



**FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS – FACSETE**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM PERIODONTIA**

VIRGINIA CAROLINE FERNANDES SUZART DA SILVA SANTOS

**TRATAMENTO DE MÚLTIPLAS RECESSÕES GENGIVAIS COM**  
**DUAS TÉCNICAS CIRÚRGICAS: RELATO DE CASO**

SALVADOR-BAHIA

2019

VIRGINIA CAROLINE FERNANDES SUZART DA SILVA SANTOS

**TRATAMENTO DE MÚLTIPLAS RECESSÕES GENGIVAIS COM  
DUAS TÉCNICAS CIRÚRGICAS: RELATO DE CASO**

Artigo Científico apresentado ao Curso de Especialização do Centro de Estudos Odontológicos, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Especialização em Periodontia.

**Área de Concentração: Periodontia**

**ORIENTADOR: Prof. Marcelo Bastos Nasciben**

SALVADOR-BAHIA

2019

Sa596t

Santos, Virginia

Tratamento de múltiplas recessões gengivais com duas técnicas cirúrgicas: relato de caso / Vírginia Santos- 2019.

14 f.;il.;color

Orientador: Marcelo Bastos Nasciben

Artigo (especialização em Periodontia)- Faculdade Sete Lagoas, Salvador, 2019.

1. Periodontia. 2. Recessão. 3. Técnica Semilunar.

I. Título. II. Marcelo Bastos Nasciben

CDD: 610.631

## FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS – FACSETE

Artigo intitulado **“Tratamento de Múltiplas Recessões Gengivais com duas Técnicas Cirúrgicas: Relato de Caso”**. Um relato de caso clínico de autoria da aluna *Virginia Caroline Fernandes Suzart da Silva Santos* aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

1) Prof. Dr. Fernando José de Oliveira – CENO – Salvador – BA

---

1) Prof. Fernando Bastos Nasciben – CENO – Salvador – BA  
Orientador

SALVADOR, 06 de julho de 2019.

## RESUMO

A recessão gengival é uma condição clínica comum que traz incômodo estético e sensibilidade aos pacientes. Buscando resultados satisfatórios estéticos e funcionais, várias técnicas têm sido propostas. Nesse caso clínico foram utilizadas as técnicas propostas por Allen<sup>8</sup> e Raetzke<sup>9</sup> para tratamento de recessões múltiplas classe I de Miller, em diversas regiões, num mesmo paciente. Perante o caso exposto, conclui-se que a técnica proposta por Allen associada a técnica de Raetzke, possibilitou um excelente resultado no recobrimento radicular em área de múltiplas recessões gengivais, logrando uma estética favorável.

**PALAVRAS-CHAVE:** Recessão gengival. Periodontia. Sensibilidade.

## **ABSTRACT**

Gingival recession is a common clinical condition that brings aesthetic discomfort and sensitivity to patients. Looking for satisfactory aesthetic and functional results, several techniques have been proposed. In this case, the techniques proposed by Allen<sup>7</sup> and Raetzke<sup>8</sup> for the treatment of Miller's multiple class I recessions in several regions in the same patient were used. In view of the above, we conclude that the technique proposed by Allen associated with the Raetzke technique allowed an excellent result in the root coverage in the area of multiple gingival recessions, achieving a favorable aesthetic.

**KEYWORDS:** Gingival recession. Periodontology. Sensitivity.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2 RELATO DE CASO .....</b>	<b>10</b>
<b>3 DISCUSSÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>12</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>13</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Dentre os problemas mucogengivais destacam-se as recessões, caracterizada pela migração apical da margem gengival. Tem como consequência, uma coroa clínica maior, podendo ocorrer hipersensibilidade dentinária, maior chance de cárie radicular e acúmulo de placa bacteriana.<sup>1</sup> Este tipo de lesão pode ter como etiologia a oclusão traumática, o desalinhamento dos dentes, a escovação incorreta, inserções de freios e bridas altas, entre outras.<sup>2</sup>

A Academia Americana de Periodontologia segue de forma consensual a classificação proposta pelos estudos de Miller (1985)<sup>3</sup>, segundo o autor as recessões gengivais estariam divididas em quatro classes: classe I a recessão fica restrita à gengiva inserida; classe II o defeito gengival atinge ou ultrapassa a linha mucogengival, assim como na classe I não há perda óssea; classe III atinge ou ultrapassa a junção mucogengival, observa-se perda óssea; classe IV da mesma forma da classe III transcende JMG, tecido adjacentes no nível da apical da retração, que alcança mais dentes.

