

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

ROBERTA CRISTINA MEDEIROS PIMENTEL GUSMÃO

RETALHO DESLOCADO CORONAL OBJETIVANDO RECOBRIMENTO RADICULAR

PATOS – PB

2014

ROBERTA CRISTINA MEDEIROS PIMENTEL GUSMÃO

RETALHO DESLOCADO CORONAL OBJETIVANDO 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 requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

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

PATOS – PB

2014

ROBERTA CRISTINA MEDEIROS PIMENTEL GUSMÃO

RETALHO DESLOCADO CORONAL OBJETIVANDO RECOBRIMENTO RADICULAR

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

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Rachel de Queiroz Ferreira Rodrigues - Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Prof.^o Dr. Rodrigo Araújo Rodrigues – 1^o Membro
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Prof.^a MSc. Elizandra Silva da Penha – 2^o Membro
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Dedico este trabalho àqueles que de forma incondicional me amaram e me apoiaram desde o primeiro dia de minha vida: meus pais. Sem vocês nada teria sentido. Esta vitória é
NOSSA!

AGRADECIMENTOS

A **Deus** em primeiro lugar, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada. Por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia e aconchego nos momentos de paz.

Aos meus pais, **Roberto Pimentel Gusmão e Ana Cristina Medeiros Pimentel Gusmão**, de onde eu venho e para onde eu sempre vou voltar. Agradeço por todas as dificuldades enfrentadas, todas as renúncias e batalhas para que nunca me faltasse nada e que esse dia se tornasse possível, pelo carinho, apoio e AMOR sem limites que em mil vidas eu jamais conseguiria retribuir. Vocês são a razão do meu viver, os verdadeiros AMORES DA MINHA VIDA!

Ao meu irmão, **Fellipe Medeiros Pimentel Gusmão** com quem guardo as melhores lembranças da minha infância e aprendi a conviver com as diferenças do outro sem deixar de amá-lo um dia sequer.

Aos meus avós (**Francisca e Francisco, Raimunda e Otacílio**), às minhas tias (**Carmilene, Jane, Shirley, Margareth, Gilzélia, Rosa, Solange, Jacileide**), aos tios (**Ronaldo e Francisco**), aos primos e primas (**Gabriel Medeiros, Júlia, Ruan, Nicolly, Thalita, Thiago, Glauber, Amanda, Anderson, Igor, Nara, Lidianne, Leonardo**) que sempre me apoiaram e me incentivaram a nunca desistir dos meus objetivos e aos laços que nos abençoam com um poder imensurável. Temos a responsabilidade de amar incondicionalmente. Sem justificativas. Nunca podemos renunciar ao poder deste laço, mesmo quando ele é testado. O laço nos nutre. Nos dá força. Sem este poder, não temos nada.

Aos meus amigos tão queridos, em especial à **Jessyka Natalya, João Batista de Lima Linhares e Malena Kelly Medeiros Rodrigues e Grace Kelly Gomes** pela gratuita e fiel amizade de sempre, pelas inúmeras vezes que me receberam de braços abertos e foram meu refúgio quando eu mais precisei. Guardo comigo cada momento que vivi com vocês! E aos demais amigos e não menos importantes, deixo aqui o meu muito obrigada por tudo e saibam que sem vocês não teria a menor graça!

Às amigas **Alyne Macêdo, Laís de Vasconcelos Silva e Maria Eugênia Aguiar** que estiveram comigo desde o começo da minha jornada acadêmica e que juntas construímos uma amizade sincera que quero levar para sempre.

Às companheiras diárias e amigas do coração **Sérgia Landara** e **Thays Martins** por terem me acolhido de maneira tão especial e se tornado tão especiais minha vida e aos lindos **Israel Lima** e **Thássio Oliveira** pela parceria e por tornar a correria diária melhor de se viver e lembrar-vos que não somos OBRIGADOS A NADA, A NADA!

Aos “**Murros**” (**Klin, Luan, Thaysinha, Landara, Geninha, Rodolfo, Gabi, Manu, Luiz Eduardo, Marisley, Narjara, Arthur e Mariana**) eu quero saibam que jamais esquecerei dos nossos momentos juntos e que Patos não será a mesma sem vocês, sempre que quiserem voltar a casa e o coração estão abertos pra vocês. As “**Bacs**” (**Lucélia, Soyara, Brisinha, Rayssa, Sonally e Luênia**), a “**Los Putões**” e a **toda turma 2014.2**, por todos os momentos que pude compartilhar com cada um de vocês. Não há turma melhor que a nossa nesse mundo inteiro!

À **Manoela Natacha**, minha dupla desde o comecinho que entre paz e “pânicos” me ensinou muito e foi peça fundamental na minha formação como pessoa e como profissional. Você sempre estará marcada no meu coração e vou sentir a sua falta! Manu_amu_tu kkkkk

À **Narjara Maria Sampaio Pinheiro**, um anjo que Deus enviou para me ajudar nessa loucura que é TCC e que sem o seu apoio não sei se teria conseguido chegar até aqui. Não tenho palavras para expressar o meu sentimento de gratidão a você!

À minha orientadora **Profª. Dra. Rachel de Queiroz Ferreira Rodrigues** a quem eu não tenho palavras para agradecer tamanha dedicação e apoio na elaboração deste trabalho e por ser esse exemplo de ser humano que conquista todos a sua volta. Me sinto extremamente honrada em ser sua orientanda!

Aos **Professores do Curso de Odontologia da UFCG**, por todo o aprendizado e dedicação que dedicaram durante toda a graduação e principalmente aos **membros desta banca (Professor Rodrigo Rodrigues e Professora Elizandra Penha)** que sempre me acolheram com muito carinho desde o início e eu não poderia ter feito uma escolha melhor para estar comigo nesse dia tão importante. Eu sempre vou lembrar com muito carinho de cada um.

Aos **Funcionários da UFCG**, em especial a **Damião (night), Neuma, Cledinalda, Vânia e Patrícia** pelo auxílio sempre que precisei e pela amizade que transcendeu os muros da Universidade, estarei sempre a disposição para ajuda-los!

Aos **pacientes**, que foram peças fundamentais na minha formação e por sempre se disporem prontamente para serem instrumentos de estudo e por despertarem em mim cada vez mais a vontade de ajudar o próximo.

E a todos que de alguma maneira contribuíram para a realização deste trabalho, acreditaram no meu potencial, a vocês meu MUITO OBRIGADA!!!!

“Eu não sei se você se recorda do seu primeiro caderno, eu me recordo do meu. Com ele eu aprendi muita coisa, foi nele que eu descobri a experiência dos erros. Ela é tão importante quanto às experiências dos acertos. Porque vistos de um jeito certo, os erros, eles nos preparam para nossas vitórias e conquistas futuras – Porque não há aprendizado na vida que não passe pelas experiências dos erros. O caderno é uma metáfora da vida.”

