

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

MARISLEY LAYRTHA SANTOS

**RETALHO REPOSICIONADO CORONALMENTE COM A FINALIDADE DE
RECOBRIMENTO RADICULAR**

**PATOS – PB
2014**

MARISLEY LAYRTHA SANTOS

**RETALHO REPOSICIONADO CORONALMENTE COM A FINALIDADE DE
RECOBRIMENTO RADICULAR**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) como parte dos pré-requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof^a Dra. Rachel de Queiroz Ferreira Rodrigues

MARISLEY LAYRTHA SANTOS

**RETALHO REPOSICIONADO CORONALMENTE COM A FINALIDADE DE
RECOBRIMENTO RADICULAR**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) como parte dos pré-requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Rachel de Queiroz Ferreira Rodrigues – Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Prof. Dr. João Nilton Lopes de Sousa – 1º Membro
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Prof. Dr. Rodrigo Araújo Rodrigues – 2º Membro
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

A Deus, mentor de todas as coisas, dedico este trabalho e o meu sucesso, e aos meus pais, José Airton e Marilene, por se mostrarem únicos sempre que preciso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que proporcionou todas as oportunidades e instrumentos para que o caminho percorrido até aqui fosse logrado com êxito, sendo meu guia e suporte em todos os momentos da minha vida.

À minha família, que sempre esteve presente nas minhas conquistas, mas também nos anseios e dificuldades que vivenciei nesses cinco anos de curso, despendendo esforços incessantemente para que nada me faltasse.

Aos meus amigos, Luan Galdino, Gabriella Nóbrega, Mariana Xerez, Manoela Natacha, Landara Soares, Luiz Eduardo, Vinícius Sampaio, Maria Eugênia Aguiar, Rodolfo Abreu, Arthur Bruno, Thays Martins, Roberta Medeiros e Rayssa Batista, pessoas valiosas para que eu pudesse chegar até aqui. Em especial, agradeço à minha dupla de clínica, José Klidenberg de Oliveira Júnior, meu companheiro diário. Espero, apesar da distância, conseguir levar a amizade de todos vocês para o resto da vida.

Agradeço à minha turma de Odontologia 2010.1 - 2014.2, pelo companheirismo ofertado nos momentos de dificuldades acadêmicas e, sobretudo, pelas alegrias proporcionadas que marcaram minha vida.

À minha orientadora, Rachel de Queiroz Ferreira Rodrigues, exemplo de profissional, agradeço pelos ensinamentos e por toda a atenção oferecida para a elaboração deste trabalho. Muito obrigada!

A todos os professores, pelos conhecimentos transmitidos ao longo dessa trajetória, estes contribuíram imensamente para o meu crescimento pessoal e profissional.

Àqueles que, a sua maneira, contribuíram para que este trabalho pudesse ser concluído e atingisse o objetivo proposto.

A todos, meus sinceros agradecimentos!

“E guardemos a certeza pelas próprias dificuldades superadas, que não há mal que dure para sempre.”

Chico Xavier

RESUMO

Esse estudo descreve um caso clínico de retalho reposicionado coronalmente com a finalidade de recobrimento radicular em paciente que apresentava recessão gengival Classe I de Miller nos elementos dentários 23 e 24. O paciente queixava-se de hipersensibilidade dentinária quando aplicado o estímulo térmico e de insatisfação estética devido à exposição radicular visível ao sorrir e durante o ato de conversação. Foi traçado um plano de tratamento para o recobrimento radicular através de cirurgia de retalho reposicionado de forma coronal, seguido de encaminhamento para a realização de tratamento ortodôntico, já que o paciente possuía oclusão traumática na região acometida pela recessão gengival, decorrente da presença de contato prematuro. Com a técnica empregada, foi possível restabelecer a normalidade estética, prevenir o acúmulo de biofilme dental, devido à maior facilidade de higienização da região cervical, permitindo também a redução da hipersensibilidade dentinária, anteriormente relatada pelo paciente. Pode-se afirmar que a técnica cirúrgica de retalho coronal, utilizada para a resolução deste caso, mostrou-se uma eficiente forma de tratamento, pois apresentou resultados satisfatórios levando-se em consideração a previsibilidade de recobrimento da superfície radicular para esta técnica, que é de 70 a 99% da área exposta, devolvendo assim, função ao elemento tratado.

Palavras-chave: periodontia; recessão gengival; estética

ABSTRACT

This study describes a clinical report of a coronally advanced flap with the purpose of root coverage in a patient who presented gingival recession Miller Class I in the elements 23 and 24. The patient complained of dental hypersensitivity when a thermal stimulus was applied and also an aesthetic dissatisfaction due to a visible root exposure to smile and during the act of conversation. A treatment plan was traced for the root coverage by a coronally repositioned flap, followed by a forwarding to perform an orthodontic treatment due to premature contact. With the technique employed, it was possible to restore aesthetic normality, to prevent the accumulation of dental biofilm due to an ease of the sanitation in the cervical region, also allowing the reduction of dental hypersensitivity, previously reported by the patient. It's possible to claim that the surgical technique of coronal flap used to the resolution of this case is shown as an efficient form of treatment, because submitted satisfactory results taking into account the predictability of root surface coverage for this technique, which is of 70 to 99% of the exposure area, returning to the treated element its function.

Keywords: periodontics; gingival recession; aesthetics

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Aspecto inicial da recessão gengival	29
Figura 2	Exame radiográfico da região com recessão gengival	29
Figura 3	Realização das incisões oblíquas	30
Figura 4	Realização da divulsão tecidual	30
Figura 5	Finalização da divulsão tecidual	30
Figura 6	Descontaminação radicular	31
Figura 7	Remoção do epitélio papilar	31
Figura 8	Realização da sutura	31
Figura 9	Aspecto cirúrgico após 14 dias	32
Figura 10	Aspecto cirúrgico após 30 dias	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

mm milímetro

LISTA DE SÍMBOLOS

% por cento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1 ANATOMIA E HISTOFISIOLOGIA DO PERIODONTO.....	14
2.2 RECESSÃO GENGIVAL	17
2.3 ALTERNATIVAS CIRÚRGICAS PARA O RECOBRIMENTO RADICULAR: UTILIZAÇÃO DO RETALHO REPOSICIONADO CORONALMENTE COMO TÉCNICA DE ESCOLHA.....	19
REFERÊNCIAS	22
3 ARTIGO	25
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
ANEXO A – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO	37
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	44

1 INTRODUÇÃO

A gengiva é uma parte da mucosa bucal que envolve a porção cervical do elemento dentário, recobrando o processo alveolar. Quando saudável, a gengiva apresenta-se visível ao exame clínico e divide-se em duas zonas: livre e inserida, com aspectos clínicos e histológicos distintos (VOLPATO; CRUZ, 2013). O conhecimento destas estruturas é fundamental à compreensão da histofisiologia e histopatologia da gengiva, de forma a poder diferenciar uma situação de saúde periodontal ou de presença de alteração gengival, viabilizando o correto diagnóstico e tratamento adequado pelo profissional (TAVARES, 2013).

As características morfológicas do tecido gengival são determinadas por fatores genéticos, influenciadas pelo perfil, tamanho e posição dos dentes, além de apresentarem susceptibilidade a alterações decorrentes de fenômenos fisiológicos (NASSER; SOUZA, 2012). Na presença de modificações teciduais, a gengiva pode apresentar recessão gengival, uma alteração caracterizada pelo desnudamento parcial da superfície radicular devido à migração apical da gengiva marginal. Essas modificações de posição e forma do tecido marginal podem ser vistas nas faces dentais de forma localizada ou generalizada (ANDRADE et al., 2013).

A maior prevalência e severidade de recessões gengivais são observadas com o aumento da idade dos indivíduos. Esse fato está mais relacionado ao tempo de exposição a fatores irritantes do que propriamente aos efeitos fisiológicos decorrentes do envelhecimento humano (MINAYA-SÁNCHEZ et al., 2012). O tratamento adequado consiste na remoção do fator causal, evitando a progressão da lesão instalada (REIS et al., 2009).

