

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE
Pós-Graduação em Odontologia

ALESSANDRA GONÇALVES DE CASTRO VIANA

**RECOBRIMENTO RADICULAR PELA TÉCNICA DE DESLIZAMENTO
LATERAL: REVISÃO DE LITERATURA**

Sete Lagoas
2021

Alessandra Gonçalves de Castro Viana

**RECOBRIMENTO RADICULAR PELA TÉCNICA DE DESLIZAMENTO
LATERAL: REVISÃO DE LITERATURA**

Monografia apresentada ao curso de especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Periodontia.

Orientador: Ivan Andrade Silva
Mário Pedro Souza Amaral

Sete Lagoas
2021

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE
Pós-Graduação em Odontologia

Alessandra Gonçalves de Castro Viana

**RECOBRIMENTO RADICULAR PELA TÉCNICA DE DESLIZAMENTO
LATERAL: REVISÃO DE LITERATURA**

Monografia apresentada ao curso de especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Periodontia.

Orientadores: Ivan Andrade Silva
Mário Pedro Souza Amaral

Aprovada em ___/___/___ pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof.

Prof.

Prof.

Sete Lagoas, 23 de novembro de 2021

RESUMO

O presente trabalho apresenta uma revisão bibliométrica da literatura que buscou elucidar a técnica de enxerto gengival por deslizamento lateral de retalho. foram realizadas buscas nas bases de dados Scielo, Pubmed, Biblioteca Virtual de Saúde e Google Scholar. Foram selecionados artigos completos, *guidelines*, protocolos, monografias, teses e dissertações publicados na íntegra, sendo admitidas publicações na língua portuguesa e inglesa. Para as buscas foram incluídos os termos-chave: recessão gengival, retração gengival, deslizamento lateral de retalho, cirurgia periodontal, gingival recession, laterally positioned flap, periodontal surgery. A técnica de deslizamento lateral de retalho é uma opção de tratamento eficiente e com bom prognóstico para casos de recessão gengival unitária de face única, geralmente anterior. Desde seu desenvolvimento, na década de 1950, passou por diferentes modificações e adaptações, visando sempre melhorar os resultados clínicos e estéticos.

Palavras-chave: Recessão gengival; retração gengival; deslizamento lateral de retalho; cirurgia periodontal.

ABSTRACT

RADICULAR OVERLAY BY SIDE SLIDING TECHNIQUE: A LITERATIVE REVIEW

The present work presents a bibliometric review of the literature that sought to elucidate the technique of gingival grafting by lateral flap sliding. Searches were performed in the Scielo, Pubmed, Virtual Health Library and Google Scholar databases. Full articles, guidelines, protocols, monographs, theses and dissertations published in full were selected, and publications in Portuguese and English were accepted. For the searches, the key terms were included: recessão gengival, retração gengival, deslizamento lateral de retalho, cirurgia periodontal, gingival recession, laterally positioned flap, periodontal surgery. The lateral flap sliding technique is an efficient treatment option with a good prognosis for cases of single-sided, usually anterior, single-sided gingival recession. Since its development in the 1950s, it has undergone different modifications and adaptations, always seeking to improve clinical and aesthetic results.

Keywords: Gingival recession; laterally positioned flap; periodontal surgery.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	OBJETIVOS	8
3	METODOLOGIA	9
4	REVISÃO DE LITERATURA	10
	4.1 Indicações da Técnica de Enxerto Gengival por Deslizamento Lateral de Retalho	10
	4.2 Técnica Cirúrgica de Enxerto Gengival por Deslizamento Lateral de Retalho	12
	4.3 Resultados clínicos, vantagens e desvantagens do enxerto gengival pela técnica de Deslizamento Lateral de Retalho	15
5	CONCLUSÃO.....	19
	REFERÊNCIAS	20

1 INTRODUÇÃO

A recessão gengival é definida como a condição em que ocorre a exposição do colo e da raiz de dentes devido a uma migração apical do tecido gengival, expondo a superfície dentária coberta por cemento. Histologicamente, a recessão é decorrente de alterações periodontais atróficas, ou seja, um processo de lesão celular caracterizado por diminuição do volume e da população celular de um determinado órgão ou tecido, decorrente da agressão celular subletal (essencialmente reversível), com hipóxia, compressão mecânica, redução da vascularização local, entre outros (GUTTIGANU et al., 2018; JATI et al., 2016)

Trata-se de uma condição de ocorrência comum ao redor do mundo e de fatores etiológicos variados. Estima-se que, a depender da população estudada, de 30 a 100% das pessoas irão apresentar recessões gengivais, sendo que a prevalência e a severidade (extensão e profundidade das recessões) tendem a se agravar com o aumento da idade do indivíduo. Os fatores etiológicos incluem anatômicos, patológicos ou fisiológicos, sendo a recessão gengival comumente causada pelo processo inflamatório desencadeado pelo acúmulo de placa bacteriana (gengivite). Além disso, outros fatores etiológicos comuns são trauma mecânico crônico por escovação dentária ou má-oclusão, dano iatrogênico de restaurações mal adaptadas, raspagem e alisamento radicular repetido, tratamento ortodôntico inadequado, hábitos parafuncionais, dentre outros (BAKER, 2019; JATI et al., 2016; MERIJOHN, 2016).