Autor Desconhecido

RESUMO

Este trabalho evidencia a importância dos cuidados com a estética gengival concomitantemente à sua função, uma vez que, um sorriso harmonioso e esteticamente satisfatório, além de ser exigência frequente nos consultórios, atualmente assegura uma melhora na qualidade de saúde bucal e geral do indivíduo, deixando-o mais seguro e confiante para realizar até mesmo as suas atividades diárias. O presente trabalho relata o caso de uma paciente insatisfeita com o seu sorriso e que apresentava sintomatologia dolorosa e procurou o serviço de Periodontia da Universidade Federal de Campina Grande para realizar seu tratamento. Devido a presença de recessão gengival (Classe I de Miller) com aproximadamente 2 mm nos elementos 14 e 16, a paciente foi submetida à um retalho reposicionado coronal para recobrimento radicular pois preenchia todos os requisitos preconizados por esta técnica. Esta técnica de recobrimento foi eleita pois apresenta várias vantagens como: simplicidade e rapidez na execução, baixo custo, boa previsibilidade e a possibilidade de tratar vários dentes ao mesmo tempo. Mostrou-se eficaz nesse caso, pois conseguiu eliminar a sintomatologia dolorosa, porém não atingiu o recobrimento total da raiz exposta, com um pós-cirúrgico tranquilo onde após 45 dias foi observada apenas um discreto edema na região e a presença da recessão que pode ter sido provocada pelo fator etiológico que era a escovação traumática e a paciente não conseguiu corrigi-la totalmente interferindo negativamente no processo de cicatrização.

Palavras-chave: Recessão gengival. Periodontia. Enxerto gengival.

ABSTRACT

The health and esthetics of the periodontal tissues are directly linked to the patient's welfare, and it influence his development, because it feels safer to talk and express themselves publicly. This study shows the importance of caring for gingival esthetics concurrently to its function, as a harmonious and aesthetically satisfying smile, besides being required frequent in offices, nowadays ensures improved quality of oral and general health of the individual, making him more secure and confident to do even their daily activities. This paper reports the case of an unsatisfied patient with her smile and had pain symptoms, due to the presence of gingival recession (Miller Class I) in some elements, which underwent a coronal repositioned flap for root coverage. The procedure was planned with the principles of Dentistry and conducted in accordance with the patient, meeting his needs and taking into account his expectations regarding the treatment in question. The coronal repositioned flap technique was effective in this case, covering the whole recession, with an uneventfully post-surgical and quick healing through proper care.

Keywords: Gingival recession. Periodontics. Gingival grafting.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Radiografia Periapical dos elementos 14 e 16. **Erro! Indicador não definido.**

Figura 2 - Anestesia e demarcação dos pontos sangrantes.... **Erro! Indicador não definido.**

Figura 3 - Sutura suspensória..... **Erro! Indicador não definido.**

Figura 4 - Pós-operatório de 45 dias após remoção da sutura. **Erro! Indicador não definido.**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1 CIRURGIA PLÁSTICA PARA RECOBRIMENTO RADICULAR	17
2.1.1 RECESSÃO GENGIVAL.....	16
2.1.4 RETALHO REPOSICIONADO CORONAL.....	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22
3 ARTIGO.....	25
Figura 1 – Radiografia Periapical dos elementos 14 e 16.	29
Figura 2 - Aspecto inicial.....	30
Figura 3 - Sutura suspensória.....	31
Figura 4 - Pós-operatório de 45 dias após remoção da sutura.....	31
4 CONCLUSÃO	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	39
ANEXO B - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO – REVISTA SAÚDE E CIÊNCIA.....	41
DIRETRIZES PARA AUTORES	42
CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO.....	44
POLÍTICA DE PRIVACIDADE.....	45

1 INTRODUÇÃO

Lindhe (2010) relatou que o periodonto é constituído pelo conjunto dos tecidos de proteção (gengiva ou complexo mucogengival) e de sustentação (ligamento periodontal, cemento e osso alveolar) do órgão dentário que tem entre si uma completa interdependência anatômica e fisiológica. O tecido periodontal sofre constantes remodelações de origem funcional ou morfológica, no decorrer da vida dos indivíduos. O complexo mucogengival compreende os tecidos moles do periodonto marginal e desempenha a função de barreira protetora do periodonto de suporte. Um de seus componentes é a gengiva, tecido que reveste o periodonto e oferece uma proteção imediata contra as agressões exteriores aos tecidos subjacentes.

A gengiva pode ser considerada como 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. Os tecidos gengivais podem ser subdivididos em diferentes áreas topográficas: gengiva livre, gengiva inserida e gengiva interdentária ou papilar (BORGHETTI; MONNET-CORTI, 2011).

De acordo com Silva, Carvalho e Joly (2007), o periodonto clinicamente saudável apresenta coloração rósea, consistência firme, contorno gengival festonado acompanhando a junção cemento-esmalte, preenchimento completo das ameias pelas papilas interdentais, ausência de biofilme e de sangramento à sondagem. Conforme estudos destes autores, variações na arquitetura e espessura dos tecidos periodontais acarretam diferenças relevantes quanto ao comportamento clínico das estruturas periodontais frente à evolução da doença e consequentes defeitos. Dentre eles podemos citar um defeito que acomete grande parte da população, a recessão gengival.

Recessão gengival é definida como o deslocamento apical da gengiva em relação à junção amelo-cementária, expondo a superfície radicular. Suas principais causas são escovação traumática, inserção anormal do freio, restaurações impróprias, dentes mal posicionados e envelhecimento (TÖZÜM TF et al., 2005).

A classificação de Miller (1985) é a mais usada para qualificar recessão gengival, sendo composta por 4 classes. Na classe I, as recessões estão situadas coronalmente à junção mucogengival, não havendo perda nem de osso, nem de tecido gengival nas interproximais. Na classe II, as recessões se estendem ao nível ou apical à junção mucogengival, não se observando perda de tecido periodontal nas interproximais. Na classe III, as recessões se estendem ao nível ou apical à junção mucogengival, mas com perda de tecido nas interproximais, que se localiza apicalmente à junção amelo-cementária e coronalmente à porção mais apical da recessão gengival, enquanto que na

classe IV as recessões se estendem ao nível ou apical à junção mucogengival, com perda severa de tecido nas interproximais (TAVEIRA, FRANCO, 2008).

O retalho reposicionado coronal se tornou umas das técnicas mais comumente utilizadas para promover o recobrimento das superfícies radiculares expostas, em função da facilidade dessa abordagem. Algumas condições parecem favorecer os resultados clínicos dessa técnica, entre elas: recessões rasas ≤ 4 mm; Classificação I de Miller; Faixa de gengiva queratinizada ≥ 3 mm, espessura gengival maior que 0,8 mm (ALLEN, MILLER 1989).

Enquanto que nos defeitos Classe I e II um recobrimento radicular completo pode ser obtido, nos defeitos Classe III somente um recobrimento parcial pode ser esperado. Os defeitos Classe IV não são receptivos ao recobrimento radicular, não havendo indicação para esta técnica (SAADE; BASSANI, 2002).