As alterações nos tecidos de proteção, ocasionadas pela perda de tecido gengival, causam desconforto ao paciente. A estética é uma consideração essencial na prática odontológica contemporânea. Na periodontia, o desafio está no tratamento dos problemas biológicos e funcionais presentes na terapia periodontal, associado aos resultados firmados em uma estética favorável e aceitável pelo paciente (VOLPATO; CRUZ, 2013).

Cirurgias plásticas periodontais podem ser utilizadas para melhorar a estética periodontal, conseqüentemente, previnem o acúmulo de biofilme dental, a hipersensibilidade dentinária e o aparecimento de lesões cariosas (REIS et al., 2009). A cirurgia plástica periodontal tem por finalidade corrigir defeitos na gengiva,

mucosa e osso alveolar, provocados por fatores anatômicos, de desenvolvimento, traumáticos e até produzidos pela própria doença periodontal (KAHN et al., 2010).

Várias abordagens cirúrgicas são utilizadas para recobrir áreas que apresentam recessão gengival. Dentre os diferentes tipos de cirurgia periodontal encontra-se o retalho reposicionado coronalmente, uma cirurgia do tipo pediculada indicada para casos de recobrimento radicular em que haja faixa de mucosa ceratinizada. Esse procedimento cirúrgico consiste em deslocar coronalmente, através de retalho, a região de mucosa existente para recobrir a exposição radicular. Diversos fatores viabilizam a execução desta técnica. Dentre os quais estão: a facilidade de realização da técnica cirúrgica, o conforto proporcionado e a satisfação do paciente quanto à estética final obtida (MESSORA et al., 2009).

Esse estudo teve como objetivo descrever um caso clínico de retalho reposicionado coronalmente com a finalidade de recobrimento radicular em paciente que apresentava recessão gengival Classe I de Miller.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ANATOMIA E HISTOFISIOLOGIA DO PERIODONTO

O periodonto é uma unidade de desenvolvimento biológica e funcional que apresenta em sua constituição tecidos de proteção (gengiva ou complexo mucogengival) e de sustentação (ligamento periodontal, cemento e osso alveolar) do órgão dentário, possuindo entre si uma completa interdependência anatômica e fisiológica (LINDHE, 2010).

É um tecido formado na fase embrionária a partir do ectomesênquima, com exceção do epitélio juncional, originário do ectoderma. O periodonto durante seu envelhecimento natural apresenta um aumento no grau de colapso e possui fragilidade diante às infecções. Tem como funções gerais: inserção e sustentação do dente no alvéolo, atenuação e distribuição das forças mastigatórias, adaptação funcional e patológica, proteção das estruturas nobres e de suporte dos dentes (NANCI, 2008).

O periodonto de proteção é a parte da mucosa mastigatória que cobre o processo alveolar e circunda a porção cervical dos elementos dentários. Consiste de uma camada epitelial e um tecido conjuntivo subjacente, denominado lâmina própria (NANCI, 2008). Tem por finalidade a promoção de homeostasia, vedando o meio interno e desempenhando a função de barreira protetora do periodonto de suporte, preservando assim, a articulação alvéolo-dentária (ligamento periodontal e osso alveolar). Esta função viabiliza a manutenção da saúde periodontal através da ação do hospedeiro, frente às frequentes agressões ocasionadas pela presença da placa bacteriana ou por estímulos físicos (ANAIMO; LÖE, 1966 apud LEMOS, 2008, p. 26).

O periodonto de proteção é formado pela gengiva, que se divide em: livre, inserida e interdental, podendo ser considerado uma unidade funcional e anatômica variável em termos de contorno, forma e topografia clínica, resultante da adaptação tecidual a uma localização específica em torno dos dentes (BORGHETTI; MONNET-CORTI, 2011). A gengiva apresenta sua forma e textura definitivas em associação à erupção dos dentes. Direcionando-se à coroa, a gengiva de coloração rósea termina na margem gengival livre, que possui um contorno festonado. No sentido apical, a gengiva dá continuidade com a mucosa alveolar, que é frouxa e de cor vermelha

mais escura da qual, em geral, é separada por uma linha limitante chamada de junção mucogengival ou linha mucogengival (LINDHE, 2010).

Anatomicamente, a gengiva livre localiza-se à margem dos tecidos gengivais, mede aproximadamente 1 mm de espessura, circundando os dentes em forma de colarinho a partir de um contorno parabólico. A gengiva livre forma o sulco gengival e as papilas interdentais, apresenta-se mais lisa que a gengiva inserida e não está aderida a superfície do dente, cobrindo cerca de 0,5 mm a junção amelocementária. Seu limite externo é a ranhura gengival e o interno é dentro do sulco gengival. O epitélio externo da gengiva livre é um epitélio oral paraceratinizado. Já o epitélio interno sucular é do tipo oral não ceratinizado, mas apresenta-se passível a ceratinização (NANCI, 2008).

O sulco gengival é um espaço vazio resultante da falta de aderência da gengiva marginal. É onde se inicia os processos patológicos, pois é um sítio propício a retenção de biofilme e para causar doenças periodontais. O sulco gengival possui duas paredes, sendo uma parte mole, correspondente a face interna da gengiva, e uma parede dura, que corresponde ao elemento dentário. Clinicamente, o sulco gengival apresenta 2 mm nas faces livres e 3 mm nas faces proximais. Já o sulco histológico mede aproximadamente 0,69 mm (NANCI, 2008).

A gengiva inserida está localizada apicalmente a gengiva marginal, tendo início na ranhura gengival e término na linha mucogengival. Possui textura firme, uma vez que está inserida no periósteo; apresenta pigmentação rósea-pálida; sua superfície é pontilhada com aspecto de casca de laranja, decorrente da inserção das fibras colágenas ao osso subjacente; e é resiliente, deformando-se quando comprimida, mas retorna a sua forma original logo após a retirada da força de compressão. Encontra-se inserida principalmente ao periósteo do osso alveolar através de fibras do tecido conjuntivo (CARRANZA et al., 2007; LINDHE, 2010).

A gengiva interdentária é a papila interdental, que preenche a ameia gengival, sendo constituída de gengiva marginal e gengiva inserida. É um espaço interproximal localizado abaixo da área do contato dentário, consistindo em duas papilas, uma vestibular e outra lingual. Sua forma é determinada pelas relações de contato entre os dentes, pela largura da superfície proximal destes e pelo contato da junção cimento-esmalte. Seu formato em dentes anteriores é piramidal e nos posteriores em formato de sela. Também faz parte da gengiva interdentária a região de col, que é uma depressão entre as papilas e possui superfícies de contato

proximais em vez de pontos de contato, comum na região de pré-molares e molares (LEMOS, 2008; NANCI, 2008).

O periodonto de sustentação é composto pelo cemento, ligamento periodontal e osso alveolar, que dão sustentação aos dentes e agem como sensores, nutrem e inervam (CARRANZA et al., 2007). O ligamento periodontal é formado por tecido conjuntivo frouxo, possuindo rica vascularização. Circunda as raízes dos dentes e une o cemento radicular à lâmina ou ao osso alveolar propriamente dito. Em direção coronária apresenta-se contínuo com a lâmina própria da gengiva e está separado pelos feixes de fibras colágenas que ligam à crista alveolar à raiz (LINDHE, 2010). Assim como todo tecido conjuntivo, o ligamento periodontal é constituído por células (fibroblastos). Estão presentes além dos fibroblastos células ectomesenquimais indiferenciadas, restos epiteliais de Malassez, além de células de defesa, como macrófagos e mastócitos (FERRARIS; MUÑOZ, 2006).

O cemento radicular é um tecido avascular, mineralizado e que recobre toda a superfície radicular. Assemelha-se ao osso em sua estrutura, contudo, diverge em características funcionais como a ausência de inervação, de suprimento vascular próprio e de drenagem linfática. A nutrição do cemento advém diretamente dos vasos sanguíneos do ligamento periodontal, qualquer comprometimento vascular deste pode levar à sua necrose. Uma das principais funções do cemento é ancorar as fibras colágenas do ligamento periodontal à superfície radicular, mas apresenta também uma importante função reparadora e adaptativa, exercendo um papel crucial na manutenção da relação oclusal, proteção à integridade da superfície radicular e controle da largura do espaço do ligamento periodontal. A capacidade do cemento de se depositar lentamente ao longo da vida tem a finalidade de compensar a extrusão dos dentes e proteger a dentina radicular do contato direto com o tecido conjuntivo (NANCI, 2008; LINDHE, 2010; CARRANZA et al., 2007).