A recessão gengival pode ser do tipo localizada ou generalizada e, embora incomum, quando isolada, sua evolução para perda dental é lenta e dependente de fatores agravantes. A sensibilidade dental pode ou não estar presente em dentes com raízes expostas, entretanto, a queixa estética e a tendência ao desenvolvimento de cárie radicular e abrasão dentária podem estar presentes. Assim, a partir das queixas do paciente e da evolução do quadro, a abordagem clínica pode ser, desde o acompanhamento periódico associado a cuidados específicos, até a necessidade de cirurgia periodontal (JATI et al., 2016; MERIJOHN, 2016).

As indicações cirúrgicas de recobrimento ou aumento da faixa de gengiva inserida podem ser consideradas em casos que demandem melhoria da estética ou por lesões ou sintomatologia. Diferentes técnicas cirúrgicas estão disponíveis para o recobrimento de recessões gengivais, dentre elas o retalho deslocado coronal,

deslizamento lateral de retalho, o enxerto gengival livre e o enxerto de conjuntivo subepitelial. A escolha por uma das técnicas irá depender da quantidade de gengiva inserida e sua espessura, a presença ou a ausência de profundidade clínica de sondagem, o nível clínico de inserção, o contato oclusal prematuro e a classificação da recessão (BAKER, 2019; GUTTIGANUR et al., 2018).

O enxerto gengival por deslizamento lateral de retalho (laterally positioned flap) foi uma das primeiras técnicas cirúrgicas desenvolvidas para recobrimento radicular, sendo descrita por Grupe e Warren em 1956. Trata-se de um método cirúrgico indicado para tratamento de recessões gengivais isoladas de um ou dois dentes, promovendo uma melhora estética e o aumento da gengiva inserida no local. Embora dependente de recessões localizadas e disponibilidade de tecido adjacente saudável, trata-se de uma técnica ainda muito empregada na clínica odontológica (AHMEDBEYLI et al., 2019; GRUPE and WARREN, 1956).

Considerando a grande prevalência de recessão gengival em indivíduos, sobretudo adultos e idosos e, sua tendência ao agravamento, é relevante considerar abordagens terapêuticas ainda em estágios iniciais ou recessões localizadas. Neste sentido, o presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo revisar a literatura quanto à técnica de enxerto gengival por deslizamento lateral de retalho.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Conduzir uma revisão de literatura acerca da técnica de enxerto gengival por deslizamento lateral de retalho para recobrimento de recessões gengivais localizadas.

Objetivos específicos

1. Apresentar as indicações da técnica de enxerto gengival por deslizamento lateral de retalho;
2. Apresentar a técnica cirúrgica de enxerto gengival por deslizamento lateral de retalho, bem como as variações e adaptações da mesma;
3. Levantar e apresentar estudos que mostrem os resultados à longo prazo da técnica de enxerto gengival por deslizamento lateral de retalho;
4. Apresentar as vantagens e limitações da técnica de enxerto gengival por deslizamento lateral de retalho.

3 METODOLOGIA

O presente trabalho apresenta uma revisão bibliométrica da literatura que buscou elucidar a técnica de enxerto gengival por deslizamento lateral de retalho. A revisão bibliométrica foi escolhida por ser um método planejado para responder a uma pergunta específica, e que possibilita coletar, selecionar e analisar criticamente os estudos primários, fontes de informação para a revisão. As fontes de um estudo de bibliometria são, portanto, artigos e outros documentos provenientes de estudos originais, disponíveis em um banco de dados.

Para a presente revisão bibliométrica, foram realizadas buscas nas bases de dados Scielo, Pubmed, Biblioteca Virtual de Saúde e Google Scholar. Foram selecionados artigos completos, *guidelines*, protocolos, monografias, teses e dissertações publicados na íntegra, sendo admitidas publicações na língua portuguesa e inglesa. Para as buscas foram incluídos os termos-chave: recessão gengival, retração gengival, deslizamento lateral de retalho, cirurgia periodontal, gingival recession, laterally positioned flap, periodontal surgery.

