

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE
Pós-graduação em Periodontia

Mário Junio Soares dos Santos

**ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO SUB EPITELIAL EM REGIÃO DE
PRIMEIRO MOLAR INFERIOR: UM RELATO DE CASO**

Sete Lagoas
2021

Mário Junio Soares dos Santos

**ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO SUB EPITELIAL EM REGIÃO DE
PRIMEIRO MOLAR INFERIOR: UM RELATO DE CASO**

Relato de caso clínico apresentado ao curso de especialização Latu Sensu da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Periodontia.

Orientador: Jorge Antônio Mansur Miranda

Área de concentração: Odontologia

Mário Junio Soares dos Santos

**ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO SUB EPITELIAL EM REGIÃO DE
PRIMEIRO MOLAR INFERIOR**

Relato de caso clínico apresentado ao curso de especialização Latu Sensu da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Periodontia.

Área de concentração: Odontologia

Aprovada em ____/____/____ pela banca constituída pelos seguintes professores:

Professor Doutor Leonardo Silveira Damasceno

Professor Mestre Jorge Antônio Mansur Miranda

Sete Lagoas 09 de dezembro 2021

À minha família por me apoiar em minhas decisões profissionais e aos meus pacientes, que são o motivo de tomá-las.

RESUMO

O tratamento das recessões periodontais é hoje um dos grandes desafios da periodontia, devido ao fato dessas lesões serem multifatoriais, com grande comprometimento estético e apresentarem como resultado negativo, dentre outros, a hipersensibilidade dentinária. O sucesso do tratamento depende do correto diagnóstico, eliminação da etiologia e da técnica adequada de recobrimento radicular.

Dentre as várias técnicas descritas na literatura, o enxerto de tecido conjuntivo sub epitelial apresenta grande índice de sucesso, com ganhos clínicos de inserção, de tecido queratinizado, de espessura tecidual e recobrimento radicular.

Este trabalho relata um caso clínico de recobrimento radicular com tecido conjuntivo sub epitelial em um molar inferior com recessão gengival.

- Palavras-chave

Recessão gengival; Tecido conjuntivo sub epitelial; cobertura radicular

ABSTRACT

The treatment of periodontal recessions is currently one of the great challenges of periodontics, due to the fact that these lesions are multifactorial, with great esthetic compromise and present negative results, among others, in dentinal hypersensitivity. Treatment success depends on correct diagnosis, elimination of etiology and proper technique of root coverage.

Among the various techniques described in the literature, sub-epithelial connective tissue graft has a high success rate, with clinical gains in insertion, keratinized tissue, tissue thickness and root coverage.

This paper reports a clinical case of root coverage with sub-epithelial connective tissue in a lower molar with gingival recession.

- Key words

Gingival recession; Subepithelial connective tissue; root coverage

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	8
2- RELATO DE CASO	17
SEQUENCIA CLÍNICA	19
3- DISCUSSÃO	22
4- CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

INTRODUÇÃO

A recessão periodontal é definida como o posicionamento apical da margem gengival, provocando a exposição da junção amelo cementária. Os fatores causais dessas recessões são: mau posicionamento dentário, escovação traumática, doença periodontal, inserção de freios e bridas, traumas oclusais, sobre contorno de restaurações, coroas e provisórios mal adaptados, extrações de dentes adjacentes, movimentação ortodôntica, predisposição genética e deiscências ósseas (BASSANI,2002).

O exame clínico e radiográfico é essencial na escolha da técnica cirúrgica a ser usada para o recobrimento total das recessões periodontais, bem como na determinação do prognóstico do plano de tratamento. A determinação do fator etiológico associado à recessão é fundamental, pois, a não intervenção no fator causal, pode levar ao insucesso do tratamento a longo prazo (CUNHA *et al.*,2021).

O fenótipo periodontal tem grande influência na ocorrência das recessões gengivais devendo sempre ser avaliado. Indivíduos com fenótipo periodontal fino, são mais susceptíveis às recessões gengivais pelo fato dos tecidos não suportarem quadro inflamatório ou trauma mecânico e responder com exposição da superfície radicular (CUNHA *et al.*, 2021).

A resposta inflamatória desencadeada pelo acúmulo de biofilme também está relacionada ao desenvolvimento das recessões gengivais, pois, o biofilme acumulado pode proporcionar a migração apical da gengiva marginal, principalmente em indivíduos de fenótipo gengival fino (CUNHA, *et al.*,2021).