Outra estrutura que compõe o periodonto de sustentação é o osso alveolar, que corresponde à porção da maxila e da mandíbula que dá forma e suporte aos alvéolos dentários. Essa estrutura é composta por dois componentes: o osso alveolar propriamente dito e o processo alveolar. O osso alveolar propriamente dito é contínuo com o processo alveolar e forma a delgada lâmina óssea que reveste o alvéolo dentário. O processo alveolar é a parte da maxila e da mandíbula que forma e sustenta os alvéolos. Desenvolvem-se em conjunto com o desenvolvimento e erupção dos dentes. São gradativamente reabsorvidos com a perda dos elementos

dentários, pois sua condição de existência parte da presença de raiz dentária (LINDHE, 2010; CARRANZA et al., 2007).

2.2 RECESSÃO GENGIVAL

A recessão gengival é caracterizada pelo desnudamento parcial da superfície radicular decorrente da migração apical da gengiva marginal e pela degradação do mecanismo de inserção gengival sobre o elemento dentário. Pode-se observar essa alteração de posição e forma do tecido marginal nas faces vestibulares, palatinas ou linguais, localizada em um dente, em um grupo de dentes ou mesmo de forma generalizada (CARRANZA et al., 2007).

Segundo Piccinin (2002), as recessões gengivais foram por diversas vezes interpretadas como desarmonias dentofaciais, transformando-se em fator psicológico desagradável para o paciente e constituindo-se no motivo principal de suas queixas no tratamento odontológico. Este autor afirma ainda que, tornou-se uma ocorrência comum, porém preocupante, porque promove desigualdades na margem gengival.

O paciente que apresenta recessão gengival possui diversos sintomas que devem ser considerados. O aspecto antiestético ao sorrir, um desnudamento radicular visível durante a conversação, ou ainda, não visível, exceto quando levantado o lábio, mas considerado desagradável pelo paciente. Além disso, o desnudamento radicular pode estar associado com cárie ou hipersensibilidade radicular, devido ao fato da exposição da raiz receber estímulos térmicos, contato com alimentos doces ou técnica inadequada de escovação (ANDRADE, 2013).

Na maioria dos casos, a etiologia das recessões gengivais é de caráter multifatorial. Suas causas podem estar relacionadas a fatores mecânicos, fatores predisponentes e à doença periodontal (JOSS-VASSALLI et al., 2010). Dentre os fatores predisponentes se encontram: deiscência e fenestração óssea, cortical óssea fina, ausência de tecido ceratinizado, má posição dentária, tração dos freios, bridas e vestibulos rasos. Já os fatores mecânicos ou desencadeantes são: biofilme dentário, escovação traumática, lesões cervicais não cariosas, inflamação, prótese fixa não adaptada, componentes de prótese removível compressivos, violação do espaço biológico, incisão relaxante mal situada, exodontia, movimentos ortodônticos fora dos limites ósseos, traumatismo oclusal, fumo e hábitos nocivos (MCLEOD; REYES; BRANCH-MAYS, 2009).

O mecanismo de formação da recessão gengival se dá por meio de uma atividade inflamatória de longa duração que conduz à progressiva destruição do tecido conjuntivo, acompanhada de proliferação e espessamento do epitélio externo, quanto do epitélio interno. Na ocorrência desse espessamento, observa-se evolutivamente o aumento dos cones interpapilares, os quais em presença de limitada espessura do tecido conjuntivo podem eventualmente sofrer anastomose. A excessiva proximidade das duas lâminas basais, em dado momento, denota a presença de ínfima espessura de lâmina própria, sem condições de nutrir os epitélios, os quais mantêm sua fisiologia quanto à descamação celular superficial. Por sua vez, essas alterações determinam o aspecto gengival atrófico, perda tecidual e consequente exposição dental, ou seja, a formação de recessões gengivais (NOVAES, 1975 apud CHERULLI, 2009).

Para o correto tratamento das recessões gengivais deve-se levar em consideração o biótipo periodontal do paciente, que pode ser classificado em biótipo fino ou espesso de acordo com as características clínicas apresentadas. Em um periodonto plano e espesso, se observa um tipo morfológico gengival parabólico baixo, possui menos disparidade em relação à posição das gengivas marginal e interproximal comparando-se ao biótipo fino e festonado. Apresenta ainda um tecido denso, opaco e fibroso e tem grande quantidade de gengiva inserida. O osso subjacente é largo e espesso e a coroa clínica dos dentes presentes é quadrada com maior convexidade no terço cervical. Como consequência, a papila interdental é mais curta que a do outro biótipo periodontal. O periodonto espesso resiste à recessão gengival e reage aos procedimentos cirúrgicos e restauradores com formação de bolsa ou hipertrofia gengival (NASSER; SOUZA, 2012).

Quanto ao periodonto fino e festonado, observa-se um tipo morfológico gengival parabólico alto. Este possui uma disparidade acentuada em relação à posição das gengivas marginal e interproximal, possui um tecido mole translúcido, frágil e friável e pequena quantidade de gengiva inserida. O osso subjacente é delgado e festonado e pode apresentar deiscência e fenestração. Geralmente a coroa clínica presente neste tipo de periodonto é de forma triangular com pequenos contatos interdentais no terço incisal. Este tipo de periodonto reage às intervenções cirúrgicas e protéticas com recessão do tecido mole, migração apical da gengiva inserida e perda do volume alveolar (NASSER; SOUZA, 2012).

Na ocorrência de recessões gengivais, a classificação proposta por Miller (1985) é atualmente a mais utilizada. Esta classificação avalia a extensão da recessão gengival, indicação de tratamento e provável prognóstico. Miller (1985) classificou as recessões gengivais considerando a previsão de cobertura radicular a partir da influência exercida pela posição da margem gengival em relação à junção mucogengival, pela perda óssea ou de gengiva interdental e pelo posicionamento dentário.

Dessa forma, as lesões foram divididas em Classe I: recessão gengival que não ultrapassa a junção mucogengival, sem perda óssea ou de tecido mole interdental e com previsibilidade de 100% de cobertura radicular; Classe II: recessão gengival que se estende até ou além da junção mucogengival, sem perda de osso ou de tecido mole interdental e com previsibilidade de 100% de cobertura radicular; Classe III: recessão gengival que se estende até ou além da junção mucogengival, com perda óssea ou de tecido mole interdental moderada e a previsibilidade da cobertura radicular é parcial; e, Classe IV: recessão gengival que se estende além da junção mucogengival, a perda dos tecidos interdentais é severa e a cobertura radicular não é previsível (FONTANARI et al., 2009).

2.3 ALTERNATIVAS CIRÚRGICAS PARA O RECOBRIMENTO RADICULAR: UTILIZAÇÃO DO RETALHO REPOSICIONADO CORONALMENTE COMO TÉCNICA DE ESCOLHA

A terapêutica periodontal tem passado por mudanças significativas nas últimas décadas. Enquanto no passado seu objetivo era apenas restabelecer a saúde gengival sem haver preocupação com as possíveis sequelas do tratamento da doença, atualmente, os procedimentos são realizados de maneira menos invasiva com intuito de manter os padrões estéticos periodontais ou até mesmo de recuperá-los (FRIZZERA, 2012).

Com o aumento da demanda estética, diversos procedimentos foram utilizados objetivando recobrir raízes dentárias expostas, entretanto, sem muita previsibilidade. Ao longo do tempo, precisamente nas últimas três décadas, houve um avanço significativo nas alternativas cirúrgicas que visam o tratamento de retrações gengivais (ZACCARA et al., 2013).

O tratamento cirúrgico das recessões marginais tem como intuito minimizar o risco de cárie cervical radicular, reduzir a hipersensibilidade dentinária, aumentar a

zona de gengiva ceratinizada e promover melhoria da estética (OLIVEIRA et al., 2011). Outro fator que indica a realização da técnica é quando há alteração da topografia do tecido marginal, visando o controle de placa (WENNSTROM; ZUCHELLI; PRATO, 2010).