As buscas foram realizadas no período de 22 de setembro de 2021 a 15 de outubro de 2021, sendo selecionados artigos que se enquadrassem na temática do presente estudo. A seleção dos artigos e documentos foi feita através da leitura de seus títulos e resumos. Uma vez identificado o interesse nos mesmos, a leitura na íntegra e o recorte do conteúdo foi realizado por uma só pesquisadora. Considerando que as técnicas de enxertia gengival são empregadas na odontologia há muitas décadas, sofrendo grandes adaptações e melhorias ao longo do tempo, não foi estabelecida delimitação de tempo para as datas das publicações incluídas, entretanto optou-se por sempre priorizar referências mais recentes.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Indicações da Técnica de Enxerto Gengival por Deslizamento Lateral de Retalho

As recessões gengivais podem ser definidas como o deslocamento apical da margem gengival em relação à junção amelo-cementária, ou em relação à sua posição fisiológica. A recessão pode existir na presença de sulcos normais e de níveis ósseos e cristas alveolares interdentárias não destruídos, ou pode ocorrer em consequência de uma perda óssea, podendo ser localizada ou generalizada entre os fatores predisponentes ao desenvolvimento e progressão das recessões gengivais, pode-se destacar gengivite por acúmulo de placa, tártaro ou presença de restaurações mal adaptadas a nível gengival; doença periodontal; trauma oclusal ou trauma por escovação incorreta; mau posicionamento dental, necessidade de tratamento ortodôntico ou, ainda em advento do tratamento ortodôntico; dentre outros (BAKER, 2019; GUTTIGANUR et al., 2018; JATI et al., 2016; MERIJOHN, 2016).

Muitas vezes pacientes com recessões gengivais não apresentam queixas estéticas ou sintomatologia dolorosa, entretanto, a depender do nível de exposição radicular, os pacientes apresentam queixas e demanda por tratamento, que pode incluir abordagem restauradora, ortodôntica ou mesmo cirúrgica. O objetivo dos procedimentos de recobrimento radicular consiste na resolução completa do defeito de recessão, com mínimas profundidades de sondagem pós-tratamento, juntamente com um resultado estético que resulta em uma completa transferência da cor e textura do tecido da área tratada com os tecidos moles adjacentes. Atualmente, inúmeros procedimentos cirúrgicos têm sido descritos na literatura com este objetivo (BAKER, 2019; GUTTIGANUR et al., 2018; JATI et al., 2016; MERIJOHN, 2016).

A definição da técnica cirúrgica a ser adotada pelo clínico irá variar de acordo com a localização, extensão e profundidade da recessão gengival, além de aspectos relacionados ao paciente, tais como características dos tecidos gengivais na área a ser enxertada, condição sistêmica e hábitos de higiene e tabagismo. A classificação rotineiramente adotada em periodontia para recessões gengivais é a de Miller (1985), se baseando em medidas entre a margem gengival, a junção mucogengival e a perda óssea interdentária, permitindo, assim, uma maior precisão no prognóstico com relação à previsibilidade de cobertura radicular. Sendo assim, as recessões gengivais

podem ser divididas em quatro classes: Classe I – A recessão não atinge a linha mucogengival e não apresenta perda de tecido interdentário; Classe II – A recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival, sem perda de tecido interdentário; Classe III – Há perda de tecido ósseo interdentário e o tecido gengival proximal está apical à junção cimento – esmalte e coronário à recessão; e Classe IV – Há a perda de tecido interdentário e o tecido gengival proximal está ao nível da base da recessão (BOSCO et al., 2021, MILLER, 1985).

Em uma revisão dos princípios fundamentais da cirurgia periodontal, Sanz et al. (2014) relatam os princípios fundamentais nas fases pré, trans e pós-cirúrgicas. Na fase pré-operatória, os elementos chave são o controle dos fatores prognósticos que afetam o paciente, tais como higiene oral, a cessação do tabagismo e o controle de doenças sistêmicas. Na fase operatória, os princípios de desenho, mobilização, avanço, adaptação e estabilização do retalho são essenciais. Na fase pós-operatória, controle de infecção, incluindo medidas eficazes de higiene oral, tratamento antisséptico e outros medicamentos. Os autores completam que em defeitos de recessão única, a técnica de retalho mais utilizada é o retalho coronário avançado e em situações clínicas específicas, o deslocamento lateral de retalho.