O objetivo deste trabalho é analisar a eficácia da técnica de retalho reposicionado coronal como uma alternativa de tratamento para a recessão gengival a fim de promover a remoção da queixa principal do paciente, a hipersensibilidade, e resgatar a melhoria da qualidade de vida do indivíduo, atendendo as suas expectativas e obedecendo aos parâmetros estéticos ideias preconizadas pela Periodontia, reportando um caso clínico de recessão gengival (Classe I de Miller) nos elementos 14 e 16, empregando a utilização desta técnica.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 RECESSÃO GENGIVAL

Recessão gengival é definida como o deslocamento apical da gengiva em relação à junção amelo-cementária, expondo a superfície radicular. Suas principais causas são escovação traumática, inserção anormal do freio, restaurações impróprias, dentes mal posicionados e envelhecimento (TÖZÜM TF et al., 2005).

Segundo Rosen (1996) os pacientes freqüentemente procuram o tratamento das recessões particularmente quando afetam sua aparência. Tais recessões podem ser causadas por vários fatores tais como: escovação traumática, mau posicionamento dos dentes, doença periodontal, inserções de freios e bridas, trauma oclusal, restaurações em contato com a gengiva, coroas provisórias mal adaptadas, extração de dentes adjacentes, movimentação ortodôntica, predisposição genética, fatores iatrogênicos, e deiscências ósseas.

Os dois principais fatores causais para o desenvolvimento das recessões são a inflamação periodontal induzida por placa e o trauma causado pela escovação, controle destes fatores, em muitos casos prevenirá a progressão futura da recessão (LINDHE, 1999).

O periodonto clinicamente saudável apresenta coloração rósea, consistência firme, contorno gengival festonado acompanhando a junção cimento-esmalte, preenchimento completo das ameias pelas papilas interdentais, ausência de biofilme e de sangramento à sondagem. Conforme estudos destes autores, variações na arquitetura e espessura dos tecidos periodontais acarretam diferenças relevantes quanto ao comportamento clínico das estruturas periodontais frente à evolução da doença e consequentes defeitos (SILVA, CARVALHO E JOLY 2007).

De acordo com Lindhe (2010), em populações com alto padrão de higiene oral a recessão do tecido marginal aparece predominantemente na face vestibular. As maiores recessões podem ser mais comuns em dentes unirradiculares. As recessões podem ser causadas por diversos fatores e todas as causas devem ser diagnosticadas e corrigidas previamente a qualquer procedimento de recobrimento radicular.

A distinção dessas características tem importante impacto clínico na escolha da melhor abordagem terapêutica periodontal. Dois tipos de biótipo periodontal podem ser encontrados: plano e espesso; e fino e festonado (OLSSON; LINDHE, 1991).

De acordo com Borghetti e Monnet-Corti (2011), os contornos gengivais seguem a arquitetura óssea subjacente. Assim, um contorno muito festonado está associado a proximidades radiculares estreitas, enquanto que um contorno largo e plano reflete raízes divergentes ou diastemas.

Para García et al. (2009), o contorno gengival ou linha estética gengival deve acompanhar a inclinação dentária e, ao mesmo tempo, manter paralelismo com a curvatura do lábio inferior.

Segundo Zucchelli G, Testori T, De Sanctis M. (2006) Para uma correta avaliação de cada caso clínico, é necessário reconhecer a junção amelo-cementária, que anatomicamente separa a coroa da raiz, visto que em muitas situações a abrasão cervical está associada com a recessão gengival, portanto, a linha que separa o esmalte da dentina coronal - exposta devido ao defeito de abrasão - é frequentemente confundida com a junção amelo-cementária anatômica.

Na literatura, a classificação de Miller (1985) é a mais usada para classificar recessão gengival, sendo composta por 4 classes. Na classe I, as recessões estão situadas coronalmente à junção mucogengival, não havendo perda nem de osso, nem de tecido gengival nas interproximais. Na classe II, as recessões se estendem ao nível ou apical à junção mucogengival, não se observando perda de tecido periodontal nas interproximais. Na classe III, as recessões se estendem ao nível ou apical à junção mucogengival, mas com perda de tecido nas interproximais, que se localiza apicalmente à junção amelo-cementária e coronalmente à porção mais apical da recessão gengival, enquanto que na classe IV as recessões se estendem ao nível ou apical à junção mucogengival, com perda severa de tecido nas interproximais (TAVEIRA AM, FRANCO EJ 2008).

Enquanto que nos defeitos Classe I e II um recobrimento radicular completo pode ser obtido, nos defeitos Classe III somente um recobrimento parcial pode ser esperado. Os defeitos Classe IV não são receptivos ao recobrimento radicular, não havendo indicação para esta técnica (SAADE; BASSANI, 2002).

2.1.1 CIRURGIA PLÁSTICA PARA RECOBRIMENTO RADICULAR

Reddy MS (2003) o domínio da periodontia era mais voltado para o tratamento de bolsas periodontais e a retirada de tecidos inflamados, porém atualmente, pode-se observar um crescente aumento no número de pacientes que se dirigem aos consultórios odontológicos relatando problemas relacionados à estética do sorriso, abrindo-se, dessa

forma, campo para as cirurgias periodontais estéticas, as quais se tornaram tão comuns como os tratamentos mais tradicionais citados acima.

O Comitê de Pesquisa, Ciência e Terapia da AAP (2005) salienta que as técnicas de reconstrução plástica periodontal incluem: o recobrimento radicular, o aprofundamento da área vestibular e a exposição da coroa clínica dentária. Segundo a entidade, o recobrimento radicular, a criação de mucosa ceratinizada e o aumento da coroa clínica são técnicas correntes na prática clínica periodontal e que o sucesso e a previsibilidade destas manobras se encontram bem estabelecidos na literatura.

Na prática clínica, as cirurgias plásticas periodontais estão disponíveis para uso corrente, restituindo a forma e a função do tecido gengival alterado. Quando corretamente indicadas, o sucesso clínico garantirá melhora estética e função (MACIEL et al., 2013).

As cirurgias mucogengivais incluem vários procedimentos que tem por finalidade corrigir os defeitos na morfologia, posição e dimensão da gengiva, porém as indicações para recobrimento radicular não são apenas por razões estéticas, mas também por hipersensibilidade dentinária, lesões cariosas radiculares e abrasão cervical (TAL H et al., 2002).

Os procedimentos propostos pela cirurgia plástica periodontal estão indicados para resolução dos casos como aumento gengival, recessão de tecido marginal, rebordos edêntulos, correção da inserção de freios, aumento de coroa clinica, problemas associados a exodontia, exposição de dentes que não erupcionaram, devendo solucionar casos de origem funcional e estético (LINDHE, 1999).