Na literatura, podem ser encontradas em grande número e variedade técnicas cirúrgicas com o objetivo de recobrimento radicular. Geralmente, essas técnicas são reunidas em quatro grandes grupos: cirurgias pediculadas, cirurgias de enxertos, cirurgias combinadas, e atualmente, a utilização de biomateriais. As cirurgias pediculadas utilizam gengiva das proximidades do defeito e exigem qualidade e quantidade de gengiva suficiente para recobrir a recessão. Como exemplos se encontram: retalho posicionado coronalmente, retalho posicionado lateralmente, retalho de papila dupla e retalho semilunar (OLIVEIRA et al., 2011; PICCININ, 2002).

As cirurgias de enxerto fazem uso de fragmentos de tecido removidos de um sítio-doador distante da área de recessão, normalmente, oriundos da região de palato. Pode-se citar como exemplos para este grupo: o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial e o enxerto gengival epitélio-conjuntivo. Esta última técnica, o enxerto gengival epitélio-conjuntivo, tem por objetivo principal o aumento de mucosa ceratinizada em altura e espessura. Todavia, certo grau de recobrimento radicular é esperado dependendo do tipo de recessão apresentada (OLIVEIRA et al., 2011; PICCININ, 2002; KATO SEGUNDO; ALVES, 2005).

Quanto às cirurgias combinadas, estas são utilizadas a partir da associação das cirurgias pediculadas e de enxertos. O último grupo, a qual pertence os biomateriais, tem por objetivo funcionar como auxiliares nos tratamentos de regeneração tecidual. Apresentam soluções clínicas satisfatórias, com alto índice de sucesso e mínimo desconforto para o paciente, com capacidade de regenerar o tecido perdido e, assim, devolver forma e função adequadas. Os biomateriais são utilizados objetivando a interação com o sistema biológico. Muitos deles são uma alternativa efetiva para a substituição de tecidos perdidos, pois não apresentam riscos de transmissão de doenças ou rejeição imunológica, além de apresentarem suprimento teoricamente ilimitado (OLIVEIRA et al., 2011; REIS et al., 2009).

A escolha da técnica cirúrgica mais apropriada para o caso é fundamental. Uma vez instalada a recessão, o prognóstico para a indicação de cobertura cirúrgica dependerá da influência de diversas variáveis inerentes ao defeito e à técnica a ser utilizada. A porcentagem de sucesso pode diminuir com o aumento da profundidade

e largura das recessões gengivais (RODRIGUES et al., 2010). Apesar da maior indicação para a realização do procedimento de recobrimento radicular se encontrar na demanda estética pelo paciente, a variável comumente utilizada na observação destes tratamentos tem sido a quantidade de cobertura radicular obtida, expressa como um percentual de profundidade inicial da recessão (LINDHE, 2010).

O retalho reposicionado coronalmente, técnica pertencente ao grupo das cirurgias pediculadas, é uma das alternativas cirúrgicas com a finalidade de recobrir resseções, exigindo a presença de gengiva inserida. É uma das técnicas mais utilizadas no recobrimento de recessões e pode ser executada em uma única etapa quando há quantidade suficiente de mucosa ceratinizada na porção apical da recessão. Essa cirurgia consiste basicamente em confeccionar um retalho mucoperiósteo pediculado e deslocado para coronal, obtendo assim, o recobrimento da área da recessão (CHERULLI, 2009; PICCININ, 2002).

O retalho reposicionado coronalmente é indicado para casos de recessão gengival Classe I de Miller e para cobertura radicular adicional. Possui como vantagens: previsibilidade para recessões rasas; pode ser utilizado em casos de múltiplas recessões; apresenta compatibilidade de cor; é uma técnica cirúrgica de fácil execução; e sua cicatrização se dá por primeira intenção. Todavia, esta alternativa cirúrgica mostra-se contra-indicada em casos de recessões localizadas em áreas com ausência de mucosa ceratinizada, áreas de vestibulo raso e inserção de freios (CHERULLI, 2009).

O retalho coronal é um procedimento com previsibilidade de recobrimento da superfície radicular que atinge entre 70 a 99% da área, alcançando uma média de 83% e um percentual de dentes com recobrimento completo da raiz entre 24 a 95%. Além disso, o tecido deslocado é da mesma região e possui as mesmas características do local a ser recoberto, razão pela qual é considerada umas das técnicas mais adequadas para as áreas estéticas. O objetivo do tratamento utilizando o deslocamento coronal de retalho é, além de restabelecer a normalidade estética, prevenir a sensibilidade dentinária, o acúmulo de biofilme dental e consequente aparecimento de cáries (PICCININ, 2002)

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. S. et al. Avaliação das recessões gengivais em adultos periodontalmente saudáveis. **Braz J Periodontol.** v.23. n.1. p.45-50, mar. 2013. Disponível em: <http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/2013/marco/REVPERIO_MAR%C3%87O_2013_PUBL_SITE_PAG-45_A_50.pdf>. Acesso em: 15 de nov. 2014.
- BORGHETTI, A.; MONNET-CORTI, V. **Cirurgia Plástica Periodontal.** Editora Artmed, [S.I.], 2011.
- CARRANZA, F. A; NEWMAN, M. G; TAKEI, H. H; KLOKKEVOLD, P. R; **Periodontia Clínica**, 10 Ed. p. 1293, Rio de Janeiro: Elsevir Editora Ltda., 2007.
- CHERULLI, T. L. Matriz orgânica de osso medular bovino utilizada como alternativa no tratamento das recessões gengivais. Avaliação histológica em cães. [Dissertação]. Uberlândia: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia; 2009. Disponível em: <<http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/2515/1/MatrizOrg%C3%A2nicaOsso.pdf>>. Acesso em: 15 de nov. 2014.
- FERRARIS, M. E. G.; MUÑOZ, E. C. **Histologia e embriologia bucodental.** 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- FONTANARI, L. A. et al. Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial: uma alternativa em cirurgia plástica periodontal. **Revista PerioNews.** v.3, n.2, p. 131-135, 2009. Disponível em: <<http://bvsalud.org/portal/resource/pt/bbo-16025>>. Acesso em: 15 de nov. 2014.
- FRIZZERA, F. et al. Tratamento de recessões gengivais múltiplas: uma abordagem cirúrgica mais conservadora. **Perionews;** v. 6, n.1, p.18-28, jan. 2012. Disponível em: <<http://inpn.com.br/PerioNews/Artigo/Index/909>>. Acesso em: 15 de nov. 2014.
- JOSS-VASSALLI, I.; GREBENSTEIN, C.; TOPOUZELIS, N.; SCULEAN, A.; KATSAROS, C. Orthodontic therapy and gingival recession: a systematic review. **Orthodontics & Craniofacial Research Journal.** v.13, n.5, p. 127-141, 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1601-6343.2010.01491.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>>. Acesso em: 15 de nov. 2014.
- KAHN, Sérgio et al. Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial associado à recessão gengival em pilares de prótese parcial fixa: relato de caso clínico. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, p.199-202, jul./dez. 2010. Disponível em: <<http://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/viewFile/193/188>>. Acesso em: 15 de nov. 2014.
- KATO SEGUNDO, T.; ALVES, RICARDO. Emprego do Enxerto Gengival Epitélio-Conjuntivo no Recobrimento Radicular. **RGO**, P. Alegre, v. 54, n. 1, p. 81-83,

jan./mar, 2005. Disponível em: < file:///C:/Users/pc/Downloads/RGO-2007-137.pdf>. Acesso em: 15 de nov. 2014.

LEMOS, A. B.; A influência do morfotipo periodontal na presença da papila interdental. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Veiga de Almeida, 2008.

LINDHE, J.; LANG, N.; KARRING, T. **Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.

MCLEOD D. E., REYES E., BRANCH-MAYS G. Treatment of multiple areas of gingival recessions using a simple harvesting technique for autogenous connective tissue graft. **J Periodontol**, v. 80, n.10, p. 1680-7, 2009.

MESSORA, M. R. et al.. O retalho posicionado coronalmente como uma técnica previsível. **Rev. PerioNews**. v.3, n.2, p.124-128. 2009. Disponível em: < http://www.dentalreview.com.br/nova/artigos.php?acao=subcat&especialidade_id=15&subespecialidade_id=2>. Acesso em: 15 de nov. 2014.