Grupe e Warren (1956) desenvolveram e descreveram a técnica que nomearam de ‘deslizamento lateral de retalho’, “retalho de rotação lateral” ou “retalho posicionado lateralmente”, uma das primeiras técnicas utilizadas em cirurgia mucogengival para o recobrimento radicular. Este procedimento tem sido relatado como uma opção adequada para o tratamento de defeitos de recessão localizados, resultando em aumento do tecido queratinizado e grandes taxas de cobertura na área afetada (AHMEDBEYLI et al., 2019; GRUPE e WARREN, 1956).

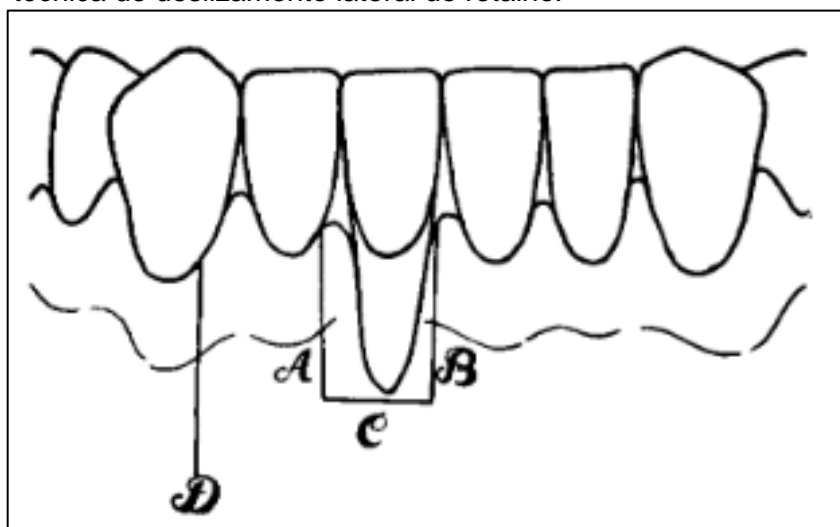
Segundo sua descrição, a técnica é indicada para o tratamento de recessões gengivais Classes I e II de Miller, isoladas ou atingindo até dois dentes. Embora dependa da presença de área doadora adequada, com tecido queratinizado e suficiente, em profundidade e largura, esta abordagem apresenta ao clínico a possibilidade de cobrir o defeito com tecidos gengivais mais harmônicos, por meio de um único procedimento cirúrgico (AHMEDBEYLI et al., 2019; BOSCO et al., 2021; GRUPE e WARREN, 1956).

4.2 Técnica Cirúrgica de Enxerto Gengival por Deslizamento Lateral de Retalho

A seguir, é descrita a técnica primariamente proposta por Grupe e Warren (1956) para a realização do enxerto gengival pela técnica de deslizamento lateral, sendo utilizadas as imagens originais dos autores. O procedimento se inicia após a infiltração de anestésico local, raspagem e alisamento radicular na área a ser operada, visando uma área livre de contaminação, lisa e sem irregularidades superficiais. Inicialmente, incisões verticais são feitas em cada lado do da recessão, paralelamente à mesma (Fig.1, A e B), envolvendo na área de corte apenas a margem inflamada dos tecidos e estendendo-se diretamente para baixo até um nível ligeiramente abaixo da base da recessão gengival. Essas incisões são então conectadas a uma incisão horizontal, na base da recessão (Fig.1, C). O tecido ao redor do defeito é removido, eliminando completamente o revestimento epitelial do tecido mole e a fixação epitelial (GRUPE e WARREN, 1956).

Outra incisão deve então ser realizada à distância de uma papila distal ao defeito gengival (Fig.1, D), tomando cuidado para que a crista da papila não seja trespassada pela lâmina, no sentido direto para baixo na mucosa alveolar até onde for necessário e possível para fornecer mobilidade adequada ao retalho que acaba de ser obtido (GRUPE e WARREN, 1956).