HEASMAN *et al.*, 2015,em revisão sistemática concluiu que os principais fatores associados ao desenvolvimento e progressão das recessões periodontais são a frequência e técnica de escovação e que o uso correto da escova pode prevenir a progressão da recessão.

A resposta imune e inflamatória provocadas pela agressão bacteriana é a principal responsável pela perda das estruturas periodontais de inserção observadas na periodontite, pois levam à reabsorção óssea e à migração apical da gengiva, normalmente de forma circunferencial e não localizada como na recessão

decorrente de trauma mecânico. Perda dental por indicação periodontal contribui para a recessão periodontal nos dentes adjacentes devido à perda de crônica de volume ósseo na região edêntula e do trauma cirúrgico. O tratamento periodontal independente da técnica utilizada, se cirúrgica ou não cirúrgica, resulta em recessão periodontal. A redução de profundidade de sondagem observada após tratamento periodontal é uma combinação de fatores incluindo ganho de inserção e recessão periodontal (CUNHA *et al.*,2021).

A incidência das recessões gengivais avaliada em pacientes na faixa etária de 46 e 86 anos, chega a 100% e nos pacientes entre 16 e 25 anos chega a 62% (RAETZKE,1985).

Em relação à epidemiologia, o maior índice de recessões gengivais é observado nos indivíduos do sexo masculino em comparação às mulheres com idade de 31 a 50 anos (VAHKALAHTI,1989).

Como forma de facilitar a descrição dessas recessões, foram criadas várias classificações. Uma das primeiras foi a de SULLIVAN, ATKINS (1968), que se baseava na largura e profundidade do defeito. As recessões eram agrupadas em quatro categorias: larga, profunda, rasa e larga, profunda e estreita e rasa e estreita.

Esta classificação não levava em conta a parte óssea interproximal e nem os tecidos moles dos dentes vizinhos às recessões gengivais localizadas.

A classificação de MILLER (1985) é baseada na quantidade dos tecidos periodontais interproximais, osso e gengiva além de mostrar uma previsibilidade de sucesso nos recobrimentos. Nesta classificação, as recessões são agrupadas em quatro classes:

Classe I: A recessão não ultrapassa a junção muco gengival e não há perda de tecidos interproximais. A possibilidade de recobrimento é de 100%.

Classe II: Recessão até ou além da junção muco gengival sem perda óssea ou tecido mole interproximal. Possibilidade de recobrimento de 100%.

Classe III: Recessão até ou além da junção muco gengival com perda óssea ou de tecido mole interproximal apical à junção amelo cementária. Não é possível recobrir 100%.

Classe IV: Recessão se estende além da junção muco gengival e existe perda óssea interproximal estendendo-se a um nível apical em relação à recessão do tecido marginal. Não há previsão de recobrimento, sendo este quase impossível.

Uma nova classificação propõe uma forma mais simples de avaliar as recessões, pois se ampara em dois aspectos: perda de inserção vestibular e perda de inserção interproximal (CAIRO *et al.*,2011).

Esta classificação divide as recessões em três grupos:

Recessão tipo 1 (RT1): Na recessão periodontal não há perda de inserção interproximal. Não é observada a junção cimento esmalte no exame clínico das faces mesial e distal do dente.

Recessão tipo 2 (RT2): Recessão associada à perda de inserção interproximal. A perda da inserção interproximal é menor ou igual à perda de inserção vestibular. Essa classificação equivale à classe III de Miller.

Recessão tipo 3 (RT3): Recessão periodontal associada à perda de inserção interproximal. A quantidade de perda de inserção interproximal é maior que a perda de inserção vestibular.

A previsibilidade de recobrimento desta nova classificação, se iguala à de Miller, ou seja, para os casos classificados em RT1 que são equivalentes às classes I e II de Miller é possível determinar 100% de possibilidade de cobertura radicular.

Dentes com problemas estéticos: alongados, com sensibilidade dentinária, cáries cervicais rasas, quadros clínicos em que se necessita aumentar a quantidade de gengiva queratinizada, abrasões cervicais, interrupção da progressão das recessões e prevenção pré movimentos ortodônticos são indicações para os recobrimentos radiculares. Fumantes, recessões classe III e IV de Miller e perfil psicológico do paciente são contra-indicações a estes procedimentos.(SAADE, BASSANI, 2002)

Várias técnicas foram propostas para o recobrimento radicular.