2.1.2 INDICAÇÕES E CONTRA INDICAÇÕES PARA RECOBRIMENTO RADICULAR

Segundo Borghetti e Monnet-Corti, (2002) a estética é a justificativa principal do tratamento cirúrgico. A decisão do recobrimento só deve ser tomada caso a desnudação seja considerada antiestética pelo paciente e não apenas pelo profissional. Em recessões Classe I de Miller (1993), um recobrimento de aproximadamente 100% de sucesso é obtido. Evolução do defeito: Trata-se de uma indicação cirúrgica, mas o paciente e o profissional geralmente não têm referências para afirmar essa evolução. Hipersensibilidade: A dor não ocorre sempre e, quando é relatada, manifesta-se por períodos. Sua intensidade varia de

um simples incômodo com as variações térmicas a uma dor que pode limitar até o controle de placa. Certas hipersensibilidades cedem a terapêutica inicial, como após controle da inflamação ou suspensão do trauma oclusal. Lesão Cariosa: A cirurgia de recobrimento radicular é a solução da substituição ao tratamento por dentística restauradora nas lesões cariosas de pequena profundidade, situadas ao nível da superfície radicular.

De acordo com Saade e Bassani (2002) a cirurgia estética periodontal deve ser contra-indicada nos seguintes casos: Pacientes fumantes; Recessões Classe III e IV de Miller; Pacientes com perfil psicológico diferenciado.

2.1.3 CONDIÇÕES DE SUCESSO PARA RECOBRIMENTO RADICULAR

As condições do sucesso no recobrimento radicular estão diretamente relacionadas à técnica cirúrgica selecionada, e baseiam-se no conhecimento da sua etiologia e das possibilidades de cicatrização em relação às diferentes técnicas cirúrgicas que visam corrigi-las. A seleção do paciente bem como a da própria lesão constituem um auxílio na decisão terapêutica e na escolha da técnica (BORGHETTI; MONNET-CORTI, 2002).

Wennström e Pini Prato (2003) afirmaram que após procedimento cirúrgico, como nos casos de recobrimento radicular ou outro tratamento cirúrgico periodontal, uma inadequada higiene bucal influencia negativamente o êxito dos procedimentos e classificou o trauma por escovação dental como o fator etiológico primário da recessão gengival e, complementou que, nesses casos, os defeitos de abrasão cervical frequentemente estão associados à exposição radicular.

Fatores como o mau posicionamento dental, inserção alta de freios e bridas, deiscências ósseas, fatores iatrogênicos e alguns procedimentos cirúrgicos periodontais, foram determinados como fatores etiológicos secundários (LOE; ANERUD; BOYSEN, 1992; PINI PRATO, 1996).

O retalho de recobrimento deslocado de modo coronal deve adaptar-se passivamente, a tração da bochecha não deve mobilizar o retalho, além disso, uma pressão digital de 3 a 5 minutos deverá ser exercida sobre a área operada, e as suturas removidas entre o décimo e o décimo quarto dia (BORGHETTI, MONNET-CORTI, 2002).

Em relação aos fatores influenciadores relacionados ao paciente, Wennström e Pini Prato (2003) afirmaram que após procedimento cirúrgico, como nos casos de recobrimento

radicular ou outro tratamento cirúrgico periodontal, uma inadequada higiene bucal influencia negativamente o êxito dos procedimentos.

Segundo Bouchard, Malet e Borghetti (2000) o sucesso na cirurgia de recobrimento radicular deve ser avaliado não apenas pelo profissional. A satisfação do paciente também é uma forma de avaliar o resultado. Os fatores a serem observados pelo profissional no sucesso do procedimento são: Grau de cobertura radicular; Coloração dos tecidos adjacentes; Aparência clínica dos tecidos moles.

2.1.4 RETALHO REPOSICIONADO CORONAL

Allen e Miller (1989) definiram alguns critérios para indicação da técnica do retalho posicionado coronariamente. Segundo esses critérios, casos de retrações classe I de Miller, com 3 mm de mucosa ceratinizada apicalmente à margem gengival e espessura tecidual adequada (no mínimo 1 mm) apresentam bom prognóstico radicular.

Pini Prato (2000) sugeriu que quanto maior a tensão do retalho, menor a expectativa do recobrimento radicular.

A técnica cirúrgica consiste de uma incisão marginal em bisel inverso que deve preservar o festonado da gengiva normal. Em seguida a área que será reposicionada coronalmente é delimitada por duas incisões verticais que partindo da margem ultrapassam o vestíbulo, e realizadas de maneira que seja afastado um retalho total. Após o debridamento e raspagem radicular, é feita uma incisão longitudinal na base interna do retalho de maneira a romper o perióstio e conferir flexibilidade ao retalho. Reposiciona-se o retalho coronalmente onde será fixado com suturas interrompidas e recoberto por cimento cirúrgico. Afirmaram que este procedimento só é possível quando existe uma quantidade suficiente de gengiva inserida remanescente da retração, quando esta é pequena, delicada ou inexistente, a técnica não deve ser tentada (LASCALA, N. T; MOUSSALLI, N. H, 1995).

De acordo com MILLER, P. D (1985) os critérios para seleção do caso incluem: recessões de Classe I, uma quantidade mínima de 3mm de gengiva ceratinizada presente na porção apical do defeito, nenhuma perda de tecido interproximal e adequada espessura de gengiva ceratinizada no sítio cirúrgico.

O retalho é divulsionado em espessura total, numa altura suficiente para que essa maior espessura corresponda à raiz a ser coberta. O deslocamento é feito em direção

oclusal por uma dissecção em espessura parcial, suficientemente profunda no periósteo, para que o retalho possa ser deslocado liberado de qualquer tração. A seguir o retalho é experimentado na posição desejada e eventualmente retocado. O retalho é suturado por uma sutura suspensória, associada a pontos separados nas incisões relaxantes. A incisão é totalmente coaptada e a cicatrização segue por primeira intenção (ALLEN EP, MILLER PM, 1989).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEN EP, MILLER PM. Coronal Positioning of Existing Gingiva: short term results in the treatment of shallow marginal tissue recession. **Journal of Periodontology**, Chicago v. 60, n. 1, p. 316-319, jun., 1989.

AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Academy report: oral reconstructive and corrective considerations in periodontal therapy. **Journal of Periodontology**. Chicago, v. 76, n. 9, p. 1588-1600, set., 2005.

BORGHETTI, A.; MONNET-CORTI, V. **Cirurgia Plástica Periodontal**. Editora Artmed, [S.I.], 2011.

BOUCHARD, P; MALET, J.; BORGHETTI, A. Decision-making in aesthetics: root coverage revisited. **Periodontology 2000**, Chicago, v.27, n. 1, p. 97- 120, out., 2001

CONCEIÇÃO, E. N. **Dentística Saúde e estética: Princípios de estética aplicados à dentística**. Artmed, Porto Alegre, p. 298-319, 2007.

DANTAS, G. S. **Estudo da estética dentária em alunos do Curso de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba**. João Pessoa. 58f. Monografia. Graduação em Odontologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009. 58f.

