo e lateralmente ao enxerto, e do retalho posicionado coronalmente. Assim, este procedimento tem a vantagem da nutrição sanguínea dupla do enxerto proveniente do tecido conjuntivo adjacente, perióstio do leito receptor e do retalho posicionado coronariamente, reduzindo o risco de perda do enxerto, além de favorecer a estética no pós-operatório (Ferrão Jr *et al.*, 2010).

Como indicações para o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, tem-se a impossibilidade clínica de um deslocamento lateral do retalho, recessões gengivais isoladas e largas, recessões múltiplas, abrasão radicular pequena, sensibilidade dentinária e comprometimento estético. Como contraindicações, pode-se citar áreas doadoras de pouca espessura, má higiene bucal e não colaboração do paciente ao tratamento, além de recessões classe IV de Miller (Ferrão Jr *et al.*, 2010).

Os procedimentos de enxertos de tecido conjuntivo subepitelial são considerados um dos métodos mais previsíveis na obtenção do recobrimento da raiz, bem como no aumento da largura da gengiva queratinizada e da espessura do tecido. No entanto, alguns fatores podem influenciar o resultado do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, como a natureza do defeito, espessura do retalho, desenhos do retalho, técnicas de obtenção do enxerto,

presença/ausência do colar epitelial, espessura do enxerto, tensão do retalho, técnicas de sutura bem como o tabagismo (Yadav *et al.*, 2018).

O enxerto gengival livre é uma outra modalidade terapêutica que pode ser utilizada para promover o recobrimento de recessões gengivais, bem como para aumentar a faixa de gengiva queratinizada. Além disso, também contribui para facilitar a higienização oral sem traumas na mucosa alveolar, promove um aumento da extensão do vestíbulo e a eliminação da inserção de freios (Barbosa *et al.*, 2008).

O recobrimento de recessões gengivais com a utilização do enxerto gengival livre é um procedimento de grande previsibilidade, de técnica simples e que pode ser utilizado em situações que contraindicam o emprego de outras técnicas cirúrgicas, como ausência ou espessura insuficiente de tecido queratinizado. Entretanto, como inconvenientes dessa modalidade terapêutica têm-se a cor do tecido, que pode ser diferente do tecido gengival do leito receptor, limitando a sua utilização em regiões estéticas, como a anterossuperior; e a maior morbidade pós-operatória, uma vez que o sítio doador fica desprotegido e exposto após o procedimento cirúrgico (da Silva *et al.*, 2008).

O objetivo desse trabalho é relatar dois casos clínicos de recessões gengivais classe II de Miller que foram tratados com a utilização do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial e enxerto gengival livre.

2 RELATO DE CASOS

2.1 Caso 1

Paciente A.A.J, sexo masculino, 23 anos, normossistêmico, procurou a disciplina de Clínica Integrada I do curso de Odontologia da Universidade

Federal do Ceará- *campus* Sobral, tendo como queixa principal sensibilidade nos dentes anteriores inferiores e comprometimento do fator estético. Durante anamnese, o paciente relatou o uso de aparelho ortodôntico por 4 anos a fim de corrigir uma condição de classe III de Angle.

Após a realização de exame clínico, observou-se presença de cálculo supragengival, gengivite e recessão gengival de 3 mm de profundidade, associada ao dente 31, enquadrada como classe II de Miller (Figura 1 A e B). O paciente foi informado de sua condição e das possíveis terapêuticas. O plano de tratamento proposto consistiu na realização de terapia periodontal básica seguida de tratamento cirúrgico com a utilização de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial. Após o consentimento do paciente, deu-se início ao tratamento.

A fase de terapia periodontal básica envolveu a realização de raspagem supra-gengival, instrução de higiene oral e aplicação tópica de flúor. Após 15 dias da realização da terapia relacionada a causa, o paciente foi reavaliado e observou-se adequado controle de higiene oral e ausência de inflamação gengival, permitindo o seguimento para a fase cirúrgica da terapia.

Após aferição dos sinais vitais e constando normalidade dos mesmos, a antisepsia extraoral foi feita com digluconato de clorexidina a 2% (Rioquímica Ltda, São José do Rio Preto - SP) e a antisepsia intraoral por meio de bochecho com digluconato de clorexidina a 0,12% (Rioquímica Ltda, São José do Rio Preto - SP) por 45 segundos. Seguiu-se a realização de anestesia infiltrativa na região dos incisivos inferiores com a utilização de articaína 4% com epinefrina 1:100.000 (Nova DFL Inc., Rio de Janeiro - RJ).

Foi confeccionado um retalho em envelope de espessura parcial na região da recessão com a utilização de micro bisturi, estendendo-se 7 mm para mesial e distal e 9 mm para apical, de modo a preparar o leito receptor (Figura 2 A). Em seguida, com auxílio de sonda milimetrada 15 mm UNC 15 (Trinity Indústria e Comércio Ltda., São Paulo - SP) mediu-se a área correspondente ao leito receptor e essa medida foi transferida para a área doadora por meio de um pedaço de papel alumínio esterilizado.