LANGER,LANGER,1985 propuseram uma técnica de recobrimento radicular utilizando tecido conjuntivo sub epitelial, compreendendo o uso de um enxerto de tecido conjuntivo recoberto por um retalho pediculado de espessura parcial,

reposicionado coronalmente. O aplainamento radicular é indicado com curetas ou pontas diamantadas visando diminuir a convexidade radicular. Esses autores indicaram essas técnicas para recessões periodontais isoladas e profundas, recessões múltiplas, com pouca gengiva queratinizada e aumento de volume gengival.

A técnica consiste em se fazer ao nível da junção amelo cementária dos dentes envolvidos, incisões horizontais com preservação das papilas, incisões sulculares e relaxantes, mais largas em mesial e distal estendendo-se além da linha muco gengival, obtendo-se um retalho de espessura parcial. No palato é removido um enxerto de tecido conjuntivo que é posicionado sobre as raízes expostas, sobrepondo em 1mm além da junção amelo cementária, suturado ao tecido conjuntivo da papila e recobrimdo o enxerto é reposicionado o retalho, agora deslocado e suturado coronalmente. O Sucesso desses enxertos é atribuído ao duplo suprimento sanguíneo: um da base do enxerto, vindo do periósteo e o outro do retalho sobreposto(LANGER,LANGER,1985).

BRUNO(1994) propôs uma modificação à técnica de LANGER(1985), eliminado as incisões relaxantes, visando evitar a necrose do enxerto por comprometimento da nutrição sanguínea, diminuir a dor pós operatória e o atraso na cicatrização. Sua técnica consistia em uma horizontal na base das papilas, deixando-as preservadas e deslocamento de um retalho parcial estendendo-se além da linha muco gengival e na superfície das raízes, o enxerto é posicionado e suturado e o retalho posicionado coronalmente.

RAETZKE (1985),criou a técnica do “envelope”, em que a área receptora é preparada com a remoção do epitélio sulcular por meio de um bisel interno, seguido de uma incisão intra sulcular de espessura parcial criando um “envelope”. A profundidade dessas incisões é de 3 a 5 mm em todas as direções e vai se estender além da linha muco gengival visando facilitar o posicionamento do enxerto e aporte sanguíneo.

A técnica do “Túnel” é uma variação da técnica do “envelope” com finalidade de recobrir várias recessões adjacentes no paciente. Ela consiste na execução de vários “envelopes”, conectados entre si, formando um túnel. As papilas devem ser preservadas. O tecido conjuntivo é então inserido dentro do túnel, acomodado e

suturado. Uma sutura suspensória é realizada para deslocar coronalmente o tecido e aderir o enxerto à recessão. A vantagem desta técnica é o mínimo trauma cirúrgico na área receptora, boa nutrição do enxerto, integração do mais rápida do enxerto ao retalho em comparação a outras técnicas cirúrgicas. E a desvantagem é a dificuldade de manipulação do retalho, que tende a diminuir com o ganho de experiência ao longo do tempo pelo cirurgião (CUNHA et al.,2021).

ZUCHELLI; DE SANCTIS(2000), publicaram uma abordagem diferente da técnica do retalho posicionado coronalmente, com a criação de papilas cirúrgicas e um retalho dividido-total-divido, onde as papilas cirúrgicas irão de adaptar às papilas anatômicas depitelizadas e suturadas. Neste trabalho, 22 pacientes com pelo menos dois defeitos de recessão gengival e todas sendo classe I e II de Miller, foram tratados com a técnica modificada e após um ano, das 73 recessões operadas, 64 defeitos apresentaram cobertura radicular completa. A cobertura total das raízes foi obtida em 16 dos 22 pacientes.

SCULEAN;ANTON(2018),preconizaram a técnica do “túnel fechado lateralmente” visando tratar recessões gengivais mandibulares isoladas e profundas classes I,II e III de Miller.

SCULEAN *et al.*,(2021), descreveram a técnica do túnel combinado lateralmente fechado, avançado coronalmente para tratar recessões gengivais múltiplas mandibulares adjacentes. Este procedimento foi realizado em 11 pacientes com recessões gengivais classes I e II de Miller, com profundidade mínima maior ou igual a 3mm. Uma combinação de derivado da matriz do esmalte (EMD) e tecido conjuntivo sub epitelial palatal foi utilizada. Após 12 meses, a cobertura radicular significativa foi obtida em todos os pacientes.