MILLER JR ,P.D. A classification of marginal tissue recession. **Int J Periodontics Restorative Dent**. v.5, n.2, p.9-13,1985.

MINAYA-SÁNCHEZ et al. Gingival recession and associated factors in a homogeneous Mexican adult male population: A cross-sectional study. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. v.17, n.5, p. 807-813, 2012;. Disponível em: < http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv17_i5_p807.pdf>. Acesso em: 15 de nov. 2014.

NANCI, A. **Histologia Oral Ten Cate**. 7.ed., Elsevier: Rio de Janeiro, 2008. ISBN 978.85.352.2982.0.

NASSER, K. R. P.; SOUZA, D. M. Relação entre características mucogengivais e ocorrência de recessão gengival. **Braz J Periodontol**. v. 22, n.4, p. 72-78, dez. 2012. Disponível em: <http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/2012/dez/REVPERIO_DEZ_2012_SITE_PAG-72_A_78.pdf>. Acesso em: 15 de nov. 2014.

OLIVEIRA, G. H. C. et al. Retalho Posicionado Lateralmente e Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial no Tratamento das Recessões Teciduais Marginais. **Rev Odontol Bras Central**. ISSN 1981-3708, 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0104-7914/2011/v20n52/a2616.pdf>>. Acesso em: 15 de nov. 2014.

PICCININ et al. Recobrimento radicular múltiplo: relato de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia**. Passo Fundo, v. 7, n.1,p. 33-37,jan./jun. 2002. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rfo/article/view/1559/1036>>. Acesso em: 15 de nov. 2014.

REIS, A. C. et al. Prevenção estética com enxerto conjuntivo e biomaterial. **RGO**, Porto Alegre, v. 57, n.2, p. 235-239, abr./jun. 2009. Disponível em: < <http://www.revistargo.com.br/ojs/index.php/revista/article/viewFile/667/674>>. Acesso em: 15 de nov. 2014.

RODRIGUES, D. C.; ALVES, R.; KATO SEGUNDO, T. Emprego do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial no recobrimento radicular. **RGO**, Porto Alegre, v. 58, n.1, p. 115-118, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rgo/v58n1/a21v58n1.pdf>>. Acesso em: 15 de nov. 2014.

TAVARES, C. A. R. Técnicas de Recobrimento Radicular. [Dissertação]. Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde; 2013. Disponível em: <<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3933/2/desenvolvimento%20monografia%20definitiva.pdf>>. Acesso em: 15 de nov. 2014.

VOLPATO, L.; CRUZ, S. E. B. Recobrimento radicular em recessão classe III de Miller com tecido conjuntivo subepitelial. **R Odontol Planal Cent.** v.3, n.1, p. 20-25. jan-jul, 2013 Disponível em: <<http://www.faciplac.edu.br/roplac/images/artigos/volume3/Artigo%203%20-%20Recobrimento%20radicular%20REVISADO.pdf>>. Acesso em: 15 de nov. 2014.

WENNSTROM, J. L.; ZUCHELLI, G.; PRATO, G. P. P. Terapia mucogengival – cirurgia plástica periodontal. In: LINDHE, J. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

ZACCARA, I. M. et al. Previsibilidade do recobrimento radicular de recessão gengival classe III de Miller – Uma revisão de literatura. **Braz J Periodontol.** v. 23, n.3, p. 58-64, setembro, 2013. Disponível em: <http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/2013/setembro/REVPERIO_SET_2013_PUBL_SITE_PAG-58_A_64.pdf>. Acesso em: 15 de nov. 2014.

ZUCHELLI, G. et al. Patient morbidity and root coverage outcome after subepithelial connective tissue and de-epithelialized grafts: a comparative randomized-controlled clinical trial. **J Clin Periodontol.** v. 37, n.8, p. 728-738, agosto, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20590963>>. Acesso em: 15 de nov. 2014.

3 ARTIGO

Retalho reposicionado coronalmente com a finalidade de recobrimento radicular

Coronally advanced flap with the purpose of root coverage

**Marisley Layrtha SANTOS¹, José Klidenberg de OLIVEIRA JÚNIOR¹, Moan
Jéfter Fernandes COSTA¹, Rachel de Queiroz Ferreira RODRIGUES²**

1 - Graduando do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campus Patos, Paraíba-Brasil.

2 - Professora Doutora da Disciplina de Periodontia, Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campus Patos, Paraíba-Brasil.

Endereço para correspondência:

Rachel de Queiroz Ferreira Rodrigues

Desembargador Trindade, nº179, Apto. 201, Campina Grande - Paraíba - Brasil

E-mail: rachelperio@gmail.com

Este artigo foi submetido à Revista Odontológica do Brasil-Central cujas normas encontram-se no anexo A.

RESUMO

Objetivo: Esse estudo descreve um caso clínico de retalho reposicionado coronalmente com a finalidade de recobrimento radicular em paciente que apresentava recessão gengival Classe I de Miller nos elementos dentários 23 e 24.

Materiais e Métodos: O paciente queixava-se de hipersensibilidade dentinária quando aplicado o estímulo térmico e de insatisfação estética devido à exposição radicular visível ao sorrir e durante o ato de conversação. Foi traçado um plano de tratamento para o recobrimento radicular através de cirurgia de retalho reposicionado de forma coronal, seguido de encaminhamento para a realização de tratamento ortodôntico, já que o paciente possuía oclusão traumática na região acometida pela recessão gengival, decorrente da presença de contato prematuro.

Resultados: Com a técnica empregada, foi possível restabelecer a normalidade estética, prevenir o acúmulo de biofilme dental, devido à maior facilidade de higienização da região cervical, permitindo também a redução da hipersensibilidade dentinária, anteriormente relatada pelo paciente.

Conclusão: Pode-se afirmar que a técnica cirúrgica de retalho coronal, utilizada para a resolução deste caso, mostrou-se uma eficiente forma de tratamento, pois apresentou resultados satisfatórios levando-se em consideração a previsibilidade de recobrimento da superfície radicular para esta técnica, que é de 70 a 99% da área exposta, devolvendo assim, função ao elemento tratado.

Palavras-chave: periodontia; recessão gengival; estética

ABSTRACT

Objective: This study describes a clinical report of a coronally advanced flap with the purpose of root coverage in a patient who presented gingival recession Miller Class I in the elements 23 and 24. Material and Method: The patient complained of dental hypersensitivity when a thermal stimulus was applied and also an aesthetic dissatisfaction due to a visible root exposure to smile and during the act of conservation. A treatment plan was traced for the root coverage by a coronally repositioned flap, followed by a forwarding to perform an orthodontic treatment due to premature contact. Results: With the technique employed, it was possible to restore aesthetic normality, to prevent the accumulation of dental biofilm due to an ease of the sanitation in the cervical region, also allowing the reduction of dental hypersensitivity, previously reported by the patient. Conclusion: It's possible to claim that the surgical technique of coronal flap used to the resolution of this case is shown as an efficient form of treatment, because submitted satisfactory results taking into account the predictability of root surface coverage for this technique, which is of 70 to 99% of the exposure area, returning to the treated element its function.

Keywords: periodontics; gingival recession; aesthetics

INTRODUÇÃO

A recessão gengival é caracterizada pelo desnudamento parcial da superfície radicular decorrente da migração apical da gengiva marginal e pela degradação do mecanismo de inserção gengival sobre o elemento dentário¹.

As alterações nos tecidos de proteção, ocasionadas pela perda de tecido gengival, causam desconforto ao paciente, sendo a estética uma consideração essencial na prática odontológica contemporânea². As cirurgias plásticas periodontais podem ser utilizadas para melhorar a estética periodontal, prevenindo o acúmulo de biofilme dental, a hipersensibilidade dentinária e o aparecimento de lesões cariosas³.

Várias abordagens cirúrgicas são utilizadas para recobrir áreas que apresentam recessão gengival. Dentre os diferentes tipos de cirurgia periodontal encontra-se o retalho reposicionado coronalmente, uma cirurgia do tipo pediculada indicada para casos de recobrimento radicular em que haja presença de faixa de mucosa ceratinizada⁴. É uma das técnicas mais utilizadas no recobrimento de recessões e pode ser executada em uma única etapa quando há quantidade suficiente de mucosa ceratinizada na porção apical da recessão^{5,6}.