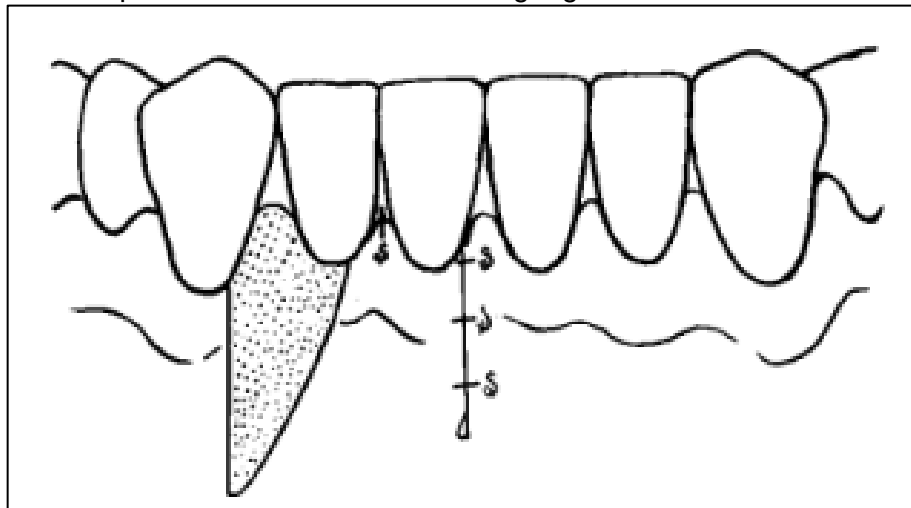
Figura 1 – Incisões verticais e horizontal iniciais realizadas na técnica de deslizamento lateral de retalho.



Fonte: Grupe e Warren (1956).

Este retalho pediculado deve ser largo o suficiente para cobrir facilmente área de exposição radicular. Ao se descolar o retalho, a gengiva inserida é separada do osso subjacente até sua junção com a mucosa alveolar. É então realizado um descolamento, a metade distal do retalho em espessura parcial e a metade mesial em espessura total. Durante esta etapa, deve-se manusear a fina mucosa com cuidado para não acarretar seu rompimento. Essas etapas deixam um retalho em movimento livre, que pode ser deslocado sobre a exposição cervical e suturado com o auxílio de sutura dérmica em uma agulha atraumática (Fig.2) (GRUPE e WARREN, 1956).

Figura 2 – ilustração do deslizamento lateral do retalho visando cobrir a raiz exposta do dente com recessão gengival e a área suturada.



Fonte: Grupe e Warren (1956).

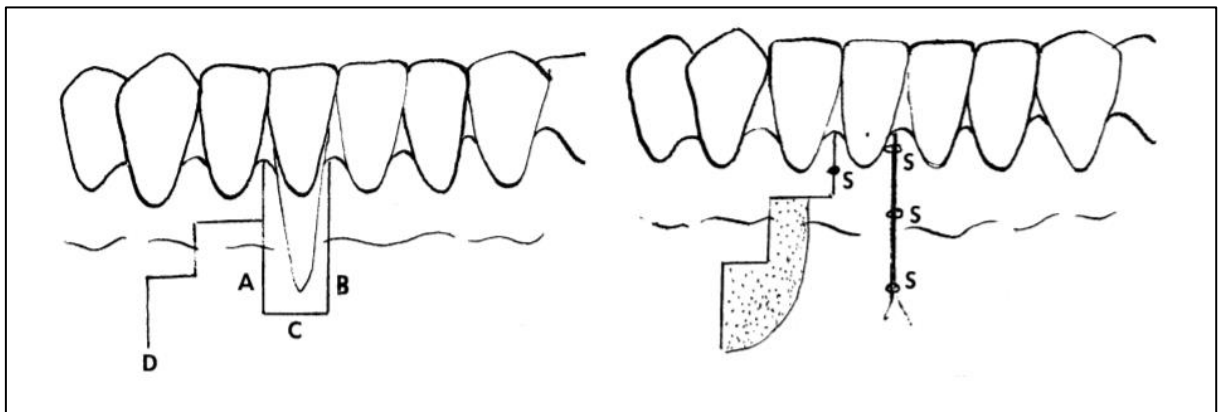
Finalizado o procedimento, os autores sugerem a colocação de um cimento cirúrgico para a imobilização do enxerto e proteção do osso e periósseo, que irão cicatrizar por primeira intenção. Os autores sugerem que seja explicado ao paciente que o cimento cirúrgico irá proteger a área operada de saliva, trauma e para promover analgesia local. Ademais, sugerem que o mesmo seja advertido sobre evitar movimentar excessivamente os lábios e a manter uma dieta líquida pelas próximas 72 horas. O sucesso do procedimento, em muito, depende da manutenção do cimento cirúrgico em boca (GRUPE e WARREN, 1956).

Os autores sugerem, em sua descrição primária da técnica, a remoção do cimento cirúrgico e da sutura após três dias, seguido de limpeza cuidadosa da ferida cirúrgica e imediata colocação de novo cimento cirúrgico no local. Por fim, os autores relatam que entre 21 e 30 dias a cicatrização da área estará completa. A descrição da

técnica é então seguida da apresentação de três relatos de casos realizados pelos próprios autores (GRUPE e WARREN, 1956).