A cobertura de raiz pode ser alcançada através da aplicação de diferentes procedimentos e estes promovem a diminuição da profundidade, ganho de inserção clínica e aumento de tecido queratinizado. Essas técnicas podem incluir, enxerto de tecido conjuntivo sub epitelial, deslocamento coronal de retalho, enxerto gengival livre. O emprego de substitutos de enxerto de tecido mole, plasma rico em plaquetas e derivados de matriz de esmalte, gira em torno de se evitar a manipulação da área palatal (CHAMBRONE *et al.*, 2015).

Uma revisão sistemática feita por CHAMBRONNE *et al.*,(2015), fornece evidências claras que os procedimentos realizados com enxerto de tecido conjuntivo sub epitelial, fornecem o melhor resultado para cobertura radicular média e completa, bem como um aumento do tecido queratinizado.

Os enxertos de tecido conjuntivo sub epitelial, retalhos coronais avançados isoladamente ou associados a outro biomaterial e regeneração tecidual guiada podem ser usadas como procedimentos de cobertura radicular em tratamentos de defeitos localizados ou tipo recessão múltipla. A base de evidência disponível indica que nos casos em que tanto a cobertura radicular quanto o ganho da largura do tecido queratinizado é esperado, o uso de enxertos de tecido conjuntivo sub epitelial mostra uma ligeira melhora no resultado (CHAMBRONE *et al.*,2018).

Área doadora

O enxerto de tecido conjuntivo pode ser obtido da região do túber da maxila, de rebordos edêntulos ou da mucosa mastigatória palatina. A área da mucosa mastigatória palatina é a área normalmente mais escolhida, pois propicia maior quantidade de enxerto, porém a limitação para obtenção desse material é a presença do nervo e artéria palatina maior, que irão restringir a área doadora de distal de canino até a distal do primeiro molar (CUNHA *et al.*,2021).

Na técnica proposta por LANGER E LANGER (1985) a área doadora era o palato e com o uso de uma lâmina de bisturi número 15, os autores faziam duas incisões paralelas e duas verticais relaxantes para a remoção do enxerto.

A presença do feixe neurovascular palatino, as variações e formas do palato duro afetam a dimensão do tecido a ser removido (SAADE,BASSANI,2002).

A anatomia palatal pode ser definida em:

Raso: com distância da junção cimento esmalte até o feixe neurovascular é em média 7mm. A face oclusal dos dentes está na mesma altura do centro do palato.

Médio: distância da junção cimento esmalte até o feixe neurovascular em média de 12mm.

Fundo: distância cimento esmalte até o feixe neurovascular em média de 17mm. Possui formato ogival com grande distância entre a oclusal dos dentes e o centro do palato.

Como técnicas para se obter o enxerto de tecido conjuntivo do palato, historicamente podemos citar:

Técnica do Alçapão (EDEL,1974), que é realizada com uma incisão horizontal distante 3mm da margem gengival, unida por duas laterais, com profundidade de 1,5mm. Um retalho dividido é rebatido e da “tampa” do alçapão, remove-se o enxerto. A incisão envolve a face distal do canino à face mesial do primeiro molar. O enxerto deve preparado, removendo- se o tecido adiposo e hidratado em soro

fisiológico até sua utilização. Suturas simples são utilizadas para fechamento da área.

Técnica das incisões paralelas (BRUNO,1994), duas incisões perpendiculares ao longo eixo do dente, distantes entre si em torno de 2mm, sendo a primeira 3mm da margem gengival. As duas incisões devem ir até o contato ósseo. É feita a dissecação e a área doadora é fechada por sutura suspensória.

Técnica das incisões paralelas (HARRIS,1992). Este autor com a intenção de facilitar a obtenção do enxerto, criou um bisturi com lâminas duplas paralelas distantes entre si em 1mm, que penetram no tecido e permitem a remoção de um enxerto uniforme e regular. Um bisturi convencional é utilizado para soltar o enxerto da base.

A vantagem desta técnica é que se remove um enxerto de espessura constante em toda sua extensão e rapidez da técnica. Como desvantagem é a difícil execução da técnica em palatos rasos, que são desfavoráveis ao uso das lâminas duplas(CUNHA *et al.*,2021).

Técnica da incisão única onde se faz uma incisão única a 2 ou 3mm da margem gengival, prolongada em profundidade paralela ao longo eixo do dente com espessura de 1,5mm do tecido conjuntivo. Executa-se a divisão do retalho e o tecido conjuntivo é removido do leito doador por dissecação.