No palato, área doadora escolhida, a anestesia infiltrativa com o mesmo anestésico foi realizada. A área escolhida foi entre o segundo pré-molar e primeiro molar superior esquerdo, sempre respeitando 1 a 2 mm da margem gengival, a fim de evitar o desenvolvimento de recessões nos dentes da área doadora, bem como prevenir a incisão da artéria palatina. Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial foi removido, tendo espessura média de 2 mm, largura de 7 mm e comprimento de 12 mm (Figura 2 B, C, D e E).

Após o posicionamento do enxerto, foram realizadas suturas suspensória e simples com fio 4.0 reabsorvível (Vicryl, Ethicon Inc. EUA) a fim de estabilizar o enxerto (Figura 2 F). Na área doadora realizou-se sutura por meio de pontos simples, também se utilizando fio 4.0 reabsorvível.

No pós-operatório, foi orientado ao paciente cuidados com os sítios cirúrgicos, principalmente na área receptora, como evitar a eversão do lábio inferior e conversas demoradas nos primeiros dias, manter uma dieta pastosa/líquida, evitando morder alimentos com os dentes anteriores e não escovar nas áreas operadas nos primeiros dias. Foi prescrito bochechos com digluconato de clorexidina 0,12% por 7 dias, duas vezes ao dia para o controle

químico da placa, dipirona sódica 500 mg a cada 6 horas por 2 dias e Nimesulida 100mg a cada 12 horas por um período de 3 dias.

O controle foi feito 7 e 30 dias pós-operatórios. Na primeira avaliação pós-operatória foi observada boa cicatrização do enxerto, com ausência de áreas necróticas (Figura 3 A). O resultado final após 30 dias consistiu em ganho em gengiva queratinizada e recobrimento radicular de 2 mm (Figura 3 B). O paciente relatou alta satisfação com os resultados pós-operatórios, tanto funcionalmente, com redução da sensibilidade dentária, quanto esteticamente.

2.2 Caso 2

Paciente P.A.G, 23 anos, sexo feminino, normossistêmica, buscou atendimento na disciplina de Clínica Integrada II do curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará - *campus* Sobral queixando-se de sensibilidade em dentes inferiores.

Após a realização de exame clínico completo, foi identificado que a paciente apresentava gengivite, cálculo supra-gengival e uma recessão gengival de 2 mm de profundidade, na região vestibular do dente 31, categorizada como classe II de Miller, associado a um biótipo periodontal fino, sem mobilidade dentária (Figura 4 A e B).

A paciente foi informada de sua condição e das possíveis terapêuticas. O plano de tratamento proposto consistiu na realização de terapia periodontal básica seguida de tratamento cirúrgico com a utilização de enxerto gengival livre. Após o consentimento da paciente, deu-se início ao tratamento.

A fase de terapia periodontal básica envolveu a realização de raspagem supra-gengival, instrução de higiene oral e aplicação tópica de flúor. Após 15

dias de terapia relacionada a causa, a paciente foi reavaliada e observou-se adequado controle de higiene oral e ausência de inflamação gengival. Uma vez que ainda havia a queixa de sensibilidade dentária envolvendo o elemento dentário com exposição radicular, deu-se seguimento à fase cirúrgica da terapia.

O procedimento cirúrgico iniciou-se com a realização de antissepsia intra-oral por meio de bochecho com digluconato de clorexidina a 0,12% por 45 segundos e antissepsia extra-oral com a utilização de clorexidina a 2%.

O preparo do sítio receptor foi iniciado com a realização de anestesia infiltrativa na região dos incisivos inferiores com a utilização de articaína a 4% com epinefrina 1:100.000. Um retalho de espessura parcial foi obtido por meio de duas incisões verticais realizadas distalmente ao dente 32 e mesialmente ao dente 42. Essas incisões foram unidas por duas incisões horizontais, uma no nível da junção amelocementária, não envolvendo as papilas e outra na região de mucosa alveolar. Excisou-se o tecido do retalho de modo a se obter um sítio receptor constituído de perióstio e tecido conjuntivo remanescente (Figura 5 A). O retalho foi planejado de modo a se estender por no mínimo 3 mm para as proximais e 4 mm apicalmente, de modo a fornecer um sítio receptor amplo e capaz de favorecer o processo de revascularização (da Silva *et al.*, 2008).

Após a obtenção da hemostasia do sítio receptor, o encarte de papel estéril da embalagem do fio de sutura foi utilizado para se obter um molde das dimensões do sítio receptor (Figura 5 B). Um enxerto epitélio-conjuntivo foi obtido da mucosa palatina, sob anestesia infiltrativa, da região compreendida entre o segundo pré-molar e o primeiro molar superior direito, utilizando o molde do sítio receptor (Figura 5 C). Esse enxerto teve comprimento de 15 mm e espessura variável entre 1,5 mm e 3 mm (Figura 5 D e E).