Essa cirurgia consiste basicamente em confeccionar um retalho mucoperiósteo pediculado e deslocado para coronal, obtendo assim, o recobrimento da área de recessão^{5,6}. Diversos fatores viabilizam a execução desta técnica. Dentre os quais estão: a facilidade de realização da técnica cirúrgica, o conforto proporcionado e a satisfação do paciente quanto à estética final obtida⁴.

Esse estudo teve como objetivo descrever um caso clínico de um retalho reposicionado coronalmente com a finalidade de recobrimento radicular em paciente que apresentava recessão gengival Classe I de Miller.

RELATO DE CASO

Um paciente do sexo masculino, 24 anos, leucoderma, compareceu a clínica-escola de Odontologia da UFCG, queixando-se de hipersensibilidade dentinária quando aplicado o estímulo térmico, associada à insatisfação estética devido à exposição radicular visível ao sorrir e durante o ato de conversação.

Durante a anamnese, percebeu-se que o paciente apresentava boa saúde sistêmica, não fazia uso de medicação constante e não era fumante. Após a avaliação clínica e radiográfica, constatou-se a presença de recessão gengival Classe I segundo a classificação de Miller⁷ (1985), nos elementos 23 e 24, de 1,5mm e 2mm, respectivamente, mas sem ultrapassagem da linha mucogengival, possuindo integridade óssea e de tecido mole interdental (Figura 1 e Figura 2). Observou-se também a ausência de doença periodontal, condição desejável e indispensável para o sucesso do tratamento periodontal.

Através do exame clínico intra-oral, observou-se ainda que a etiologia da recessão gengival poderia estar relacionada à escovação traumática associada ao biotipo periodontal fino e ao fator traumatogênico, já que o paciente apresentava contato prematuro no pré-molar afetado. A oclusão foi checada a partir da utilização de papel carbono, para então, serem removidos os pontos que possuíam contato oclusal prematuro. Assim, foi realizado o ajuste oclusal previamente à realização da cirurgia utilizando broca cilíndrica diamantada.

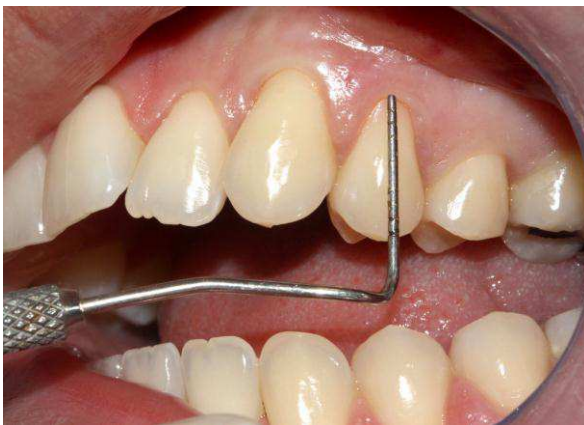


Figura 1 – Aspecto inicial da recessão gengival

Fonte: da autora



Figura 2 – Exame radiográfico da região com recessão gengival

Fonte: da autora

Foi traçado um plano de tratamento para o recobrimento radicular através de cirurgia de retalho reposicionado de forma coronal, seguido de encaminhamento para a realização de tratamento ortodôntico, visando a não recidiva de recessão após finalizada a cirurgia.

Anteriormente ao tratamento, o paciente foi comunicado de todos os procedimentos que iriam ser realizados, sendo esclarecido quanto à previsibilidade

de recobrimento da técnica e as possibilidades de insucesso. Concordando com o tratamento, o paciente assinou um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) autorizando o tratamento e a posterior publicação do caso clínico.

O procedimento cirúrgico foi realizado sob anestesia local. A cirurgia foi iniciada pelas incisões oblíquas, à altura da linha cimento-esmalte, nas papilas e incisão intrasulcular na margem gengival do elemento, utilizando-se de bisturi com lâmina 15c (Figura 3). Em seguida, realizou-se o deslocamento total tecidual até próximo à linha mucogengival com o descolador de Molt e o retalho foi dividido com lâmina 15c, de forma a permitir o relaxamento total do retalho para o tracionamento coronal, possibilitando que o tecido ficasse na posição desejada sem sofrer nenhuma tensão (Figura 4 e Figura 5).



Figura 3 – Realização das incisões oblíquas

Fonte: da autora



Figura 4 – Realização da divulsão tecidual

Fonte: da autora



Figura 5 – Finalização da divulsão tecidual

Fonte: da autora

Após essa etapa, foi feita a descontaminação radicular através da raspagem e alisamento corono-radicular com as curetas de Gracey 7-8 (Figura 6). Com a lâmina 15c foi realizado a desepitelização papilar (Figura 7). Após o reposicionamento coronal do retalho sem tensão, foram realizadas suturas suspensórias com agulha atraumática e fio de Nylon 6-0. Deve-se garantir através da sutura a imobilidade do retalho sobre a superfície radicular para que seja possível alcançar o recobrimento esperado (Figura 8).



Figura 6 – Descontaminação radicular

Fonte: da autora



Figura 7 – Remoção do epitélio papilar

Fonte: da autora



Figura 8 – Realização da sutura

Fonte: da autora

Ao finalizar a cirurgia, foi prescrito o esquema profilático padrão, analgésico e antiinflamatório. Recomendou-se ao paciente fazer bochecho de clorexidina a 0,12% na área cirúrgica durante uma semana.

Após 14 dias foi observado um resultado satisfatório quanto ao recobrimento dos defeitos. Com a completa cicatrização cirúrgica, a sutura foi removida e o paciente encaminhado para a realização de tratamento ortodôntico (Figura 9). Controles periódicos foram realizados, sendo observada além de estabilidade dos resultados, uma boa adaptação cervical (Figura 10).



Figura 9 – Aspecto cirúrgico após 14 dias

Fonte: da autora



Figura 10 – Aspecto cirúrgico após 30 dias

Fonte: da autora

DISCUSSÃO

A maior prevalência e severidade de recessões gengivais são observadas com o aumento da idade dos indivíduos. Todavia, esse fato está mais relacionado ao tempo de exposição a fatores irritantes do que propriamente aos efeitos fisiológicos decorrentes do envelhecimento humano⁸, como percebe-se no caso relatado, em que o fator irritante desencadeante pode estar relacionado à escovação traumática associada ao biotipo periodontal fino e ao fator traumatogênico, não sendo associado ao envelhecimento do indivíduo.

Na maioria dos casos, a etiologia das recessões gengivais é de caráter multifatorial. Suas causas podem estar relacionadas a fatores mecânicos, fatores predisponentes e à própria doença periodontal⁹.

O paciente que apresenta recessão gengival possui diversos sintomas que devem ser considerados. O aspecto antiestético ao sorrir, um desnudamento radicular visível durante a conversação, ou ainda, não visível, exceto quando levantado o lábio, mas considerado desagradável pelo paciente. Além disso, o

desnudamento radicular pode estar associado com cárie ou hipersensibilidade radicular, devido ao fato da exposição da raiz receber estímulos térmicos, contato com alimentos doces ou técnica inadequada de escovação¹⁰.

Para o correto tratamento das recessões gengivais deve-se levar em consideração o biótipo periodontal do paciente, que pode ser classificado em biótipo fino ou espesso de acordo com as características clínicas apresentadas¹¹.

A terapêutica periodontal tem passado por mudanças significativas nas últimas décadas. Enquanto no passado seu objetivo era apenas restabelecer a saúde gengival sem haver preocupação com as possíveis sequelas do tratamento da doença, atualmente, os procedimentos são realizados de maneira menos invasiva com o intuito de manter os padrões estéticos periodontais ou até mesmo de recuperá-los¹².

A escolha da técnica cirúrgica mais apropriada para o caso é fundamental. Uma vez instalada a recessão, o prognóstico para a indicação de cobertura cirúrgica dependerá da influência de diversas variáveis inerentes ao defeito e à técnica a ser utilizada. A porcentagem de sucesso pode diminuir com o aumento da profundidade e largura das recessões gengivais¹³. Apesar da maior indicação para a realização do procedimento de recobrimento radicular se encontrar na demanda estética pelo paciente, a variável comumente utilizada na observação destes tratamentos tem sido a quantidade de cobertura radicular obtida, expressa como um percentual de profundidade inicial da recessão¹⁴.