A técnica de despitelização extraoral do enxerto são realizadas duas incisões horizontais e duas verticais, de acordo com o tamanho do enxerto pretendido, com 1,5 a 2 mm de profundidade. A lâmina é posicionada quase paralela ao longo eixo dos dentes e movida apicalmente até a remoção do enxerto. A área doadora deve receber sutura compressiva e o enxerto, fora da boca, deve ser despitelizado (ZUCHELLI,2013).

Quanto à morbidade e risco de necrose da área doadora, as técnicas das incisões paralelas (BRUNO,1994) e da incisão única, apresentam menores riscos. A técnica do alçapão, pela grande quantidade de incisões, pode gerar dor e necrose. A da despitelização extraoral do enxerto (ZUCHELLI,2013), mesmo sendo de fácil execução, podem gerar grande dor pós operatória pela grande ferida cirúrgica exposta.

CUNHA *et al.*,2021, recomenda, independentemente da técnica o uso de placas de acrílico, ou de clareamento confeccionadas previamente à cirurgia para ser instaladas logo após o procedimento visando proteger a área doadora. O paciente é orientado a permanecer nas 24 horas com ela sem remover, e durante uma semana, remover apenas para higienização.

Relato de Caso

Paciente A.C.S., 46 anos leucoderma, gênero feminino procurou o curso de Especialização em Periodontia da FACSETE, com uma queixa de incômodo estético por uma recessão localizada no dente 36. A paciente relatou que na tentativa de sanar o problema, foi feita uma restauração em resina composta, porém o dente ficou “longo” e depois de um tempo a resina se soltou. Ao exame clínico foi constatada que a recessão era classificada em Classe RT1 de Cairo. Visando o aumento da espessura do tecido queratinizado e recobrimento radicular, a técnica escolhida foi a de enxerto de conjuntivo sub epitelial.

Previamente à cirurgia, foi realizada a orientação de higiene para um bom controle de placa e a paciente foi submetida à raspagem e polimento coronário.

A anti-sepsia foi realizada com gluconato de clorexidina 0,12% e, após anestesia infiltrativa com lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000.

Com lâmina de bisturi 15c foi obtido um retalho dividido englobando os dentes adjacentes aos da recessão, com deslocamento ultrapassando a linha muco gengival. Duas incisões relaxantes trapezoidais visando melhorar o acesso à área receptora e facilitar a adaptação do enxerto e reposicionamento coronal do retalho, foram realizadas. A despitelização das papilas mesial e distal ao dente 36 foi obtida através da raspagem com a ponta ativa da lâmina de bisturi 15c

Um gabarito com a embalagem do fio de sutura foi confeccionado para mapear a área receptora e obter as dimensões do enxerto a ser removido.

Anestesia infiltrativa com lidocaína 2% com norepinefrina 1:100.000 foi realizada no palato, no lado direito. A técnica escolhida para remoção do enxerto de tecido conjuntivo sub epitelial, foi a da “Incisão única”, com o uso de Lâmina 15c.

O gabarito foi acomodado no local, 3mm abaixo da margem gengival para determinarmos as dimensões do enxerto e com a Lâmina de bisturi 15c foi realizada uma incisão horizontal indo da face distal do canino à face mesial do primeiro molar. Um retalho dividido foi executado e o enxerto de tecido conjuntivo foi removido do leito doador.

O enxerto de tecido conjuntivo foi colocado em uma cuba de inox contendo soro fisiológico estéril e em seguida, em uma placa de vidro também estéril e com o auxílio de uma pinça, lâmina de bisturi 15c e tesoura, foi feita a remoção de todo o tecido adiposo do enxerto. Após esse preparo, ele foi novamente mantido em soro fisiológico e a sutura na área doadora foi realizada com fio de Nylon 5-0.

O enxerto de tecido conjuntivo foi acomodado na área receptora, comprimindo-o visando proporcionar boa adaptação, em seguida foi suturado ao perióstio com fio "blue Nylon 5-0". O retalho foi posicionado coronalmente, recobrimo o enxerto e estabilizado com suturas suspensórias com fio "blue nylon" 5-0 dando duas voltas nos pontos de contato interproximais do molar inferior. Foi realizado o condicionamento ácido desses locais com ácido fosfórico 37% e uma gota de resina flow foi aplicada em cima do nó do ponto de contato distal do molar visando evitar o afrouxamento da sutura. No ponto de contato mesial não houve necessidade deste procedimento pelo fato da sutura e o nó terem ficado estáveis. Sutures nas incisões relaxantes também foram realizadas.