O enxerto foi estabilizado sobre o sítio receptor por meio da realização de suturas interrompidas simples nas bordas laterais. Além disso, uma sutura suspensória foi realizada sobre o enxerto na tentativa de eliminar espaços entre o enxerto e o sítio receptor (Figura 5 F). Foi utilizado o fio reabsorvível 4.0. No sítio doador, suturas simples foram realizadas com o intuito de formar uma malha para retenção do coágulo.

Após o procedimento foi prescrito Dipirona sódica 500 mg a cada 6 horas por um período de 3 dias, Nimesulida 100 mg a cada 12 horas por um período de 3 dias e bochechos com solução de digluconato de clorexidina a 0,12% durante 7 dias, realizando bochechos com 10 ml da solução por um período de 1 minuto, 2 vezes ao dia, 30 minutos após a escovação, para controle químico do biofilme. A escovação na área operada não foi recomendada para evitar traumatismos na região e a paciente foi instruída a não everter o lábio, adotar uma alimentação predominantemente pastosa, não morder ou mastigar com os dentes anteriores e evitar conversas, principalmente nos 2 primeiros dias pós-operatórios.

Após 7 dias do procedimento cirúrgico, a paciente retornou para reavaliação, onde foi observado extensa área de necrose do enxerto (Figura 6. A). A área foi anestesiada e debridada com o intuito de remover o tecido superficial necrótico (Figura 6. B). Após o procedimento, procedeu-se a irrigação da área com digluconato de clorexidina a 0,12%. A paciente foi novamente avaliada após 15 (Figura 21) e 30 (Figura 7 A e B) dias pós-operatórios onde não foi identificado áreas adicionais de necrose. Após 30 dias do procedimento cirúrgico foi constatado aumento da faixa de gengiva queratinizada e recobrimento parcial da recessão em 1 mm. Paciente relatou satisfação com os

resultados obtidos, cessando a sintomatologia relacionada a sensibilidade dentinária e não houve incômodo com a diferença de coloração apresentada pelo tecido enxertado.

3 DISCUSSÃO

As técnicas de recobrimento radicular com a utilização de enxertos teciduais têm sido aperfeiçoadas com o intuito de melhorar o prognóstico dos tratamentos. Nos dois casos relatados, em que foi decidido pela utilização de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial e enxerto gengival livre, respectivamente, obtiveram-se resultados satisfatórios.

No caso 1, a recessão gengival apresentava como fator etiológico o fenótipo gengival fino associado ao uso de aparelho ortodôntico. Após intervenção cirúrgica, obteve-se ganho da faixa de gengiva queratinizada em altura e espessura. No caso 2, a recessão gengival era resultante de um fenótipo gengival fino associado à inadequada higiene oral, com conseqüente acúmulo de placa e desenvolvimento de gengivite, bem como à vestibularização dos dentes anteriores inferiores e escovação traumática. Com a realização da terapia cirúrgica, obteve-se ganho da faixa de gengiva queratinizada em espessura e altura. Em ambos os casos, apesar do incompleto recobrimento radicular, não houve mais queixas de sintomatologia e os pacientes relataram satisfação em relação ao resultado estético.

Diversos fatores influenciam a obtenção de recobrimento radicular e aumento da faixa de gengiva queratinizada com a utilização de enxerto gengival livre e enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, tais como a anatomia do defeito,

características do enxerto e fatores relacionados à técnica cirúrgica (da Silva *et al.*, 2008; Ribeiro, 2011).

Especificamente sobre a anatomia do defeito, de acordo Sullivan e Atkins (1968), defeitos rasos e estreitos, em que as dimensões verticais e horizontais são inferiores a 3 mm, têm uma maior capacidade de fornecer um leito receptor que possa suprir o enxerto com capilares sanguíneos. Além disso, recessões classe I e II de Miller são aquelas que apresentam uma maior previsibilidade de recobrimento, uma vez que além de estarem relacionadas a um sítio receptor com maior capacidade de vascularização para o enxerto, devido a menor desnudação radicular, não se observa perda de tecido interproximal (Ribeiro, 2011). Assim, em ambos os casos a anatomia do defeito era favorável ao recobrimento, de forma que o grau de sucesso obtido após os procedimentos cirúrgicos pode estar relacionado a esse fator.

Para que um adequado recobrimento radicular seja alcançado, características relacionadas ao enxerto também devem ser levadas em consideração. Segundo Ribeiro (2011), a área receptora deve estender-se no mínimo 3 a 5 mm além da área de superfície avascular do defeito, para que o tecido enxertado possa ficar sobreposto a uma ampla área vascularizada. Essas características foram respeitadas na execução dos dois casos clínicos.