O retalho reposicionado coronalmente é uma das alternativas cirúrgicas com a finalidade de recobrir resseções, exigindo a presença de gengiva inserida^{15,16}. É indicado para casos de recessão gengival Classe I de Miller e para cobertura radicular adicional. Possui como vantagens: previsibilidade para recessões rasas; pode ser utilizado em casos de múltiplas recessões; apresenta compatibilidade de cor; é uma técnica cirúrgica de fácil execução; e sua cicatrização se dá por primeira intenção. Todavia, esta alternativa cirúrgica mostra-se contra-indicada em casos de recessões localizadas em áreas com ausência de mucosa ceratinizada, áreas de vestibulo raso e inserção de freios¹⁵.

O retalho coronal é um procedimento com previsibilidade de recobrimento da superfície radicular que atinge entre 70 a 99% da área, alcançando uma média de 83% e um percentual de dentes com recobrimento completo da raiz entre 24 a 95%¹⁶. Portanto, o resultado obtido nesse caso se mostra bastante favorável dentro da

margem de previsibilidade de recobrimento radicular para esta técnica. Além disso, o tecido deslocado é da mesma região e possui as mesmas características do local a ser recoberto, razão pela qual é considerada umas das técnicas mais adequadas para as áreas estéticas. O objetivo do tratamento utilizando o deslocamento coronal de retalho é, além de restabelecer a normalidade estética, prevenir a sensibilidade dentinária, o acúmulo de biofilme dental e consequente aparecimento de cáries.

CONCLUSÃO

Através da observação dos resultados obtidos, pode-se afirmar que a técnica cirúrgica de retalho coronal, utilizada para a resolução deste caso, mostrou-se uma eficiente forma de tratamento, pois apresentou resultados satisfatórios levando-se em consideração a previsibilidade de recobrimento da superfície radicular para esta técnica, que é de 70 a 99% da área exposta. A partir da técnica empregada foi possível restabelecer a normalidade estética, prevenir a hipersensibilidade dentinária, o acúmulo de biofilme dental e o consequente aparecimento de cáries radiculares, devolvendo, assim, função ao elemento tratado.

REFERÊNCIAS

01. Carranza FA, Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR; Periodontia Clínica, 10 ed., Rio de Janeiro: Elsevir Editora Ltda., p.1293-2007.
02. Volpato L, Cruz SEB. Recobrimento radicular em recessão classe III de Miller com tecido conjuntivo subepitelial. R Odontol Planal Cent. 2013; 3(1):20-5.
03. Reis AC et al. Prevenção estética com enxerto conjuntivo e biomaterial. RGO, Porto Alegre. 2009; 57(2):235-239.
04. Messoria MR et al.. O retalho posicionado coronalmente como uma técnica previsível. Rev. PerioNews. 2009; 3(2):124-8.
05. Cherulli TL. Matriz orgânica de osso medular bovino utilizada como alternativa no tratamento das recessões gengivais. Avaliação histológica em cães. [Dissertação]. Uberlândia: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia; 2009.
06. Piccinin et al. Recobrimento radicular múltiplo: relato de caso. Revista da Faculdade de Odontologia. Passo Fundo. 2002; 7(1):33-37.

07. Miller Jr PD. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1985; 5(2):9-13.
08. Minaya-Sánchez et al. Gingival recession and associated factors in a homogeneous Mexican adult male population: A cross-sectional study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2012; 17(5):807-813.
09. Joss-Vassalli I, Grebenstein C, Topouzelis N, Sculean A, Katsaros C. Orthodontic therapy and gingival recession: a systematic review. *Orthodontics & Craniofacial Research Journal.* 2010; 13(5):127-141.
10. Andrade LS et al. Avaliação das recessões gengivais em adultos periodontalmente saudáveis. *Braz J Periodontol.* 2013; 23(1):45-50.
11. Nasser KRP, Souza DM. Relação entre características mucogengivais e ocorrência de recessão gengival. *Braz J Periodontol.* 2012; 22(4):72-78.
12. Frizzera F et al. Tratamento de recessões gengivais múltiplas: uma abordagem cirúrgica mais conservadora. *Perionews.* 2012; 6(1):18-28.
13. Rodrigues DC, Alves R, Kato Segundo T. Emprego do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial no recobrimento radicular. *RGO, Porto Alegre.* 2010; 58(1):115-118.
14. Lindhe J, Lang N, Karring T. Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.
15. Cherulli TL. Matriz orgânica de osso medular bovino utilizada como alternativa no tratamento das recessões gengivais. Avaliação histológica em cães. [Dissertação]. Uberlândia: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia; 2009.
16. Piccinin et al. Recobrimento radicular múltiplo: relato de caso. *Revista da Faculdade de Odontologia. Passo Fundo.* 2002; 7(1):33-37.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a técnica empregada, foi possível restabelecer a normalidade estética, prevenir o acúmulo de biofilme dental, devido à maior facilidade de higienização da região cervical proporcionada após a realização da cirurgia, permitindo também a redução da hipersensibilidade dentinária, anteriormente relatada pelo paciente. Pode-se afirmar que a técnica cirúrgica de retalho coronal, utilizada para a resolução deste caso, mostrou-se uma eficiente forma de tratamento, pois apresentou resultados satisfatórios levando-se em consideração a previsibilidade de recobrimento da superfície radicular para esta técnica, que é de 70 a 99% da área exposta, devolvendo assim, função ao elemento tratado.

ANEXO A – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO – REVISTA ODONTOLÓGICA DO BRASIL-CENTRAL (ROBRAC)

DIRETRIZES PARA AUTORES

NORMAS GERAIS

Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos, não sendo permitida sua apresentação simultânea em outro periódico. A ROBRAC reserva-se os direitos autorais do trabalho publicado, inclusive de tradução, permitido, entretanto, sua posterior reprodução como transcrição, desde que com a devida citação de fonte.

A ROBRAC receberá para publicação trabalhos redigidos em português ou inglês, ficando os textos dos mesmos sob inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Editor-Chefe ou Corpo Editorial.

A ROBRAC reserva o direito de submeter todos os originais à apreciação do Corpo Editorial, que dispõe de plena autoridade para decidir sobre a conveniência de sua aceitação, podendo, inclusive rerepresentá-los aos autores, com sugestões para que sejam feitas alterações necessárias no texto. Os artigos que não se enquadrarem nas normas da revista serão devolvidos aos autores, antes de serem submetidos aos Consultores Científicos. Os trabalhos não aceitos serão devolvidos aos autores. Os nomes dos relatores permanecerão em sigilo, omitindo-se também, perante os relatores, os nomes dos autores.

Todos os trabalhos que envolvam estudos com seres humanos ou animais, incluindo-se órgãos e/ou tecidos isoladamente, bem como prontuários clínicos ou resultados de exames clínicos, deverão estar de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e seus complementos, devendo ter o consentimento por escrito do paciente e aprovado pela Comissão de Ética da Unidade.

A revista endossa os princípios incorporados na Declaração de Helsinki e insiste que todas as pesquisas que envolvam seres humanos, e que sejam publicadas na revista, sejam conduzidas em conformidade com esses princípios e que tenham aprovação nos respectivos Comitês de Ética em Pesquisa das respectivas instituições de origem dos autores. O editor e seus associados se reservam o direito

de recusar artigos que não demonstrem uma evidencia clara de que esses princípios foram seguidos ou que, ao julgamento dos mesmos, os métodos empregados não foram apropriados para o uso de humanos ou animais nos trabalhos submetidos à revista.

SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

Os manuscritos deverão ser submetidos eletronicamente pelo endereço www.robrac.org.br; seguindo os seguintes passos:

PASSO 1. INICIAR SUBMISSÃO

- Confirmação das condições de submissão.
- Ler e concordar com a declaração de direito autoral.

PASSO 2. METADADOS DA SUBMISSÃO (INDEXAÇÃO)

- Incluir todos os autores do artigo com respectivos dados pessoais.
- Na janela "Resumo da Biografia", incluir o resumo do currículo.
- O título deve ser preenchido de forma idêntica ao apresentado nos arquivos texto.
- O resumo deve estar estruturado: objetivo, material e método, resultados e conclusões. Deve conter o máximo de 250 palavras e ser em parágrafo único. Não deve incluir citações Bibliográficas.