A partir da técnica primariamente descrita, diversos estudos buscando descrever técnicas cirúrgicas para reparo ósseo e de tecido mucogengival foram publicados. Os achados histológicos destas pesquisas sugeriram que uma abordagem cirúrgica mais conservadora do que a descrita primariamente por Grupe e Warren (1956) seria especialmente importante quando for necessário expor áreas de osso radicular delgado. Em vista dessa evidência, Grupe publicou, em 1966, uma técnica modificada para o deslizamento lateral de retalho. Em casos selecionados em que uma quantidade adequada de gengiva fibrosa está disponível no local doador, é possível reter a gengiva marginal com sua fixação no dente e no osso. Isso é feito por meio de uma incisão horizontal apical ao sulco gengival (Figura 3). As etapas restantes da técnica são as mesmas descritas primariamente (GRUPE, 1966).

Figura 3 – ilustração das incisões sugeridas na técnica de deslizamento lateral de retalho modificada



Fonte: Grupe (1966).

Desde as primeiras tentativas de tratar a recessão gengival em superfícies radiculares expostas, uma etapa fundamental nos procedimentos cirúrgicos é a instrumentação mecânica radicular, que tem como objetivo suavizar irregularidades e sulcos da superfície radicular, reduzindo a convexidade da raiz e a distância mesio-distal entre espaços periodontais, minimizando a toxicidade do cimento e removendo lesões de cárie radicular. Em combinação com o tratamento mecânico, vários autores sugerem o uso de diferentes agentes químicos para desintoxicar, descontaminar e desmineralizar a superfície radicular. Vários ácidos têm sido usados, incluindo os ácidos cítrico e fosfórico e o ácido etilenodiaminotetracético (EDTA), para remover a

camada de esfregaço produzida pela instrumentação radicular, para expor as fibrilas de colágeno da matriz dentinária, para facilitar a formação de nova fixação de tecido conjuntivo e para remover substâncias citopáticas do cimento infectado que inibem o crescimento do fibroblasto gengival humano, com subsequente indução dos processos de cementogênese. (SANCTIS e CLEMENTINI, 2014).

Para a realização da técnica de deslizamento lateral de retalho, maior quantidade de tecido queratinizado na área doadora, na fase pré-cirúrgica, foi associada a uma maior porcentagem de cobertura total da raiz em locais tratados com a técnica. Além do tecido queratinizado, o biotipo de tecido também é considerado importante e pode ter uma influência maior no resultado final, quando comparado à queratinização tecidual. Um prognóstico mais previsível foi associado à espessura gengival de 0,8-1,2 mm, sendo que espessuras inferiores a 1 mm podem afetar a porcentagem de cobertura total da raiz (AHMEDBEYLI et al., 2019).

Várias modificações da técnica de retalho posicionado lateralmente têm sido propostas a fim de se driblar suas limitações e melhorar os resultados clínicos. Nas técnicas descritas, observa-se a sugestão de se modificar a incisão da área doadora, técnicas com a utilização de membranas, fatores de crescimento ou associação de técnicas empregando o retalho posicionado lateralmente e enxerto de tecido conjuntivo. Todas as variações visam melhorar a cicatrização e os resultados clínicos pós-operatórios, aumentando a faixa de gengiva queratinizada e a estética da área operada (AHMEDBEYLI et al., 2019; BOSCO et al., 2021; CARDOSO, 2018; PATUR, 1977)

4.3 Resultados clínicos, vantagens e desvantagens do enxerto gengival pela técnica de Deslizamento Lateral de Retalho

Em um estudo realizado por Saito et al. (2010), os autores descrevem o tratamento de uma bolsa periodontal na região vestibular do dente 13, de origem traumática, com uma fístula comunicante na sua proporção mais apical. Este procedimento constituiu na remoção da parede mole da bolsa através de duas incisões verticais partindo da gengiva marginal em direção convergente para a

mucosa alveolar, sendo uma em bisel externo na mesial da bolsa. Após o levantamento de um retalho duplo na região dos incisivos, a porção exposta da raiz do dente 13 foi devidamente aplainada, condicionada com solução de cloridrato de tetraciclina na concentração de 100mg/ml soro por 2 minutos e irrigada com soro fisiológico. Em seguida, realizou-se a sutura do retalho de maneira que o bisel externo do retalho ficasse embutido no bisel interno da área receptadora. O processo de cicatrização possibilitou uma resolução estética favorável, com uma profundidade de sondagem dentro de padrões de normalidade.