Idealmente, o enxerto gengival livre e o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial deve ter uma espessura de 1 a 3 mm com margens terminando em ângulo reto, o que vai lhe conferir uma espessura adequada de lâmina própria, assegurando a sua sobrevivência (da Silva *et al.*, 2008; Ribeiro, 2011). No caso 1 o enxerto apresentou uma espessura média de 2,0 mm. Já no caso 2, a espessura do enxerto apresentou variação entre 1,5 e 3 mm. Nas avaliações

pós-operatórias, foi identificado, no segundo caso, extensa área de necrose associada a região do enxerto de maior espessura. De fato, a literatura mostra que a espessura do enxerto está associada ao grau de sucesso dos procedimentos cirúrgicos (Ribeiro, 2011).

Outra questão relevante no prognóstico dos casos, é o tipo de suprimento sanguíneo ofertado ao enxerto (Ribeiro, 2011; Venturim *et al.*, 2011). Ao remover o enxerto do sítio doador, promove-se a ruptura total de seu suprimento vascular, o que confere um ponto crítico se o mesmo não for rapidamente reposicionado sobre o sítio receptor para que o mesmo possa promover a sua nutrição. Assim, o reposicionamento imediato do tecido enxertado deve ser priorizado, o que foi respeitado nos dois casos.

Fatores relacionados ao procedimento cirúrgico também influenciam o sucesso da terapêutica (da Silva *et al.*, 2008). Embora a técnica do envelope não permita o reposicionamento coronário total do retalho sobre o enxerto, esta promove menor trauma cirúrgico na área receptora, manutenção do suprimento sanguíneo ao retalho, uma adaptação próxima ao enxerto e a redução do desconforto e cicatrizes no pós-operatório (Ribeiro, 2011; Venturim *et al.*, 2011; Alghamdi *et al.*, 2009), estando indicada para recessões gengivais pequenas e isoladas (Venturim *et al.*, 2011), como no caso 1. Além disso, a utilização do retalho em envelope elimina a necessidade de realização de incisões verticais, o que, em alguns casos, promove fibrose da ferida cirúrgica, uma vez que compromete a vascularização da margem gengival nos estágios iniciais da cicatrização (Ribeiro, 2011). Outro fator favorável a utilização do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial associado ao retalho em envelope é o duplo suprimento sanguíneo fornecido, oriundo da porção mais superficial do retalho e

da papila interdentária e periósteo-tecido conjuntivo da área receptora, influenciando positivamente o resultado desta técnica (Venturim *et al.*, 2011).

A estabilização do enxerto é outro fator relevante relacionado ao procedimento cirúrgico. Recomenda-se que suturas interrompidas simples sejam realizadas nas margens mesial, distal e coronária para imobilização e uma sutura seja realizada sobre a porção central do enxerto, para assegurar seu total assentamento sobre o sítio receptor, impedindo a formação de espaços mortos que dificultem a nutrição do enxerto (da Silva *et al.*, 2008), o que foi realizado adequadamente nos casos.

A cor final do tecido enxertado após o processo de cicatrização pode ser uma limitação nos casos de enxerto gengival livre (da Silva *et al.*, 2008) e uma vantagem nos casos do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, que geralmente apresentam uma cor mais semelhante à dos tecidos adjacentes (Ribeiro, 2011). Dessa forma, deve-se ponderar a utilização do enxerto gengival livre em áreas estéticas. No entanto, a estética é uma característica com resultado imprevisível e de caráter subjetivo (da Silva *et al.*, 2008). No caso tratado com enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, a cor da área enxertada apresentou-se semelhante à da mucosa adjacente, tendo grande satisfação por parte do paciente; apesar de haver uma alteração de cor significativa no caso tratado com enxerto gengival livre, a paciente relatou estar satisfeita com o resultado estético.

Embora esteticamente o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial seja vantajoso, ocasionalmente pode ocorrer uma resposta cicatricial desfavorável, levando a aumento do volume da área enxertada, acarretando em alteração do contorno. Esse resultado pode ser otimizado com pequena gengivoplastia local, devolvendo morfologia adequada aos tecidos (Allen, 1994). No caso 1 observou-

se pequena formação tecidual mais volumosa na área enxertada, mas por não ser visível no sorriso do paciente, optou-se por preservação, não necessitando de cirurgia adicional para plastia. No caso 2 não foi identificada alteração estética além da cor final do enxerto.

Outro fator a ser considerado em relação à escolha da técnica cirúrgica é a morbidade pós-operatória (da Silva *et al.*, 2008; Ribeiro, 2011). Ela costuma ser mais significativa nos pacientes submetidos a técnica cirúrgica com uso do enxerto gengival livre, uma vez que a área doadora fica desprotegida e com tecido conjuntivo exposto, ocorrendo cicatrização por segunda intenção (da Silva *et al.*, 2008). Nos dois casos descritos, os pacientes relataram maior desconforto no sítio doador, apesar de não ser acentuado, e como esperado, o relato de maior desconforto foi relacionado ao enxerto gengival livre. Não havendo, no entanto, a necessidade de prolongação da prescrição de medicação analgésica e anti-inflamatória.