GARCÍA, E. J. et al. Aplicación clínica de los parámetros estéticos en odontología restauradora. **Acta Venezolana**, [S. I.],v.47, n.1, 2009.

LASCALA, N. T; MOUSSALLI, N. H. Retalhos Gengivoperiodontais. **In: Compêndio Terapêutico Periodontal**. São Paulo, Artes Médicas, 1995. Cap. 16, p. 324-357.

LÖE, H.; ANERUD, A.; BOYSEN, H. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity and extent of gingival recession. **Journal of Periodontology**, Chicago, v. 63, n. 6, p. 496-501, jun, 1992.

LINDHE, J.; KARRING, T.; LANG, N. P. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral**. Guanabara Koogan, 5ª ed., Rio de Janeiro, 1326p. , 2010.

MACIEL, N. T.; MARTINS F. R. Aumento de coroa clínica estético. **Revista Uniplac**. [S. l.], v.1, n.1. 2013.

MILLER, P. D. A Classification of Marginal Tissue Recession. **International Journal of Periodontology & Restorative Dentistry**, Berlim, v. 5, n. 2, p. 9 – 13, jun. 1985

MONNET-CORTI V, BORGHETTI A. Enxerto gengival epitélio-conjuntivo. In: Borghetti A, Monnet-Corti V. **Cirurgia plástica Periodontal**. São Paulo: Artmed Editora, 2002. p. 159-180.

OLSSON, M.; LINDHE, J. Periodontal characteristics in individuals with varying forms of the upper central incisors. **Journal of Clinical Periodontology**, Paris, [S.l.], v.18, n.1, p.78-82, jan., 1991.

PINI PRATO G; PAGLIARO U; BALDI C; NIERI M; SALETTA D; CAIRO F et al. Coronally advanced flap procedure for root coverage. Flap with versus flap without tension: a randomized controlled clinical study. **Journal of Periodontology**, Chicago, v. 71, n. 2, p. 188-201, jun., 2000.

REDDY MS. Achieving gingival esthetics. **Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 134, n. 3, p. 295-304, mar., 2003.

ROSEN, P. S. modifications of the subpedicle connective tissue graft technique: a predictable procedure for covering exposed roots. **Compendium of continuing education in dentistry**, Jamesburg, v.17, n. 5, p. 440- 450, mai., 1996.

SAADE, J.; BASSANI, M. Cirurgia plástica periodontal — recobrimento radicular. In: CARDOSO, R.J.A; GONÇALVES, E.A.N. (Org.). **Periodontia, cirurgia e cirurgia para implantes**. São Paulo: Artes médicas, 2002.

SILVA, R. C.; CARVALHO, P. F. M.; JOLY. J. C. **Planejamento estético em periodontia. 25º CIOSP (Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo)** São Paulo: Janeiro, p.299-341, 2007.

TAL, H; MOSES, O; ZOHAR, R; MEIR, ; NEMCOVSKY, C. Root coverage of advanced gingival recession: a comparative study between acellular dermal matrix allograft and subepithelial connective tissue grafts. **Journal of Periodontology**, Chicago, v.73 n. 12, p. 1405- 1411, dec., 2002.

TAVEIRA AM, FRANCO EJ. Retalho semilunar: quando e como usá-lo no recobrimento radicular? **Revista ABO Nacional**. v. 16, n. 2, p. 115-117, abr-mai, 2008.

TÖZÜM TF, KEÇELI HG, GÜNCÜ GN, HATIPOGLU H, SENGÜN D. Treatment of gingival recession: comparison of two techniques of subepithelial connective tissue graft. **Journal of Periodontology**, Chicago, v. 76, n 11, p. 1842-1848, nov, 2005.

WENNSTRÖM, J. L.; PINI PRATO, G. P. Mucogingival therapy – periodontal plastic surgery. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. 4a. ed. Oxford, p. 576-649, 2003.

ZUCHELLI G, TESTORI T, DE SANCTIS M. Clinical and anatomical factors limiting treatment outcomes of gingival recession: a new method to predetermine the line of root coverage. **Journal of Periodontology**, Chicago, v. 77, n 4, p. 714-721, abril, 2006;

3 ARTIGO

RETALHO DESLOCADO CORONAL OBJETIVANDO RECOBRIMENTO RADICULAR

RETAIL DISPLACED CORONAL AIMING COVERING ROOT

Roberta Cristina Medeiros Pimentel Gusmão¹

Rachel de Queiroz Ferreira Rodrigues²

José Klíndenberg de Oliveira Júnior¹

Gabriella Alves de Assis Nóbrega¹

¹Discente do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG),
campus Patos/PB

²Professora Doutora em Periodontia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG),
campus Patos/PB

Endereço para correspondência:

Rachel de Queiroz Ferreira Rodrigues

Rua Desembargador Trindade, 179, Centro. Campina Grande PB

E-mail: rachelperio@gmail.com

Tel: +55 83 3511-3045

RESUMO

A saúde e a estética dos tecidos periodontais estão intimamente ligadas ao bem-estar do paciente e influenciam o seu desenvolvimento, pois o mesmo sente-se mais seguro para falar e se expressar publicamente. Este trabalho evidencia a importância dos cuidados com a estética gengival concomitantemente à sua função, uma vez que, um sorriso harmonioso e esteticamente satisfatório, além de ser exigência frequente nos consultórios, atualmente assegura uma melhora na qualidade de saúde bucal e geral do indivíduo, deixando-o mais seguro e confiante para realizar até mesmo as suas atividades diárias. É necessário analisar a condição de saúde periodontal do paciente, diagnosticar o problema existente, conhecer o paciente e as peculiaridades do seu caso, e principalmente investigar o fator etiológico e removê-lo, nos casos em que houver recessão gengival deve-se eliminá-la e após esta eliminação e devolver estética e função para o paciente. O presente trabalho relata o caso de uma paciente que apresentava sintomatologia dolorosa, devido a presença de recessão gengival (Classe I de Miller) em alguns elementos, a qual foi submetida à um retalho reposicionado coronal para recobrimento radicular. O procedimento foi planejado e conduzido em acordo com a paciente, atendendo suas necessidades e levando em consideração sua expectativa em relação ao tratamento em questão. A técnica de retalho reposicionado coronal mostrou-se eficaz nesse caso, recobrando parcialmente a recessão, com um pós-cirúrgico sem intercorrências e de rápida cicatrização mediante os devidos cuidados.

Palavras-chave: Recessão gengival; Periodontia; Enxerto Gengival.

ABSTRACT

The health and esthetics of the periodontal tissues are directly linked to the patient's welfare, and it influence his development, because it feels safer to talk and express themselves publicly. This study shows the importance of caring for gingival esthetics concurrently to its function, as a harmonious and aesthetically satisfying smile, besides being required frequent in offices, nowadays ensures improved quality of oral and general health of the individual, making him more secure and confident to do even their daily activities. To be successful in any treatment it is necessary to analyze the periodontal health of the patient, diagnose the existing problem, know the patient and the peculiarities of his case, and mainly investigate the etiology and remove it, where there is gum recession we must eliminate it and after this elimination return aesthetics and function to the patient. This paper reports the case of an unsatisfied patient with her smile and had pain symptoms, due to the presence of gingival recession (Miller Class I) in some elements, which underwent a coronal repositioned flap for root coverage. The procedure was planned with the principles of Dentistry and conducted in accordance with the patient, meeting his needs and taking into account his expectations regarding the treatment in question. The coronal repositioned flap technique was effective in this case, covering the whole recession, with an uneventfully post-surgical and quick healing through proper care.

