

## ESTRATÉGIA PARA PROTEÇÃO DA ÁREA DOADORA DO RETALHO POSICIONADO LATERALMENTE NO TRATAMENTO DE RECESSÃO GENGIVAL UNITÁRIA: RELATO DE CASO

MARINA STRELOW KOPEECK<sup>1</sup>; ISABEL VASCONCELLOS DE SOUZA<sup>2</sup>;  
THIAGO MARCHI MARTINS<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – [marinakopereck@gmail.com](mailto:marinakopereck@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – [bebelvsouza@gmail.com](mailto:bebelvsouza@gmail.com)

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pelotas – [thiagoperio@yahoo.com.br](mailto:thiagoperio@yahoo.com.br)

### 1. INTRODUÇÃO

A recessão gengival (RG) é o deslocamento apical da margem gengival em relação à junção amelocementária (JAC), que leva a exposição da superfície radicular ao meio bucal (CORTELLINI, BISSADA, 2018; ZUCCHELLI, MOUNSSIF, 2015). Essa condição pode favorecer a ocorrência de hipersensibilidade dentária, desenvolvimento de lesões cervicais não cariosas e cáries radiculares (BIGNOZZI et al., 2013; GOLDSTEIN et al., 2002). Além disso, pode se tornar um fator predisponente para o acúmulo de biofilme (CORTELLINI, PINI PRATO, 2012), ou pode ser considerado um problema estético pelo paciente (CORTELLINI, BISSADA, 2018). Em pacientes com boa higiene bucal, evidências longitudinais indicam que defeitos de RG não tratados tendem a aumentar em profundidade ao longo do tempo, o que pode minimizar a previsibilidade de cobertura radicular (CHAMBRONE, TATAKIS, 2016).

Diagnosticar a causa e eliminar fatores de riscos que possam de alguma forma estimular a recessão gengival é a chave para o sucesso nesse tratamento. Verificar o processo inflamatório localizado, certificar-se da eliminação do fator causal e averiguar a presença de gengiva queratinizada são requisitos que auxiliam no êxito da cirurgia (CORTELLINI, BISSADA, 2018). Dentre as técnicas para se realizar o tratamento de RGs profundas unitárias está o retalho posicionado lateralmente (RPL), que trata-se de um enxerto pediculado em que o sítio doador é representado pelo tecido gengival adjacente ao sítio a ser tratado (MARTINS et al., 2015), sendo uma alternativa eficiente para recobrir recessões gengivais restritas a um ou dois dentes. Conjuntamente, o ETCS fornece uma excelente previsibilidade de cobertura radicular, além de promover aumento do fenótipo gengival (ZUCCHELLI et al., 2004). Inicialmente, a técnica do RPL era realizada por meio de um retalho de espessura total. Aos poucos, diversos autores foram modificando a técnica, visando manter a integridade da área doadora do retalho, sendo hoje realizado um retalho de espessura mista, com incisão paramarginal.

Portanto, este trabalho visa retratar uma estratégia para proteção da área doadora do RPL, através de um relato de caso de recobrimento radicular realizado em um incisivo lateral inferior com recessão gengival unitária, no qual foi empregado a técnica de RPL-ETCS modificada.

### 2. METODOLOGIA

Paciente E.M., sexo feminino, leucoderma, 25 anos, sistemicamente saudável, procurou atendimento na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas com queixa principal de hipersensibilidade dentinária ao

escovar a região do dente 42, progressão rápida de RG neste dente e receio de evolução para um quadro de mobilidade e perda dentária. A paciente relatou ter realizado tratamento ortodôntico e tinha contenção dentária de formato sinuoso na lingual (dentes 33 ao 43). Após exame clínico intraoral e exame tomográfico, foi observado saúde periodontal, recessão gengival tipo 2 de Cairo (RT2) na vestibular do 42, leve inclinação radicular para mesial e vestibular, fenótipo periodontal fino, vestibulo raso e deiscência óssea generalizada dos dentes inferiores.