O recobrimento radicular pode ser primário, quando ocorre imediatamente após a colocação do enxerto e secundário, quando ocorre crescimento coronário tardio, denominado de “creeping attachment”, resultante da ativação das células mesenquimais do ligamento periodontal, na ausência de processo inflamatório local (Nelson, 1987). O “creeping attachment” ocorre comumente após o enxerto de tecido conjuntivo, alcançando seu pico máximo 12 meses após a cirurgia (Harris, 1987). Assim, espera-se que nos dois casos, ainda haja um ganho adicional de recobrimento radicular ao longo do tempo.

4 CONCLUSÃO

Ambas as modalidades terapêuticas mostraram resultados satisfatórios ao promoverem recobrimento radicular e ganho da faixa de gengiva

queratinizada, com a resolução da hipersensibilidade dentinária. O emprego do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial mostrou resultados superiores, no que concerne à aparência estética e menor morbidade.

5 DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE E FOMENTO:

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesse e apoio financeiro relacionados ao presente artigo.

REFERÊNCIAS

1. Periodontology AAO. Glossary of periodontal terms: American Academy of Periodontology; 2001.
2. Yared KFG, Zenobio EG, Pacheco W. A etiologia multifatorial da recessão periodontal. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2006;11(6):45-51.
3. Von Söhsten Marinho E, Cimões R, Jamelli S. Recessão gengival na infância. Internat J Dentistry [Internet]. 2007 [citado 26 ago 2012]; 6 (4): 113-6.
4. Borghetti, A.; Monnet-corti, V. Cirurgia Plástica Periodontal. Artmed ed. Porto Alegre, RS Brasil. Cap. 4 pág 117-136, 2002.
5. Gorman WJ. Prevalence and etiology of gingival recession. Journal of periodontology. 1967;38(4):316-22.
6. Erley KJ, Swiec GD, Herold R, Bisch FC, Peacock ME. Gingival recession treatment with connective tissue grafts in smokers and non-smokers. Journal of periodontology. 2006;77(7):1148-55.
7. Lascala NT, Lascala Junior NT. Aspectos cirúrgicos na prevenção: frenectomia: bridectomia e ulectomia. Prevenção na clínica odontológica: promoção de saúde bucal1997. p. 209-20.
8. Cunha FA. Decisão quanto a escolha da técnica de recobrimento radicular: Relato de caso clínico. Journal of Health Sciences. 2015;16(4).
9. Benqué, E. P. et. al. Les recessions gingivales. J. Periodontol (2); 207-241, 1983.
10. Miller Jr P. A classification of marginal tissue recession. Int J Periodont Rest Dent. 1985;5:9.
11. da Silva FD, Santamaria MP, Sallum EA, Junior FHN, Casati MZ, de Toledo S. Indicações atuais dos enxertos gengivais livres. RGO. 2008;56(2):1-6.

12. Byun HY, Oh TJ, Abuhussein HM, Yamashita J, Soehren SE, Wang HL. Significance of the epithelial collar on the subepithelial connective tissue graft. *Journal of periodontology*. 2009;80(6):924-32.
13. Cordioli G, Mortarino C, Chierico A, Grusovin MG, Majzoub Z. Comparison of 2 techniques of subepithelial connective tissue graft in the treatment of gingival recessions. *Journal of periodontology*. 2001;72(11):1470-6.
14. Yadav AP, Kulloli A, Shetty S, Ligade SS, Martande SS, Gholkar MJ. Sub-epithelial connective tissue graft for the management of Miller's class I and class II isolated gingival recession defect: A systematic review of the factors influencing the outcome. *Journal of investigative and clinical dentistry*. 2018;9(3):e12325.
15. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *Journal of periodontology*. 1985;56(12):715-20.
16. Ferrão Jr JP, Moreira KR, Silva PGd, Silva ALd, Pereira NRS. Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial—uma alternativa em cirurgia plástica periodontal. Caso clínico. *Revista Internacional de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial*. 2010;1(4).
17. Barbosa FI, Zenóbio EG, Costa FdO, Corrêa DS, Cunha FA. Alterações dimensionais dos enxertos gengivais livres fixados por etil-cianoacrilato. *Periodontia*. 2008;18(1):31-7.
18. Ribeiro MHMC. Cirurgia mucogengival: cicatrização de enxertos de tecido conjuntivo para recobrimento radicular 2011.
19. Sullivan, H. A.; Atkins, J. H. Free autogeneus gingival grafts. III Utilization of grafts in the treatment of gingival recession. *Periodontics* (6) pag. 152-160, 1968.
20. Venturim RTZ, Joly JC, Venturim LR. Técnicas cirúrgicas de enxerto de tecido conjuntivo para o tratamento da recessão gengival. *RGO Revista Gaúcha de Odontologia (Online)*. 2011;59:147-52.
21. Alghamdi H, Babay N, Sukumaran A. Surgical management of gingival recession: A clinical update. *The Saudi dental journal*. 2009;21(2):83-94.
22. Allen AL. Use of the supraperiosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage. I. Rationale and technique. *International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*. 1994;14(3).
23. Nelson SW. The subpedicle connective tissue graft: A bilaminar reconstructive procedure for the coverage of denuded root surfaces. *Journal of periodontology*. 1987;58(2):95-102.