Keywords: Gingival recession. Periodontics. Gingival grafting.

INTRODUÇÃO

O tecido periodontal sofre constantes remodelações de origem funcional ou morfológica, no decorrer da vida dos indivíduos¹. Variações na arquitetura e espessura dos tecidos periodontais acarretam diferenças relevantes quanto ao comportamento clínico das estruturas periodontais frente à evolução da doença e consequentes defeitos^{2,16}.

Recessão gengival é definida como o deslocamento apical da gengiva em relação à junção amelo-cementária, expondo a superfície radicular³. Em defeitos Classe I e II um recobrimento radicular completo pode ser obtido, nos defeitos Classe III somente um recobrimento parcial pode ser esperado. Os defeitos Classe IV não são receptivos ao recobrimento radicular⁴.

O retalho reposicionado coronalmente consiste em deslocar em direção coronal o tecido gengival presente apicalmente para o sítio a ser tratado. Alguns critérios são preconizados para indicação desta técnica. Segundo esses critérios, casos de retrações classe I de Miller, com 3 mm de mucosa queratinizada apicalmente à margem gengival e espessura tecidual adequada (no mínimo 1 mm) apresentam bom prognóstico radicular^{6,15}.

A técnica cirúrgica consiste de uma incisão marginal em bisel inverso que deve preservar o festonado da gengiva normal. Em seguida a área que será reposicionada coronalmente é delimitada por duas incisões verticais que partindo da margem ultrapassam o vestíbulo, de maneira que seja afastado um retalho total. Após o debridamento e raspagem radicular, é conferida flexibilidade ao retalho. Reposiciona-se o retalho coronalmente onde será fixado com suturas suspensórias. Afirmaram que este procedimento só é possível quando existe uma quantidade suficiente de gengiva inserida remanescente da retração. O retalho é reposicionado por uma sutura suspensória. A incisão é totalmente coaptada e a cicatrização segue por primeira intenção^{6,7}.

Este trabalho objetiva relatar um caso clínico de uma recessão gengival (Classe I de Miller), cujo planejamento cirúrgico foi feito com o emprego da técnica de retalho reposicionado coronal. A partir da descoberta do fator etiológico que neste caso era a escovação traumática, foi realizada uma nova orientação de higiene oral pré e pós-cirúrgica. Com a realização da cirurgia periodontal, utilizando a técnica de retalho reposicionado coronal, mesmo os tecidos ainda em estágio de remodelação (após 45 dias) já pode-se observar uma boa resposta com relação a cicatrização e um recobrimento parcial que pode ser considerada ideal no período após 90 dias.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do gênero feminino, saudável, 23 anos, não-fumante, procurou o serviço de periodontia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) no Campus de Patos – PB, tendo como queixa principal: “sensibilidade dentária nos elementos 14 e 16 causada pela recessão presente nessa região” (SIP).

Inicialmente foi realizada uma radiografia periapical da região em questão, para avaliar as condições do tecido ósseo subjacente e observar se não houve nenhuma perda de tecido interproximal que é um critério de suma importância para o sucesso do tratamento, a paciente possuía uma boa higiene oral e não havia na cavidade oral nenhum fator de retenção de placa.



Figura 1 – Radiografia Periapical dos elementos 14 e 16.

Durante a anamnese foi a causa da recessão neste caso especificamente, e como ao exame clínico não havia nenhuma causa aparente, foi verificada a oclusão e conversado com a paciente para tentar descobrir sobre sua forma de escovação.

Como o contato oclusal apesar de ser um pouco maior no elemento 14 não justificava a recessão que também era presente no elemento 16 que não possuía a mesma proporção do contato, foi constatado que o fator etiológico era a escovação traumática. Após a proposição do tratamento indicado para o caso, a paciente foi convidada a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO).

O procedimento foi realizado sob anestesia local (com Mepivacaína a 2% com vasoconstritor), seguido de aferição das profundidades de sondagem dos elementos 13, 14, 15 e 16. Este procedimento, realizado com sonda periodontal de Willians (Trinity®), orientou a demarcação dos pontos sangrantes (Figura 3), os quais guiaram as incisões com bisturi e lâmina 15 C, realizam-se incisões trapezoidais, indo 0,5mm da base da recessão no sentido oclusal, até em linhas de incisões divergentes a distal do incisivo lateral até mesial do segundo molar, no sentido da mucosa alveolar, a fim de permitir aporte sanguíneo adequado, impedindo então a necrose.



Figura 2 - Aspecto inicial.

A cirurgia foi iniciada pelas incisões oblíquas, à altura da linha cemento-esmalte nas papilas e incisão intrasulcular na margem gengival do elemento 13 estendendo-se até a distal do 16, utilizando-se de bisturi com lâmina 15c. Em seguida, foi realizado o deslocamento total tecidual até próximo a linha mucogengival com o descolador de Molt e retalho 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.

Após essa etapa, foi feita a descontaminação radicular através da raspagem e alisamento corono-radicular com as curetas de Gracey 7-8. Com a lâmina 15c foi realizado a deesepitelização papilar. Após o reposicionamento coronal do retalho sem tensão, foram realizadas suturas suspensórias com agulha atraumática e fio de Nylon 5-0. Foi garantido

através da sutura a imobilidade do retalho sobre a superfície radicular para que seja possível alcançar o recobrimento esperado.



Figura 3 - Sutura suspensória.

A cirurgia foi finalizada sem intercorrências. Foram realizadas as devidas orientações e prescrições pós-operatórias. Optou-se por não colocar o cimento cirúrgico, a fim de permitir uma melhor higienização e ação de bochechos com Clorexedina a 0,12%, 2 vezes ao dia, por 2 semanas. Foi receitado Amoxicilina (500 mg), 1 cápsula de 8 em 8 horas, por 7 dias; Nimesulida (100 mg), 1 comprimido de 12 em 12 horas durante 3 dias; Dipirona (500 mg), 1 comprimido de 6 em 6 horas. Após 15 dias, as suturas foram removidas.



Figura 4 - Pós-operatório de 45 dias após remoção da sutura.

A paciente foi aconselhada a fazer o acompanhamento do pós-operatório com visitas quinzenais à Clínica da Universidade Federal de Campina Grande, onde foi realizada a cirurgia. Após 15 dias do procedimento, foi feita a remoção da sutura e observou-se o recobrimento total radicular, porém ainda havia considerável presença de edema na região. Na segunda visita passados 30 dias observou-se a diminuição do edema e o aparecimento de uma pequena retração tecidual na região em questão, então foi realizada nova radiografia periapical para verificar a condição dos tecidos subjacentes que estavam em bom estado, igualmente se mostraram na radiografia inicial. Na sua última visita após 45 dias, foi observado discreto edema e um aumento na retração gengival.