PASSO 3. TRANSFERÊNCIA DO MANUSCRITO

- O **Documento de Submissão** se refere ao **Arquivo Texto** do artigo.

*Importante: O Documento de Submissão / Arquivo Texto não deve conter os nomes ou dados pessoais dos autores.

O arquivo texto deve conter as seguintes partes:

- **Título**

Em português e inglês, não devendo haver qualquer informação que possa identificar os autores.

- Resumo e *Abstract*

Conforme explicado no passo 2 - METADADOS DA SUBMISSÃO.

- Palavras-chave/ *Keywords*

Indicar um mínimo de 3 (três) e um máximo de 7 (sete) palavras logo após o resumo ou *abstract*. Identificam o conteúdo do artigo, e para determiná-las, consultar o "DECS - Descritores em Ciência da Saúde", disponível no endereço (<http://decs.bvs.br>).

- Texto

O texto deverá apresentar Introdução, Material e Método, Resultados, Discussão, Conclusões, Agradecimentos (quando houver) e Referências.

- Introdução

Devem ser citadas apenas as referências pertinentes, resumindo a proposta do estudo e estabelecendo a hipótese do trabalho.

- Material e Método

Devem ser relatados em detalhes, tornando o trabalho reproduzível e permitindo a confirmação dos resultados. Métodos publicados devem ser referenciados. Após a primeira menção dos produtos ou equipamentos, incluir cidade, estado e país de todos os fabricantes. Indicar métodos estatísticos utilizados.

- Resultados

Enfatizar somente as observações importantes. Valorizar apresentação dos resultados na forma de tabelas, gráficos e ilustrações. As tabelas devem ser colocadas após as referências bibliográficas;

*Importante: As figuras deverão ser submetidas como arquivos suplementares (não devem ser inseridas no corpo do arquivo texto);

- **Discussão**

- Destacar os aspectos importantes e inéditos do estudo e as conclusões resultantes. Relatar observações de outros estudos relevantes e implicações e limitações de seus achados. Não repetir em detalhes informações citadas na introdução ou resultados.

- **Conclusões**

- Definir, dentro do que foi proposto ao trabalho, os achados relevantes do estudo.

- **Referências**

As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto. Deverão seguir o Uniform requirements for manuscripts submitted to Biomedical Journals - Vancouver, JAMA, 1997;277:927-34. Disponível no site: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

As abreviaturas dos títulos dos periódicos citados deverão estar de acordo com Index Medicus/Base de Dados MEDLINE, sem negrito, itálico ou grifo. Referência a comunicação pessoal, trabalhos em andamento e submetidos a publicação não deverão constar da listagem de referências. Citar apenas as referências de relevância para o estudo.

Exemplos de referências

- Livros

Estrela C. Metodologia científica: ciência, ensino e pesquisa. São Paulo: Artes Médicas; 2005. 794 p.

- Capítulos de livros

Alencar Jr. FGP, Batista AUD, Oliva EA. Dores neuropáticas. In: Alencar Jr. FGP. Oclusão, dores orofaciais e cefaléia. São Paulo: Ed. Santos; 2005. p. 133-46.

- Monografia, dissertações e teses

Rocha SS. Efeito da concentração do líquido especial e da temperatura do molde de revestimentos na desadaptação marginal de coroas fundidas em titânio [Tese de Doutorado]. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2005.

- Artigos de periódicos

Adabo GL, Zanarotti E, Fonseca RG, Cruz CAS. Effect of disinfectant agents on dimensional stability of elastomeric materials. J Prosthet Dent. 1999; 81 (5): 621-4.

- Volume com suplemento, número especial

Leles CR, Compagnoni MA, Souza RF. Study of complete denture movement related to mucosa displacement in edentulous patients. [abstract 848]. J Dent Res. 2002; 81(special issue): B-133.

- Trabalho em congresso ou similar

Pereira CM, Correa MEP, Costa FF, Souza CA, Almeida OP, Castro MLRB. Investigação do Herpes humano 6 em fluidos bucais de pacientes portadores de doença do enxerto contra o hospedeiro crônico. In: Anais do XII Congresso Brasileiro de Estomatologia; 2004 jul. 18-22; Cabo Frio (RJ). Rio de Janeiro: SOBE; 2004. p. 44.

OBS.: Publicações e/ou documentos com até seis autores, citam-se todos; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros seguidos da expressão "*et al.*"

- Citação no texto

Utilizar sistema numérico único para todo o documento, em algarismo arábico, na forma sobrescrita; números seqüenciais - separar por hífen; números aleatórios - separar por vírgula; Citar nome do autor seguido do número de referência somente quando estritamente necessário. Caracteres de pontuação como "pontos" e "vírgulas" deverão ser colocados depois da citação numérica dos autores. No caso de dois autores, devem ser separados por e. Mais de dois autores, indicar apenas o sobrenome do primeiro seguido de *et al.*

Exemplos:

De acordo com Rocha¹⁵ (2004), é prudente que se aguardem estudos longitudinais...

Para Fonseca e Cruz¹³ (2005) a escolha de um material...

Ferreira *et al.*²² (2003) destacaram que apesar do...

PASSO 4. TRANSFERÊNCIA DE DOCUMENTOS SUPLEMENTARES

São documentos suplementares:

- **Arquivo de identificação dos autores**, que deve conter: 1- título em português e inglês; 2- nomes completos dos autores, incluindo principal titulação e nome do departamento e da instituição aos quais são filiados; 3- endereço para correspondência, incluindo email, do autor responsável pelo artigo;

- **Figuras, Gráficos, esquemas e demais ilustrações.**

PASSO 5. CONFIRMAÇÃO

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.
2. O preenchimento dos metadados de todos os autores do manuscrito foi realizado, assim como o preenchimento dos campos Título e Resumo (o resumo deverá ser estruturado: objetivo, material e método, resultados e conclusões).
3. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, fonte arial 11 e espaço 1,5. As tabelas estão inseridas ao final do texto, e as figuras como arquivos suplementares (formato .jpg, .tif ou .gif).
4. O arquivo de identificação do autores está em documento separado do corpo do manuscrito, e será enviado como arquivo complementar.

DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTORAL

Transferência de direitos

Considerando a aceitação do trabalho acima descrito. Nós, os autores, transferimos para a revista Robrac, todos os direitos, título e interesse nos direitos autorais do artigo mencionado acima. Este documento se aplica a todas as traduções do mesmo, assim como a apresentação preliminar, sob quaisquer meio de divulgação, do trabalho aceito e ainda não publicado. Se alguma mudança na autoria (ordem, acréscimo ou eliminação) ocorrer após a submissão do trabalho, um documento de concordância de todos os autores deve ser enviado para ser mantido nos arquivos do editor. O nome de um autor (a) somente poderá ser removido mediante solicitação do (a) mesmo (a);

Responsabilidade dos autores

Eu atesto que: - o trabalho é original e não contém dados falsificados, plagiados ou fraudulentos; - o trabalho não se encontra atualmente em apreciação, e nem será submetido para publicação em outro periódico, até que uma decisão final de não aceitação seja emitida por esta revista; - fiz uma contribuição científica significativa para o trabalho e estou familiarizado com os dados originais descritos no mesmo; - assumo a responsabilidade pelo conteúdo completo da versão final que foi submetida, entendendo que, se o trabalho ou parte dele for considerada deficiente ou fraudulenta, assumirei a responsabilidade junto com os autores.

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento, dou pleno consentimento, para a realização dos exames necessários ao diagnóstico das lesões bucais. Declaro que recebi esclarecimento sobre o estudo e exames que serão realizados dentro dos princípios éticos e científicos da Odontologia e, ainda, **MOAN JÉFTER FERNANDES COSTA**, abaixo assinado, autorizo a retenção e utilização de radiografias, resultados de exames e outras informações desta ficha clínica como material didático ou de publicação científica. Declaro estar ciente que, em caso de acidente perfuro-cortante, me submeterei ao teste rápido para HIV e colaborarei com o que for necessário dentro das normas estabelecidas por esta instituição de ensino.

Patos, 22 de outubro de 2014.



ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

RG: 002383644 CPF: 08884764424