O tratamento procedeu-se com a terapia periodontal básica de raspagem, alisamento e polimento (RAP) supragengivais, modificação da técnica de escovação para atraumática, troca da contenção sinuosa para reta e, após 45 dias, realização de cirurgia periodontal para tratamento da RG do 42 por meio da técnica modificada do retalho posicionado lateralmente com enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (RPL-ETCS modificada), visando cobrir a superfície da raiz desnuda e aumentar a faixa gengiva inserida. Inicialmente foi realizado antissepsia intra e extra-oral, anestesia local e aplainamento radicular. Com o auxílio de uma lâmina de bisturi 15c, a partir do nível da junção amelocementária (JAC) proximal em direção apical, realizou-se uma incisão em bisel interno na mesial do dente 42, distante de 2 mm da superfície radicular exposta de modo a contornar a RG, contínua a uma incisão em bisel externo distante 1 mm da raiz na distal, até o nível da JAC proximal distal do mesmo dente. Para completar a remoção do colarinho gengival, procedeu-se com uma incisão intrasulcular. Em seguida, uma incisão horizontal intrasulcular foi executada de modo a contornar as papilas do dente 43, em continuidade com uma incisão submarginal distante apicalmente em 2 mm da margem gengival do 44 (preservando 1 mm de gengiva inserida), abrangendo toda extensão mesio-distal desse dente, contínua com uma incisão vertical relaxante em direção apical até ultrapassar a junção mucogengival. Um retalho de espessura mista foi realizado a partir dos dentes 43 (parcial/total/parcial) e 44 (parcial), de modo a permitir o posicionamento lateral de distal para mesial sobre a superfície radicular do 42, desprovido de qualquer tensão. A papila da mesial do 42 foi superficialmente desepitelizada e um túnel foi criado junto a incisão da mesial desse dente, para posterior inserção do enxerto de tecido conjuntivo (ETC).

O ETC, removido do palato pela técnica do enxerto gengival livre desepitelizado, foi cuidadosamente preparado e suturado no leito receptor de modo a ficar tunelizado sob a incisão mesial e ficar estabilizado em íntimo contato com os tecidos adjacentes por meio de suturas com fio monofilamentar. A área doadora do palato foi protegida com os fragmentos de epitélio/conjuntivo do enxerto mantidos com suturas para proteger o tecido conjuntivo subjacente. Na sequência, o retalho foi posicionado lateralmente sobre o ETC, recobrimo-o ao máximo, e suturado de modo que ficasse imóvel ao teste de tracionamento da mucosa alveolar.

A paciente foi orientada a tomar Ibuprofeno 600mg (1 comprimido a cada 8 horas, durante 3 dias), Paracetamol 750mg (1 comprimido a cada 6 horas, enquanto houvesse dor) e fazer bochecho leve com enxaguatório bucal a base de digluconato de clorexidina 0,12% (por 1 minuto, duas vezes por dia durante 21 dias).

A paciente foi acompanhada no período pós-operatório de 14 dias, onde foi realizada a remoção de suturas e foi observado cicatrização de aspecto normal dos tecidos, bem como significativa redução clínica da RG. A escovação da área foi mantida suspensa para evitar traumas locais por mais 1 semana. Após 120 dias, foi percebido excelente cicatrização tecidual repercutindo em cobertura completa da raiz do elemento 42. Notou-se ausência de hipersensibilidade dentinária e de

RG pós-operatória no leito doador do retalho, refletindo no conforto e qualidade de vida relatados pela paciente.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O recobrimento radicular visa, de fato, aumentar a quantidade de gengiva queratinizada, tendo como consequência benéfica a diminuição da hipersensibilidade e a recuperação das funções do periodonto de proteção, além de melhorar os aspectos do contorno gengival (LUTHRA et al., 2018). No presente caso, a contenção ortodôntica sinuosa pode ter sido o agente etiológico da leve vestibularização do elemento 42, que aliado a um fenótipo periodontal fino e escovação traumática, resultou em progressão acelerada da RG. As recessões RGs, quando diagnosticadas, devem ser tratadas, porém é sempre essencial a remoção ou controle dos fatores causais antes do procedimento cirúrgico, melhorando o prognóstico de cobertura radicular (LINDHE, ERICSSON, 2015).