No pós operatório, a paciente foi orientada a fazer uso de clorexidina 0,12% na forma de bochechos, iniciando 24 horas após a cirurgia, prolongando até a data da remoção da sutura. Ela foi medicada com Azitromicina 500mg, 1 comprimido ao dia durante 3 dias e em caso de dor, Dipirona sódica enquanto a dor persistisse. Orientações quanto à suspensão de atividades físicas, esforço e evitar bochechos vigorosos também foram dadas, juntamente com a indicação de uso de escova de cerdas extra macias para a higiene oral.

As suturas foram removidas 14 dias após a cirurgia e o acompanhamento durou 1 ano e quatro meses. Foi obtido como resultado, pequeno recobrimento radicular, aumento da espessura do tecido queratinizado, que se mantiveram estáveis durante todo o período de acompanhamento.

Sequência Clínica



Figura 1: Caso inicial.



Figura 2: Retalho parcial obtido.



Figura 3: Enxerto de conjuntivo sub epitelial removido.



Figura 4: Enxerto de tecido conjuntivo sub epitelial obtido.



Figura 5: adaptação do enxerto de tecido conjuntivo à área receptora.



Figura 6: Sutura suspensória e nas incisões relaxantes.



Figura 7: Sutura suspensória no palato.



Figura 8: Controle após 4 meses de cirurgia.



Figura 9: Controle após 1 ano e 4 meses de cirurgia.

DISCUSSÃO

A recessão gengival é definida como a migração apical da margem gengival em relação à junção amelo cementária, com exposição da superfície radicular. A sensibilidade dentinária juntamente com o comprometimento estético dos dentes envolvidos, tem sido uma das causas principais da procura dos pacientes pelo tratamento destas condições (WENNSTROM, 1996).

A etiologia das recessões gengivais é multifatorial, mas a presença de deiscências e fenestrações ósseas, cortical fina, altura de mucosa ceratinizada, espessura da gengiva marginal livre, mal posicionamento dentário, vestibulo raso, freios e bridas anormais, são fatores predisponentes (WENNSTROM,1996).

O trauma mecânico e oclusal , inflamação, invasão de espaço biológico, má adaptação de prótese fixa, componentes de prótese removível comprimindo estruturas anatômicas, tratamento ortodôntico ineficaz e lesões cervicais não cariosas são fatores causais das recessões gengivais (WENNSTROM,1996).

Deve se levar em consideração que o tratamento ortodôntico por si só não provoca recessões periodontais. A prevalência de recessão periodontal é similar em indivíduos que foram submetidos ao tratamento ortodôntico e aos que não foram submetidos (GEBISTORF,2018).

A movimentação ortodôntica dentro da área do processo alveolar não apresenta impacto negativo sobre os tecidos periodontais. A movimentação dental para fora do processo alveolar reduz a espessura do tecido ósseo, com risco de deiscências, favorecendo o risco de desenvolvimento de recessão periodontal, ao passo que dentes que estejam mal posicionados em relação ao processo alveolar quando movimentados para dentro do processo alveolar podem demonstrar redução na recessão periodontal (CUNHA *et.,al* 2021).

O fator mais comum para desencadear a recessão gengival é o acúmulo de biofilme e trauma de escovação, porém os fatores predisponentes secundários que podem causar a migração do periodonto, são, o posicionamento incorreto dos dentes, fatores iatrogênicos e inserção muscular atípica.

Segundo VAHKALAHTI (1989), existe uma prevalência das recessões gengivais em indivíduos do sexo masculino em relação às mulheres com faixa etária de 31 a 50 anos. Porém ANDRADE (2013), relata predomínio das recessões gengivais em mulheres na faixa etária de 18 a 29 anos e em homens de 30 a 39 anos.

A prevalência, extensão e severidade das recessões periodontais aumentam com a idade, provavelmente devido ao maior período de exposição aos agentes causadores (KHOCHT,1993).

ANDRADE *et al.*,2013, cita os molares superiores como os dentes mais acometidos pelas recessões periodontais e os incisivos e caninos inferiores com menor percentual, porém, NASSER (2012), observou a prevalência nos primeiros pre-molres e RIOS (2013), estudando a prevalência de recessões periodontais em adultos brasileiros, observou que o maior índice de acometimento ocorre em segundos pre-molares.