4 DISCUSSÃO

O Glossário de Termos Periodontais descreve cirurgias mucogengivais como procedimentos cirúrgicos designados para corrigir defeitos da morfologia, posição e quantidade de gengiva ao redor dos dentes, não havendo preocupação com resultados estéticos^{6,14}. O presente estudo reportou a necessidade de devolver a estética e função, em comum acordo entre paciente e profissional, com a finalidade de remover a queixa principal, onde a sintomatologia dolorosa era causada pela presença de recessão gengival.

De acordo com a literatura alguns critérios devem ser seguidos para a indicação da técnica do retalho reposicionado coronariamente, dentre eles, os casos de retrações classe I de Miller, apresentando cerca de 3 mm de mucosa ceratinizada apicalmente à margem gengival e espessura tecidual adequada (no mínimo 1 mm)⁸. Diante disto, no caso citado, a técnica foi indicada devido a paciente se enquadrar em todos os critérios preconizados para a realização da técnica em questão, pois a mesma possui uma faixa de mucosa ceratinizada de aproximadamente 5 mm, com uma gengiva inserida de 4 mm, papilas curtas e largas, e uma recessão de cerca de 2 mm sem perda de tecido ósseo interproximal, o que confirma a classificação desta recessão.

É importante que o paciente ao submeter-se as cirurgias mucogengivais não esteja utilizando nenhum tipo de medicamento, seja sistematicamente saudável, e não fume durante cerca de 90 dias do período pós-operatório. Tais fatores possuem alto potencial de interferência negativa no processo de cicatrização, que é fundamental para o sucesso do procedimento⁹. Com isso, verificou-se durante a anamnese nenhum relato de doenças sistêmicas, utilização de medicamentos e a ausência do hábito de fumar, aumentando significativamente a possibilidade de total recobrimento radicular, condições que favorecem o êxito do tratamento.

O retalho reposicionado coronalmente de acordo com a literatura é uma técnica amplamente utilizada devido as suas inúmeras vantagens, como por exemplo, sua fácil execução, baixo custo comparado às técnicas associadas a enxerto, com uma boa previsibilidade de recobrimento radicular e resultados estéticos satisfatórios, diminuindo o desconforto causado ao paciente pois requer apenas um sítio cirúrgico. No caso relatado, foram seguidas rigorosamente as normas de execução da técnica, que foi de rápida e fácil realização com um pós-operatório sem intercorrências, porém não houve o total recobrimento radicular, e os aspectos estéticos almejados não foram totalmente atendidos. O fator etiológico deste caso, a escovação traumática é considerado um dos fatores mais difíceis de tratar pois é realizado muitas vezes de maneira inconsciente pelo paciente que necessita estar sempre em estado de alerta principalmente no período de cicatrização pois

esse trauma influencia de maneira negativa a cicatrização, interferindo no resultado final do tratamento ¹⁰.

Este tipo de retalho pode ser executado associado a enxertos gengivais, pois há uma maior probabilidade de recobrimento radicular, tornando frequente os casos de sucesso na realização do procedimento. Porém esta pode ser considerada uma técnica mais complexa, de custo mais elevado e propicia um maior desconforto ao paciente no período pós-operatório^{11,13}. Neste estudo optou-se pela realização da técnica isolada, pois julgou-se suficiente devido aos parâmetros clínicos encontrados na paciente, por ser uma recessão relativamente pequena e o caso condizer com os requisitos propostos pela técnica.

Apesar de os resultados obtidos não suprirem a expectativa estética almejada pela paciente, pode-se considerar que o caso obteve sucesso devido à remoção da queixa principal, a sensibilidade dentinária exacerbada, e a diminuição da exposição radicular e que embora esta técnica seja eficaz, cada caso revela as suas particularidades¹².

CONCLUSÃO

O retalho reposicionado coronal se mostrou eficaz como uma alternativa de tratamento para a recessão gengival. Embora não tenha recoberto totalmente a raiz exposta, porém foi o suficiente para eliminar a queixa principal do paciente, a hipersensibilidade, e resgatar a melhoria da qualidade de vida do indivíduo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LINDHE, J.; KARRING, T.; LANG, N. P. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral**. Guanabara Koogan, 5ª ed., Rio de Janeiro, 1326p, 2010.
2. SILVA, R. C.; CARVALHO, P. F. M.; JOLY, J. C. **Planejamento estético em periodontia. 25º CIOSP (Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo)** São Paulo: Janeiro, p.299-341, 2007.
3. TÖZÜM TF, KEÇELI HG, GÜNCÜ GN, HATIPOĞLU H, SENGÜN D. Treatment of gingival recession: comparison of two techniques of subepithelial connective tissue graft. **J Periodontol** 2005; 76: 1842-1848.
4. SAADE, J.; BASSANI, M. Cirurgia plástica periodontal — recobrimento radicular. In: CARDOSO, R.J.A; GONÇALVES, E.A.N. (Org.). **Periodontia, cirurgia e cirurgia para implantes**. São Paulo: Artes médicas, 2002.
5. AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Academy report: oralreconstructive and corrective considerations in periodontal therapy. **JournalPeriodontology**. Chicago, v. 76, n. 9, p. 1588-1600, 2005.
6. TAL, H; MOSES, O; ZOHAR, R; MEIR, ;, NEMCOVSKY, C. Root coverage of advanced gingival recession: a comparative study between acellular dermal matrix allograft and subepithelial connective tissue grafts. **Journal of Periodontology**, Chicago, v.73 n. 12, p. 1405- 1411, dec., 2002.
7. ROSEN, P. S. modifications of the subpedicle connective tissue graft technique: a predictable procedure for covering exposed roots. **Compendium**, v.17, n. 5, p. 440-450, 1996.
8. MILLER, P. D. A Classification of Marginal Tissue Recession. **International Journal of Periodontology & Restorative Dentistry**, Berlim, v. 5, n. 2, p. 9 – 13, jun. 1985.
9. BORGHETTI, A.; MONNET-CORTI, V. **Cirurgia Plástica Periodontal**. EditoraArtmed, [S.I.], 2011