Inicialmente, o tratamento de um defeito de recessão gengival unitária através da técnica de RPL solucionava o defeito inicial de recessão gengival, no entanto, era comum originar uma recessão pós operatória na área doadora do retalho. BOSCO et al. (1990) e ZUCCHELI et. al. (2004) propuseram uma modificação da técnica com uma abordagem de retalho de espessura mista, sendo parcial na área das papilas e total no centro do defeito da recessão. Isto possibilita o posicionamento lateral do retalho no sentido distal para mesial sobre a superfície radicular do elemento com RG, desprovido de qualquer tensão. Assim, é possível obter o recobrimento radicular completo, sem que uma nova recessão gengival seja desenvolvida. Portanto, a escolha da técnica cirúrgica RPL-ETCS modificada teve como objetivo obter a cobertura radicular completa da RG do elemento 42, manter a integridade da área doadora do retalho e obter aumento do fenótipo gengival. A proximidade do nervo mental, a presença de fenótipo periodontal fino e a altura e largura da RG do elemento dentário 42 favoreceram a decisão de que o procedimento de RPL-ETCS modificada fosse empregado de forma a associar técnicas, sendo o retalho de espessura mista (parcial, total, parcial) a partir da margem gengival do dente distal a RG (elemento 43) em continuidade com uma incisão submarginal distante apicalmente em 2 mm da margem gengival do dente mais distal da área doadora do retalho (elemento 44), preservando 1 mm de gengiva inserida. Dessa forma foi possível preservar a integridade da área doadora do retalho, evidenciado pela ausência de RG pós-operatória na vestibular do dente 44 e, ao mesmo tempo, obteve-se a cobertura radicular completa da RG do dente 42.

### **4. CONCLUSÕES**

Concluiu-se com base nos resultados obtidos que o diagnóstico e abordagem terapêutica (RPL-ETCS modificada) adequados foram essenciais para o sucesso clínico de cobertura radicular do elemento dental 42, de forma que foi possível preservar a integridade da área doadora do retalho e devolver conforto e qualidade de vida à paciente.

### **5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BIGNOZZI, I.; LITTARRU, C.; CREA, A.; VITTORINI, O. G.; LANDI, L. Surgical treatment options for grafting areas of gingival recession association with cervical

lesions: a review. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v. 25, n. 6, p. 371-382, 2013.

BOSCO; A. F.; MILANEZI, L. A.; PASSANEZI, E. Contribution to the technique for treatment of denuded root surfaces. **Revista Regional de Araçatuba**, v. 110, n. 11, p. 9-12, 1990.

CHAMBRONE, L.; TATAKIS, D. N. Long-term outcomes of untreated buccal gingival recessions: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Periodontology**, v. 87, n. 7, p. 796-808, 2016.

CORTELLINI, P.; BISSADA, N. F. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. **Journal of Periodontology**, v. 89, n. 1, p. 204-213, 2018.

CORTELLINI, P.; PINI PRATO, G. P. Coronally advanced flap and combination therapy for root coverage. Clinical strategies based on scientific evidence and clinical experience, **Periodontology 2000**, v. 59, n. 1, p. 158–184, 2012.

GARIB, D. G.; YATABE, M. S.; OZAWA, T. O.; FILHO, O. G. S. Morfologia alveolar sob a perspectiva da tomografia computadorizada: definindo os limites biológicos para a movimentação dentária. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 15, n. 5, p. 192-205, 2010.

GOLDSTEIN, M.; NASATZKY, E.; GOULTSCHN, J.; BOYAN, B.D.; SCHWARTZ, Z. Coverage of previously carious roots is as predictable a procedure as coverage of intact roots. **Journal of Periodontology**, v. 73, n. 12, p. 1419-1426, 2002.

LINDHE, J.; ERICSSON, I. Trauma from occlusion: periodontal tissues. **Clinical Periodontology and Implant Dentistry**, v. 2, n. 6, p. 313–324, 2015.

LUTHRA, S.; GROVER, H.; MASAMATTI, S.; YADAV, A. Ascertaining the regenerative potential of the "gold standard" grafts: achieving 100% root coverage in Miller's Class III recession with periosteal pedicle graft and autogenous bone. **Journal of Indian Society of Periodontology**, v. 22, n. 3, p. 277, 2018.

MARTINS, T. M.; FALEIROS, P. L.; POLA, N. M.; FERNANDES, L. A.; BOSCO, A. F. Root coverage of adjacent gingival recessions with a combination of two surgical techniques. **Revista Sul Brasileira de Odontologia**, v. 12, n. 2, p. 225-232, 2015.

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

ZUCHELLI, G.; CESARI, C.; AMORE, C.; MONTEBUGNOLI, L.; DE SANCTIS, M. Laterally moved, coronally advanced flap: a modified surgical approach for isolated recession-type defects. **Journal of Periodontology**, v. 75, n. 12, p. 1734-1741, 2004.