24. Harris RJ. Creeping attachment associated with the connective tissue with partial-thickness double pedicle graft. *Journal of periodontology*. 1997;68(9):890-9.

FIGURA 1

Figura 1. A) Imagem inicial. B) Extensão vertical da recessão associada ao dente 31 (3mm).

FIGURA 2

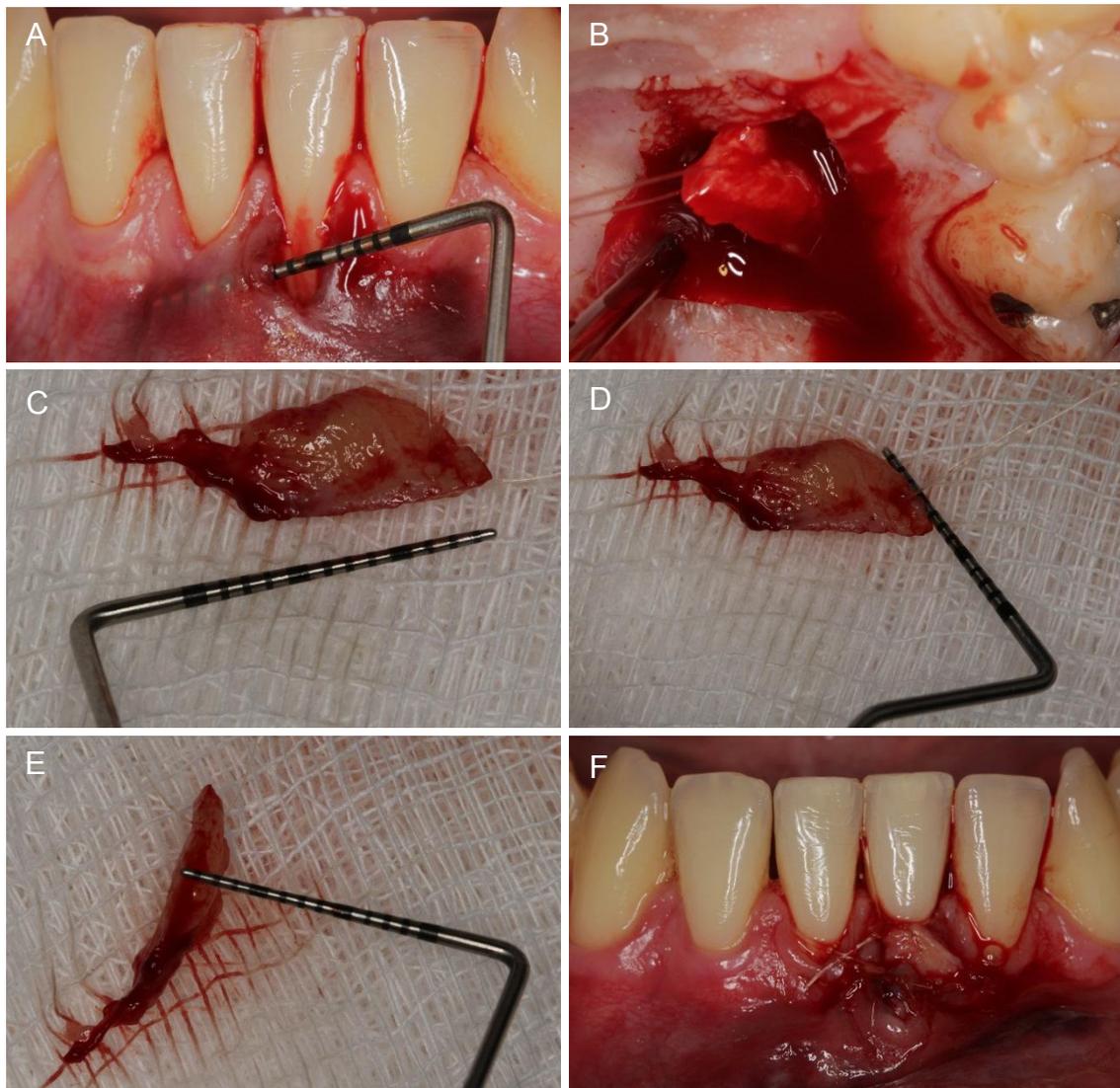


Figura 2. A) Retalho em envelope. B) Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial removido da região de palato duro. C) Comprimento do enxerto (12 mm). D) Largura do enxerto (7 mm). E) Espessura do enxerto (2 mm). F) Enxerto estabilizado.