Em um estudo conduzido por Lee et al. (2014), os autores apresentam três casos clínicos classe III de Miller com perda óssea interproximal e defeitos amplos e profundos tratados com um procedimento de combinação de um retalho posicionado lateralmente modificado e tecido conjuntivo subepitelial. Os três casos apresentaram defeito inicial médio de $7,7 \pm 1,5$ mm e defeito residual médio de $1,7 \pm 1$ mm no seguimento de 3, 6 e 36 meses, respectivamente, após a cirurgia de recobrimento radicular. O sintoma de hipersensibilidade melhorou e os pacientes ficaram satisfeitos com os resultados clínicos. Os resultados demonstraram que a combinação de técnicas é promissora no tratamento desses casos avançados no que diz respeito à obtenção do recobrimento radicular esperado com o tecido gengival.

Seguindo a mesma temática do estudo anterior, Cardoso (2018) teve como objetivo apresentar um caso clínico de recessão gengival submetido ao recobrimento radicular pela associação da técnica de deslizamento lateral de retalho com o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial. Paciente de 23 anos, gênero feminino, não fumante e com boa higiene bucal, apresentou-se a disciplina de periodontia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, com queixa de desconforto durante a alimentação, higienização e estética desfavorável. Após tratamento cirúrgico e acompanhamento do caso durante 24 meses, verificou-se que a associação das duas técnicas obteve sucesso clínico final de total recobrimento radicular, aumento da faixa de gengiva queratinizada, ausência de sensibilidade à escovação e satisfação estética da paciente.

Em um estudo realizado por Ahmedbeyli et al. (2018), buscou-se avaliar a combinação do enxerto de matriz dérmica acelular com retalho posicionado lateralmente para o tratamento de recessões gengivais, comparando os resultados com a técnica convencional de retalho posicionado lateralmente, em termos de cobertura radicular, estética e perspectivas do paciente. Vinte e dois pacientes com

recessões localizadas de Classe I e II de Miller (≥ 3 mm com espessura gengival e $<0,8$) mm foram incluídos, sendo reavaliados 12 meses após a cirurgia. Os autores pontuam que, embora a técnica de deslizamento lateral de retalho seja uma abordagem bem-sucedida no tratamento de recessões gengivais localizadas de Miller I e II, quando o tecido doador é delgado, seu espessamento com tecido alogêneo garante resultados mais bem-sucedidos em relação à cobertura completa do defeito e satisfação do paciente. Assim, para o presente estudo, o aumento da altura e espessura gengival de tecido queratinizado representaram melhorias críticas no prognóstico das recessões, sendo benéfico para a saúde periodontal e a estética do paciente (AHMEDBEYLI et al., 2019).

O objetivo de um estudo clínico conduzido por Chambrone et al. (2015) foi avaliar histomorfometricamente a anatomia dos tecidos gengivais em recessões unitárias únicas tratadas com retalho posicionado lateralmente. Cinco pacientes, apresentando primeiros molares superiores com recessão gengival até o ápice da face vestibular da raiz mesio-vestibular, foram convidados a participar. Após 3-4 meses de conduzidas as cirurgias, as raízes tratadas com foram removidas em bloco (raiz e o tecido de cobertura) e condizadas para avaliação histológica quanto às dimensões longitudinais dos epitélios crevicular, sulcular e juncional. Os autores concluíram, a partir deste estudo, que o uso da técnica de retalho posicionado lateralmente resultou em nova fixação com formação de epitélio crevicular, epitélio juncional longo e algum tecido conjuntivo, restabelecendo as características anatômicas normais dos tecidos gengivais.

Relata-se que que a técnica de deslizamento lateral de retalho é uma opção de tratamento eficiente e vantajosa, quando se pensa no menor tempo necessário para sua execução, por ser menos invasiva e altamente estética para o tratamento de defeitos de recessão isolados. Ainda, o enxerto pedicular retém seu suprimento sanguíneo por meio de sua fixação à base e facilitando a revascularização com o local receptor. Nessa técnica de cirurgia pediculada, originalmente não se utiliza enxerto de áreas doadoras distantes da área receptora, o que causa menor desconforto no pós-operatório quando comparada, por exemplo, à retirada de enxerto conjuntivo de palato. Ademais, a técnica apresenta boa previsibilidade e prognóstico favorável quando executada de forma correta (AHMEDBEYLI et al., 2019; SANCTIS e CLEMENTINI, 2014).

Por outro lado, sua indicação fica limitada à casos isolados ou de, no máximo, dois elementos, em que se observe área doadora adjacente contendo suficiente faixa de gengiva aderida queratinizada, tanto em largura quanto em profundidade. Este tipo de retalho é ainda contra-indicado regiões de vestibulo raso, e com alta fixação frenal (AHMEDBEYLI et al., 2019; SANCTIS e CLEMENTINI, 2014).