Para o tratamento das recessões periodontais, classe RT1 de Cairo (antigas classes I e II de MILLER), é o enxerto de tecido conjuntivo sub epitelial o mais indicado, sendo geralmente empregado no tratamento das recessões múltiplas (CHAMBRONE, 2006).Porém, a morbidade pós operatória e a quantidade limitada de tecido doador obtida podem limitar o uso da técnica (STEFANINI,2016).

Os tratamentos realizados com tecido conjuntivo recobriram 100% das recessões periodontais rasas, alcançaram 92% de recobrimento para recessões moderadas e 88% para as profundas (VENTURIM *et al.*,2011). Cerca de 70% a 80% dessas lesões possuem tratamento eficaz e satisfatório, independente da técnica cirúrgica escolhida (LANDIM,2009).

Dentre as técnicas empregadas na área receptora, a envelopada é uma das técnicas mais utilizada para os recobrimentos radiculares, tendo como vantagem a preservação das papilas e sem incisões relaxantes, o que garante maior suprimento sanguíneo. Porém, as incisões relaxantes favorecem a movimentação do retalho para o recobrimento integral do enxerto (VENTURIM, 2011).

O grande índice de sucesso do uso do enxerto de tecido conjuntivo, se deve ao seu duplo suprimento sanguíneo, uma vez que que o enxerto fica apoiado na

superfície radicular e é recoberto pelo retalho, o que contribui para melhor cicatrização, fixação e adaptação do mesmo, além de aumentar o tecido queratinizado. A estética final em relação ao enxerto gengival livre é melhor, pois o enxerto gengival livre possui coloração pálida após a cicatrização (VENTURIM, 2011).

O enxerto gengival livre possui como vantagem o aumento tecidual em altura e espessura, contudo a área doadora possui riscos e complicações devido à sua cicatrização por segunda intenção. A técnica do enxerto de tecido conjuntivo, possui como vantagens a rápida cicatrização da área receptora e doadora, além de proporcionar recobrimento satisfatório (KATO,2005).

CAIRO *et al.*,2016, comparando resultados obtidos com as técnicas de retalho posicionado coronalmente com e sem adição de enxerto de tecido conjuntivo sub epitelial em recessões múltiplas em áreas estéticas, observou que após 12 meses 69% dos pacientes que receberam enxerto de tecido conjuntivo sub epitelial apresentaram completa cobertura de todas as regiões tratadas, ao passo que no grupo em que foi feito o retalho posicionado coronalmente, apenas 25% apresentaram cobertura total.

ZUCHELLI *et al.*,2018,em revisão sistemática, avaliando a técnica de recobrimento radicular com e sem enxerto de tecido conjuntivo em classes I e II de Miller, observou que os caninos superiores eram os dentes com maiores taxas de sucesso (34,3%), seguido dos primeiros pre molares (19%) e incisivos centrais inferiores (10,8%) e que a quantidade de tecido queratinizado apical e lateral à recessão pode influenciar nos resultados e que a técnica de retalho posicionado coronalmente, junto com enxerto de tecido conjuntivo sub epitelial, apresentou melhores resultados com maiores índices de recobrimento radicular.

CONCLUSÃO

As recessões periodontais são lesões que afetam os indivíduos no decorrer dos anos. Por serem de causas multifatoriais, cabe ao profissional o correto diagnóstico para atuar tanto na remoção da causa, quanto na escolha da técnica cirúrgica para a reabilitação do paciente.

O enxerto de tecido conjuntivo sub epitelial é uma ótima opção para corrigir as recessões periodontais pelos seguintes motivos:

1. Aumento de tecido queratinizado em altura e espessura, diminuindo a quantidade de exposição radicular;
2. Estética satisfatórias, pois, a cor do enxerto se torna semelhante à dos tecidos adjacentes;
3. Melhor nutrição pois, o enxerto recebe duplo suprimento sanguíneo da área receptora;