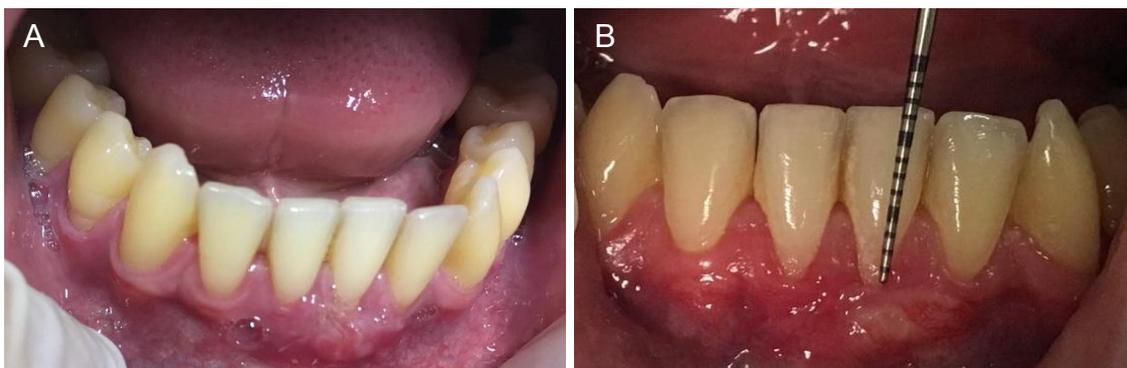
FIGURA 3

Figura 3. A) Acompanhamento pós-operatório de 7 dias. B) Acompanhamento pós-operatório de 30 dias.

FIGURA 4

Figura 4. A) Quadro clínico inicial. B) Extensão vertical da recessão gengival associada ao dente 31 (2 mm).