No que diz respeito à associação de técnicas, a técnica do retalho posicionado lateralmente combinado com um enxerto de tecido conjuntivo subepitelial é uma das abordagens convencionais para resolver defeitos de recessão gengival, com as vantagens de flexibilidade do retalho e cobertura estendida do enxerto de tecido (LEE et al., 2014).

5 CONCLUSÃO

A técnica de deslizamento lateral de retalho é uma opção de tratamento eficiente e com bom prognóstico para casos de recessão gengival unitária de face única, geralmente anterior. Desde seu desenvolvimento, na década de 1950, passou por diferentes modificações e adaptações, visando sempre melhorar os resultados clínicos e estéticos.

REFERÊNCIAS

AHMEDBEYLI, C.; IPCI, S.D.; CAKAR, G.; YILMAZ, S. Laterally positioned flap along with acellular dermal matrix graft in the management of maxillary localized recessions. **Clinical oral investigations**, v. 23, n. 2, p. 595-601, 2019.

BAKER, P. Gingival Recession - Causes and Management. **Primary dental journal**, v. 8, n. 4, p. 40-47, 2019.

BOSCO, A.F.; DE ALMEIDA, J. M.; RETAMAL-VALDES, B.; TAVARES, R.; LATIMER, J. M.; MESSINA, D.; ... & MARTINS, T. M. Laterally Positioned Flap with Subepithelial Connective Tissue Graft Modified One-Stage Procedure for the Treatment of Deep Isolated Gingival Recessions in Mandibular Incisors. **Case Reports in Dentistry**, v. 2021, 2021.

CHAMBRONE, L.; ARMANDO CHAMBRONE, L.; TATAKIS, D.N.; COSTA HANEMANN, J.A., AWAD SHIBLI, J.; NEVINS, M. Wound Healing of the Laterally Positioned Flap: A Histomorphometric Assessment. **International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 35, n. 6, 2015.

GRUPE, H.E.; WARREN Jr, R.F. Repair of gingival defects by a sliding flap operation. **The Journal of Periodontology**, v. 27, n. 2, p. 92-95, 1956.

GRUPE, H.E. Modified technique for the sliding flap operation. **The Journal of Periodontology**, v. 37, n. 6, p. 491-495, 1966.

GUIMARÃES, G.; ROMANO, T.G.; DE NARDO, A.P.; ALEIXO, R.Q. Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial Para o Tratamento da Recessão Gingival Classe II-Relato de Caso. **Revista Saber Científico**, v. 2, n. 1, p. 84-94, 2016.

GUTTIGANUR, N.; ASPALLI, S.; SANIKOP, M.V.; DESAI, A.; GADDALE, R.; DEVANOORKAR, A. Classification systems for gingival recession and suggestion of a new classification system. **Indian Journal of Dental Research**, v. 29, n. 2, p. 233, 2018

JATI, A.S; FURQUIM, L.Z.; CONSOLARO, Alberto. Gingival recession: its causes and types, and the importance of orthodontic treatment. **Dental press journal of orthodontics**, v. 21, p. 18-29, 2016. doi: 10.1590/2177-6709.21.3.018-029.oin.

LEE, C.T.; CHANG, P.C.; TOUCHAN, N.; ROYZMAN, D. Root coverage with a modified laterally positioned flap combined with a subepithelial connective tissue graft in advanced recession. **J Periodontal Implant Sci**, v. 44, n. 6, p. 300-6, 2014.

MERIJOHN, G.K. Management and prevention of gingival recession. **Periodontology** **2000**, v. 71, n. 1, p. 228-242, 2016.

MILLER Jr, P.D. A classification of marginal tissue recession. **Int. J. Periodont. Rest. Dent.**, v. 5, p. 9, 1985.

PATUR, B. The rotation flap for covering denuded root surfaces-a closed wound technique. **Journal of periodontology**, v. 48, n. 1, p. 41-44, 1977.

SAITO, C.T.M.H.; MARTINS, T.M.; BOSCO, J.M.D.; BARNABÉ, P.F.E. Retalho posicionado lateral: uma alternativa estética para o recobrimento radicular. Revisão de literatura e relato de caso clínico. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 14, n. 37, 2005.

SANCTIS, M.; CLEMENTINI, M. Flap approaches in plastic periodontal and implant surgery: critical elements in design and execution. **Journal of clinical periodontology**, v. 41, p. S108-S122, 2014.

SINGH, J.; BHARTI, V. Laterally positioned flap-revised technique along with platelet rich fibrin in the management of Miller class II gingival recession. **Dental research journal**, v. 10, n. 2, p. 268, 2013.