Essas condições clínicas podem ser tratadas de forma não cirúrgicas ou cirúrgicas. Entre as técnicas não cirúrgicas temos a laserterapia, aplicação do fluoreto de sódio, aplicação de fosfato de magnésio com iontoforese, aplicação de hidróxido de cálcio e restaurações de resina ou ionômero de vidro.<sup>4</sup> E as realizadas pelos pacientes, com a utilização de dentifrícios que tem como objetivo controlar hipersensibilidade dentinária.<sup>5</sup>

Desde a década de 50, inúmeras técnicas cirúrgicas tem se mostrado eficazes no recobrimento radicular.<sup>6</sup> Entre estas, a técnica preconizada por Allen(1994) propõe uma alteração da técnica inicial de Raetzke, na qual incisões intrasulculares preservando o máximo possível do tecido gengival é realizado. Uma dissecação é realizada para criar um envelope de espessura parcial, estendendo-se de 3 a 5 milímetros lateralmente apicalmente as áreas de recessão. Essa técnica ficou conhecida também como tunelização, onde o enxerto de tecido conjuntivo é introduzido no túnel criado.<sup>7</sup>



**Fig. 01-** Técnica de Allen.

Fonte: JOLY et al.,2009.

Raetzke(1984) propõe uma abordagem diferente para recessões localizadas, denominada técnica do envelope. Essa técnica sugere a criação de um envelope a partir de retalho de espessura parcial sem a inclusão das papilas, e a incorporação de um enxerto de tecido conjuntivo que fica parcialmente exposto.<sup>8</sup>



**Fig. 02-** Técnica de Raetzke.

Fonte: JOLY et al., 2009.

Sendo assim, o objetivo deste artigo foi descrever um caso clínico, onde foi realizado recobrimentos radiculares com a utilização das técnicas descritas anteriormente.

## 2 RELATO DE CASO

Paciente GBC, sexo masculino, 41 anos de idade, compareceu a clinica do Ceno queixando-se de sensibilidade dentária e do comprometimento estético.

No exame clínico, observou-se que o paciente apresentava múltiplas recessões gengivais classe I de Miller, envolvendo os elementos dentais 11,12, 21, 22 (Figura 3 e 4).

Paciente sem comprometimento sistêmico e periodontal, não tabagista e nem etilista. Periodonto tipo I. Diante deste caso, optou-se por realizar o recobrimento radicular pela técnica de Allen nas unidades 11,12, 21 e 22, sendo complementada com a técnica de Raetzke no elemento 22.

Na técnica de Allen foi feita anestesia por bloqueio infraorbital bilateral e após uma complementação com anestesia infiltrativa. Posteriormente, foram realizadas incisões intrasulculares nas unidades 11, 12, 21 e 22, criando um túnel subpeiósteo. Gerou um retalho de espessura total que se estendeu apicalmente além da linha mucogengival. Foi retirado do palato tecido conjuntivo de tamanho suficiente para recobrir as recessões. O enxerto foi posicionado no túnel com ajuda do fio de sutura e suturas foram realizadas utilizando o Vicryl. Na área doadora realizou-se suturas em “x quadrado” para melhor cicatrização e conforto do paciente (Figura 3).



**Fig. 03-** Técnica da Tunelização (antes e depois).

Após a cicatrização (2 meses), a técnica de Raetzke foi realizada como complementar na unidade 22, foi feito o bloqueio do nervo alveolar superior anterior e infiltrativa no local. Inicialmente, foi realizada uma incisão intrasulcular, introduzindo a lâmina de bisturi até ápice, o retalho foi dividido até a extensão que comporte o enxerto, em seguida a raiz é condicionada (mecanicamente e quimicamente), o enxerto é retirado do palato e posicionado dentro do “envelope” criado e suturado (Figura 4).



**Fig. 04-** Técnica de Raetzke (antes e depois).

Em todos os pós-operatórios, o paciente recebeu orientações sobre os cuidados necessários e foi prescrito dipirona sódica 500mg de 6/6h, prednisona 20 mg de 12/12h, durante 4 dias, além do bochecho com gluconato de clorexidina 0,12%.

Todas as etapas cirúrgicas, o paciente retornou em 10 dias para avaliação e acompanhamento.

### **3 DISCUSSÃO**

A recessão foi conceituada de várias maneiras. Gartrell e Mathewws<sup>9</sup>, definiram como a posição apical da margem gengival em relação à junção amelocementária. Contudo, para Guinard e Caffesse<sup>10</sup>, considera o desnudamento parcial da superfície radicular, devido à migração apical da margem gengival.