FIGURA 5

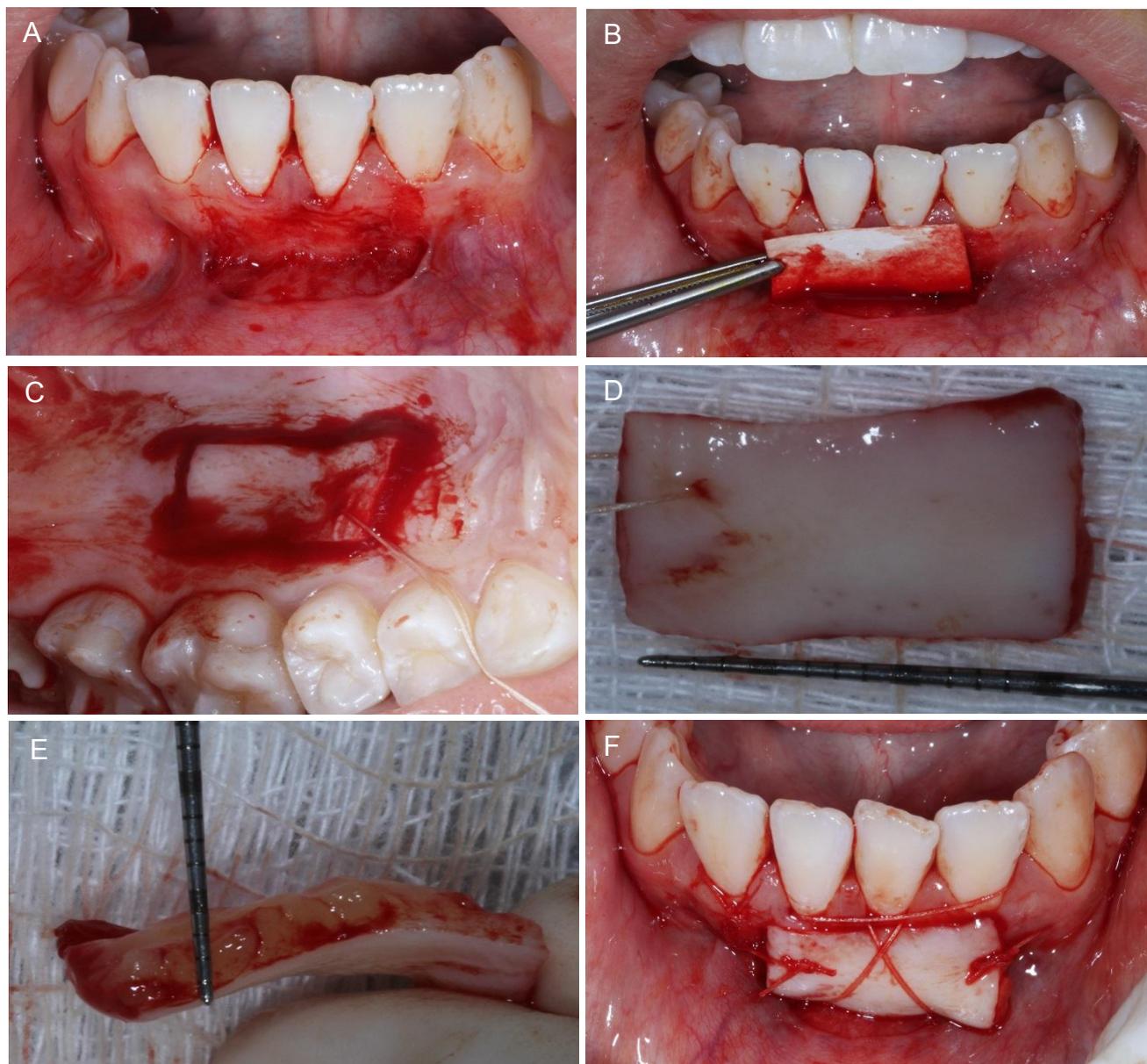


Figura 5. A) Sítio receptor. B) Obtenção de molde do sítio receptor. C) Obtenção de enxerto gengival livre a partir da mucosa palatina. D) Comprimento do enxerto (15 mm). E) Espessura do enxerto (1,5 a 3 mm). F) Estabilização do enxerto sobre o sítio receptor

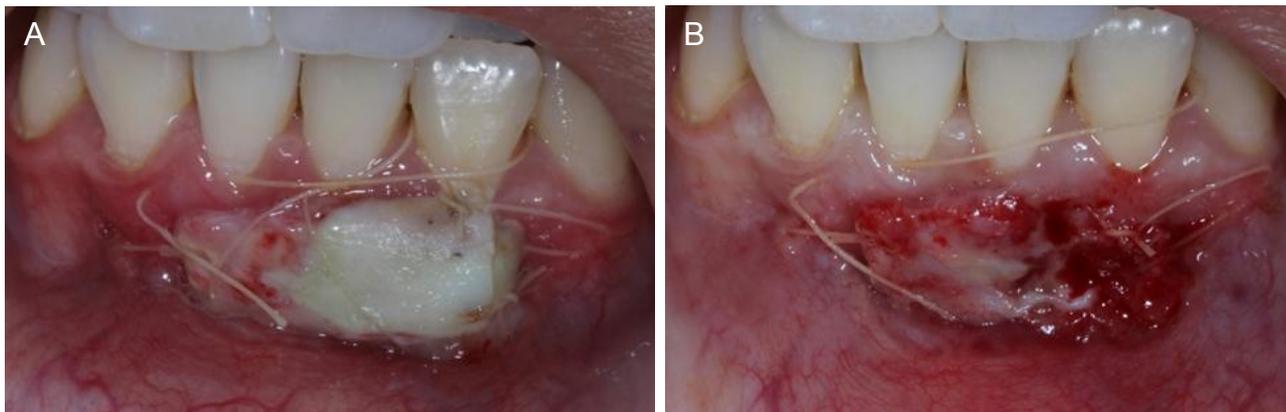
FIGURA 6

Figura 6. A) Aspecto 7 dias pós-operatórios. B) Aspecto do tecido após realização de debridamento e irrigação com digluconato de clorexidina a 0,12%.

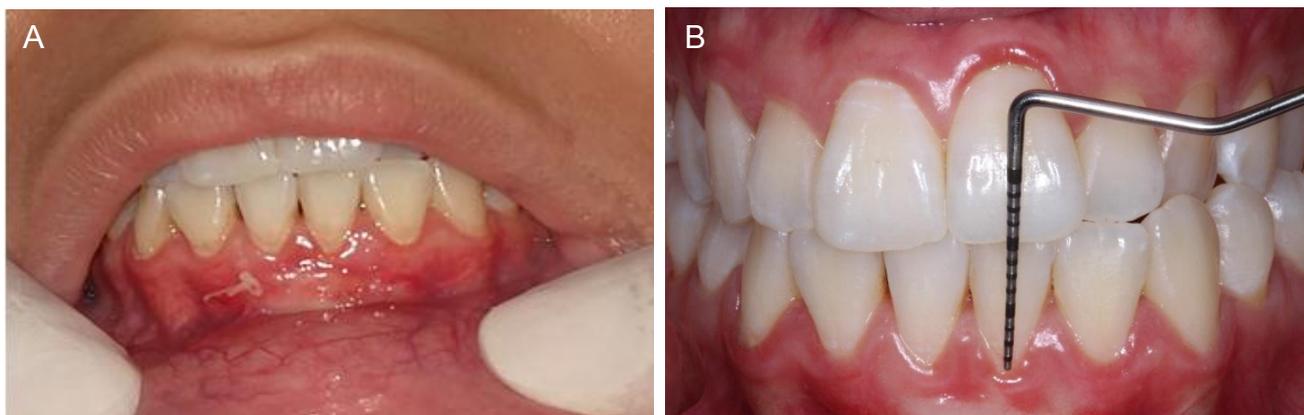
FIGURA 7

Figura 7. A) Aspecto clínico 15 dias pós-operatórios B) Aspecto clínico 30 dias pós-operatórios.