10. LASCALA, N. T; MOUSSALLI, N. H. Retalhos Gengivoperiodontais. **In: Compêndio Terapêutico Periodontal**. São Paulo, Artes Médicas, 1995. Cap. 16, p. 324-357.
11. ALLEN EP, MILLER PM. Coronal Positioning of Existing Gingiva: short term results in the treatment of shallow marginal tissue recession. **Journal of Periodontology**, Chicago v. 60, n. 1, p. 316-319, jun., 1989.
12. DANTAS, G. S. **Estudo da estética dentária em alunos do Curso de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba**. João Pessoa. 58f. Monografia. Graduação em Odontologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009. 58f.
13. MONNET-CORTI V, BORGHETTI A. Enxerto gengival epitélio-conjuntivo. In: Borghetti A, Monnet-Corti V. **Cirurgia plástica Periodontal**. São Paulo: Artmed Editora, 2002. p. 159-180.
14. PINI PRATO G; PAGLIARO U; BALDI C; NIERI M; SALETTA D; CAIRO F et al. Coronally advanced flap procedure for root coverage. Flap with versus flap without tension: a randomized controlled clinical study. **J. Periodontol**. 2000; 71(2):188-201.
15. WENNSTRÖM, J. L.; PINI PRATO, G. P. Mucogingival therapy – periodontal plastic surgery. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. 4a. ed. Oxford, p. 576-649, 2003.
16. BOUCHARD P, MALET J, BORGHETTI A. Decision-making in aesthetics: root coverage revisited. **Periodontology** 2000 2001; 27: 97-120.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso clínico em questão permite as seguintes considerações: Após investigar o fator etiológico e eliminá-lo, em alguns casos a perda de substância tecidual pode ter sido maior que a capacidade de reparação do próprio tecido, havendo a necessidade de lançar mão de técnicas cirúrgicas para ressarcir a ausência de reparação local. A técnica cirúrgica utilizada possui grandes vantagens e apresentou resultado satisfatório, o retalho reposicionado coronal que além de ser uma técnica simples é bastante utilizada por ser bastante previsível e pela sua capacidade de tratar vários dentes ao mesmo tempo.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal
de Campina Grande

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, Roberta Gustina Jleduinos P. Gusmão abaixo assinado, autorizo a retenção e utilização das radiografias, fotografias e resultados de exames e outras informações 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, 12 de Novembro de 2014.

Roberta Gustina Jleduinos P. Gusmão

(Assinatura do paciente ou responsável)

RG: 3478441 CPF: 087.628.624-48

ANEXO B - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO – REVISTA SAÚDE E CIÊNCIA

DIRETRIZES PARA AUTORES

APRESENTAÇÃO GERAL:

Os textos devem ser apresentados como arquivo elaborado no programa *Word for Windows*, escritos em língua portuguesa, em fonte Arial, tamanho 11, espaçamento de 1,5 entre linhas, recuo de 1,0 cm em primeira linha de parágrafo, margens de 3,0 cm em cada lado. Os textos devem ter no máximo 20 laudas, incluindo os anexos. Os trabalhos devem conter as seguintes partes:

Título

Deve vir em negrito, centralizado, fonte 12 e em caixa alta. Os trabalhos devem conter a versão em inglês do título (*title*), logo abaixo do resumo.

Autores e Vínculo Institucional

A Revista receberá artigos apenas de autoria de pesquisadores doutores. Excepcionalmente, aceitar-se-á textos de autoria de professores da UFCG, com mestrado. Profissionais com outras titulações, pós-graduandos e graduandos, poderão figurar como coautores, em um máximo de 8 nomes por artigo.

O nome completo do (s) autor (es) deve vir logo abaixo do título, centralizados, em itálico e com indicação de titulação e instituição a que pertence (em). Também junto com essas informações, deve constar o endereço completo (inclusive eletrônico) do autor responsável pela correspondência.

Resumo e Descritores

O resumo, posicionado logo abaixo do nome do (s) autor (es), deve conter, em no máximo 250 palavras, as informações mais relevantes sobre objetivos, métodos, resultados e conclusões do trabalho. Logo após o resumo podem ser listados até 4 descritores.

Abstract e Keywords

Correspondem à versão para a língua inglesa do resumo e dos descritores, respectivamente, posicionados logo abaixo desses.

Os descritores e as *keywords* devem, obrigatoriamente, ser extraídos entre os disponíveis em <http://decs.bvs.br>.

Além disso, os artigos originais de natureza clínica ou experimental devem conter também: Introdução, material e métodos, resultados e discussão, conclusões, agradecimentos (opcional) e referências bibliográficas. Na metodologia de trabalhos experimentais com animais e de trabalhos envolvendo seres humanos, deve ser citado o número do processo de aprovação do projeto de pesquisa na comissão de ética no uso de animais (CEUA) ou no comitê de ética em pesquisa (CEP) da respectiva instituição, sendo que um documento comprobatório pode ser solicitado pelo Comitê Editorial como requisito para a publicação. As ilustrações (desenhos, gráficos, fotografias, plantas, mapas, entre outras) são consideradas figuras e devem ser limitadas a um máximo de quatro por artigo. As figuras serão apresentadas no corpo do texto, com legendas numeradas em sequência mediante algarismos arábicos precedidos do nome “Figura”, logo abaixo da figura a que se refere.

NORMAS BIBLIOGRÁFICAS:

Citações no Texto:

A revista adota a citação numérica. NÃO É PERMITIDA A CITAÇÃO DO NOME DO AUTOR NO TEXTO. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses. Números sequenciais devem ser separados por hífen (1-4); números aleatórios devem ser separados por vírgula (1,3,4,8).

Referências Bibliográficas:

Devem ser numeradas e normatizadas de acordo com o estilo *Vancouver*, conforme orientações fornecidas pelo *International Committee of Medical Journal Editors* no *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*. A lista de referências deve ser escrita em espaço simples, em sequência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de “et al.”. Os sobrenomes dos autores devem ser seguidos pelos seus prenomes abreviados sem ponto ou vírgula. Usar a vírgula somente entre os nomes dos diferentes autores. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o *Index Medicus / MEDLINE* e para os títulos nacionais, com LILACS e BBO. Referências a comunicação pessoal e artigos submetidos à publicação não devem constar da listagem de Referências.

ALGUNS EXEMPLOS:

Artigo de Periódico:

Ahrar K, Madoff DC, Gupta S, Wallace MJ, Price RE, Wright KC. Development of a large animal model for lung tumors. *J Vasc Interv Radiol*. 2002; 13(9 Pt 1):923-8.

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. Clin. Orthop. 2002 ;(401):230-8.

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Kaeriyama E, Imai S, Usui Y, Hanada N, Takagi Y. Effect of bovine lactoferrin on enamel demineralization and acid fermentation by Streptococcus mutans. Ped Dent J [serial on the Internet]. 2007 Dec [cited 2008 Jan 15 12]; 17:2:118-26; Available from: http://www.jstg.e.jstg.jp/browse/pdj/17/2/_contents.

Livro:

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4ª ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Capítulo de Livro:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editores. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Dissertações e Teses:

Rubira CMF. Estudo longitudinal sobre similaridade, transmissão e estabilidade de colonização de Streptococcus mutans em famílias brasileiras. [Tese]. Bauru: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2007.

Os Editores

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; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.
3. URLs para as referências foram informadas quando possível.

4. O texto está em espaço simples; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na página Sobre a Revista.
6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em [Assegurando a avaliação pelos pares cega](#) foram seguidas.

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.