No ano de 1992, a Academia Americana de Periodontologia<sup>11</sup>, determinou a recessão como o deslocamento da gengiva marginal apicalmente à junção amelocementária.

De acordo com Dani et al<sup>12</sup>, a tunelização (Allen) foi desenvolvida como uma modificação da técnica de Raetzke. Conforme dito por Stimmelmay et al<sup>13</sup>, para tratamento de recessões múltiplas, onde a estética é um fator crucial, a técnica de tunelização poderá ser a opção de eleição, pois ela permite a preservação das papilas, o que fornece melhor suprimento sanguíneo para o enxerto.

A técnica de Raetzke (envelope) serviu de base para diversas técnicas. Todavia, Carvalho et al<sup>14</sup> afirma que, sua utilização fica limitada às recessões isoladas, pode ser indicada para classe I e II.

### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Perante o caso exposto, conclui-se que a técnica proposta por Allen associada a técnica de Raetzke, possibilitou um excelente resultado no recobrimento radicular em área de múltiplas recessões gengivais, logrando uma estética favorável.

## REFERÊNCIAS

1. Azzi R et al. Restorative Dentistry and Papilla Reconstruction in Reduced Periodontium. Clinical and Research report. United States, vol 1, Issue 1: 27-34; 2004.
2. Rosado AEA. Técnicas Cirúrgicas no tratamento de Recessões Gengivais: Revisão da Literatura. Universidade de Lisboa; 2015.
3. Miller PD. A classification of marginal tissue recession. *Int J Perio Res Dent*, 5(2):9-13; 1985.
4. Vale IS; Bramante AS. Hipersensibilidade dentinária: diagnóstico e tratamento. *Rev Odontol Univ*. 11(3):207-213; 1997.
5. Rico, A J. Hipersensibilidad dentinal. *Acta Clin Odontol*.15(28): 17-29; 1992.
6. Spahr, A et al. Coverage of Miller class I and II recession defects using enamel matrix proteins versus coronally advanced flap technique: a 2-year report. *Journal of Periodontology*, 76(11):1871-80; 2005.
7. Allen, A. Use of the supraperiosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage. I. Rationale and technique. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*, 14(3), 216–227;1994.
8. Raetzke, P. Covering localized areas of root exposure employing the “envelope” technique. *Journal of Periodontology*,56(7), 397–402; 1985.
9. Gartrell JR, Mathewws DP. Gingival recession. *Dent Clin North Am*, 20(1):35-59; 1976.
10. Guinard EA, Caffesse RG. Treatment of localized gingival recessions. I. Lateral sliding flap. *J Periodontol*, 49(7):351- 6; 1978.
11. Glossary of Terms in Periodontology. Chicago: The American Academy of Periodontology; 1992.
12. Dani S et al. The pouch and tunnel technique for management of multiple gingival recession defects. *J Indian Soc Perio*, 18:776–80.7; 2014.
13. Stimmelmay M et al. Treatment of gingival recession in the anterior mandible using the tunnel technique and a combination epithelialized-subepithelial connective tissue graft—a case series. *Int J Periodontics Restorative Dent*, 31:164–73; 2011.
14. Carvalho PF et al. Modified coronally advanced flap associated with a subepithelial connective tissue graft for the treatment of adjacent multiple gingival recessions. *J Periodontol*, 77(11): 1901-06; 2006
15. Del Pizzo et al. Coronally advanced flap with or without enamel matrix derivative for root coverage: a 2-year study. *Journal of Clinical Periodontology*, 32(1):1181-1187; 2005.

16. Dominiak M, Gedrange T. "New perspectives in the diagnostic of gingival recession. *Adv Clin Exp Med*, 23(6):857-63; 2014.
17. Pini Prato et al. Coronally advanced flap procedure for root coverage. Treatment of root surface: root planning versus polishing. *J Periodontol*, 70(9):1064-76; 1999.
18. Borghetti A, Monnet-Corti V. *Cirurgia plástica periodontal*. Porto Alegre: Artmed; 2002.
19. Friedman N. Mucogingival surgery. *Tex Dent J*, 75:358-62; 1957.
20. Bernimoulin JP et al. Coronally repositioned periodontal flap. Clinical evaluation after one year. *J Clin Periodontol*, 2:1-13; 1975.
21. Harris RJ. A Comparison of two Techniques for Obtaining a Connective Tissue Graft From the Palate. *Int J Periodontol Rest Dent*, 17:260-71; 1997.
22. Piloni A et al. Root coverage with a coronally positioned flap used in combination with enamel matrix derivative: 18-month clinical evaluation. *Journal of periodontology*, 77(12), pp. 2031-9; 2006.