Referências Bibliográficas

- ANDRADE, Leonardo de Souza; SILVA, Bruno Gomes Nunes; SOUZA, Daniela Martins. Avaliação das recessões gengivais em adultos periodontalmente saudáveis. *Braz J Periodontol, R. Periodontia*. São José dos Campos-SP, v.23 n.01 p. 45-50, 2013.
- BRUNO, J. Connective tissue graft technique assuring wide root coverage. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*, v.14, n.2 p.126-137,1994.
- CHAMBRONE, Leandro. Subepithelial connective tissue grafts in the treatment of multiple recession-type defects. *J Periodontol*, v.77, n.5 p.909-916, 2006.
- CHAMBRONE, L; *et al.* Root coverage procedures for treating localised and multiple recession-type defects (Review), *The Cochrane Database Systematic Reviews*. 2018
- CUNHA, Fabiano *et al.* Recessão Periodontal tratamento cirúrgico. Belo Horizonte: Paco editorial, 2021
- EDDEL, Alan. Clinical evaluation of free connective tissue grafts used to increase the width of keratinized gingiva. *Journal of clinical Periodontology*, v.1 n.4, p 185-196, 1974.
- GEBISTORF, Meret *et al.* Gingival recession in orthodontic patients 10 to 15 years post treatment: A retrospective cohort study. *American Journal orthodontics and Dentofacial orthopedics*, v.53, n.5 p.645-655, 2018.
- HARRIS, J. Creeping attachment associated with the connective tissue with partial-thickness double pedicle graft. *Journal of Periodontology*, v.68 n.9, p.890-899, 1997.
- KATO, Segundo T, ALVES R. Emprego do enxerto gengival epitélio-conjuntivo no recobrimento radicular. *RGO, Porto Alegre*, v.54, n.1, p.81-83, 2005
- KOCHT, A *et al.* Gingival recession in relation to history of hard toothbrush use. *J Periodontol*; v.64 p. 900-905, 1993.

LANDIM, F *et al.* Enxerto subepitelial de tecido conjuntivo para recobrimento radicular. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco- Maxilo- facial, Camaragibe- PE, v.9, n.4, p.31-38, 2009.

LANGER, B ; LANGER, L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. Journal of Periodontology, v.56 , n.12, p. 715-720, 1985.

NASSER, kátia; MARTINS, Daniela. Relação entre características muco gengivais e ocorrência de recessão gengival. Revista Periodontia, v.22, n.4 , p.72-78, 2012.

RAETZKE, Peter. Covering Localized areas of root exposure employing the “envelope” technique. Journal of Periodontology, v.56, n.7, p.397-402, 1985.

RIOS, Fernando *et al.* Recessão gengival em uma população de adultos Brasileiros: Prevalência, extensão e fatores associados. Revista Faculdade de Odontologia. Porto Alegre, v.54, n.1-3, p.35-45, 2013.

SAADE, Jorge; BASSANI, Marcelo. Cirurgia plástica periodontal-recobrimento radicular. Artes Médicas. São Paulo, v.5, p.201-248, 2002.

SCULEAN, Anton; ALLEN Edward. The Laterally Closed Tunnel for the Treatment of deep isolated mandibular recessions: surgical technique and a report of 24 cases. Int. J Periodontics Restorative Dent. vol.38, n.4, p.479-487, 2018.

SCULEAN, Anton. *et al.* The combined laterally closed, coronally advanced tunnel for the treatment of mandibular multiple adjacent gingival recessions: surgical technique and a 11 cases. Quintessence. V.52, n.7, p.576-582, jun 2021.

STEFANINI, M *et al.* Patient-reported outcomes and aesthetic evaluation of root coverage procedures: a 12-month follow-up of a randomized controlled clinical trial. J clin Periodontol. V.43, n.12 p.1132-1141, 2016.

SULLIVAN, H; ATKINS J. Free autogenous gingival grafts. Utilization of grafts in the treatment of gingival recessions. Periodontics, v.6, n.4, p.152-160, 1968.

VAHKALAHTI, M. Occurrence of gingival recession in adults. Journal of Periodontology, v.60, p.599-603, 2009.

VENTURIM, Rosalinda; JOLY, Júlio Cesar, VENTURIM, Luiz Roberto. Técnicas cirúrgicas de enxerto de tecido conjuntivo para o tratamento da recessão gengival. Revista Gaúcha de Odontologia. Porto Alegre, v.59 p.147-152, 2011.

WENNSTROM, JL. Mucogingival therapy. Ann Periodontol. Gotemburgo, n.1,v.1,p.671-701, Nov 1996.

ZUCHELLI, G; DE SANCTIS, M. Treatment of multiple recession-type defects in patients with esthetics demands. Journal of Periodontology, v.7,n9,p.1506-1514, 2000.

ZUCHELLI, G; MOUNSSIF, I. Periodontal plastic surgery. Periodontology 2000, v.68, n.1, p.333-368, 2015.

ZUCHELLI, G *et al.* Influence of tooth location on coronally advanced flap procedures for root coverage. J Periodontol. v.89, n.12, p.1428-1441, 2018.

