

## CIRURGIA PLÁSTICA PERIODONTAL EM FOCO: EXPERIÊNCIA CLÍNICA DE RECOBRIMENTO RADICULAR NA GRADUAÇÃO

**BÁRBARA CANUTO SAMPAIO<sup>1</sup>; IZADORA WRUCH CARDOSO<sup>2</sup>; JOÃO PEDRO PORCIUNCULA OLIVEIRA<sup>3</sup>; HENRIQUE DE ALMEIDA BORTT<sup>4</sup>; PEDRO PAULO DE ALMEIDA DANTAS<sup>5</sup>; NATÁLIA MARCUMINI POLA<sup>6</sup>:**

<sup>1</sup>*Universidade Federal de Pelotas – barbaracasampaio@gmail.com*

<sup>2</sup>*Universidade Federal de Pelotas – izadorawruch@gmail.com*

<sup>3</sup> *Universidade Federal de Pelotas – jpo.odonto@gmail.com*

<sup>4</sup>*Universidade Federal de Pelotas – hbortt.contato@gmail.com*

<sup>5</sup>*Universidade Federal de Pelotas – pedro15\_paulo@hotmail@gmail.com*

<sup>6</sup>*Universidade Federal de Pelotas – nataliampola@gmail.com*

### 1. INTRODUÇÃO

A recessão gengival é definida como o deslocamento apical da margem gengival em relação à junção cimento-esmalte, resultando na exposição da superfície radicular (PRADEEP et al., 2012). Clinicamente, constitui uma das principais preocupações estéticas em Periodontia, além de estar associada ao risco de lesões de cárie radiculares e hipersensibilidade dentinária. Sua etiologia é considerada multifatorial como, por exemplo, inflamação, biótipo gengival, idade do paciente, danos mecânicos e químicos, tabagismo, presença de cálculo dentário, defeitos cervicais e sua reconstrução, tratamento ortodôntico, sobrecarga oclusal e fatores iatrogênicos (NIEMCZYK, 2024; JATI; FURQUIM, 2016).

Cairo et al. (2011) propuseram uma classificação das recessões baseada na perda de inserção clínica interproximal. Esta, divide-se em três categorias: tipo 1, quando não há perda de inserção interproximal; tipo 2, quando a perda interproximal é menor ou igual à perda de inserção vestibular; e tipo 3, quando a perda interproximal é maior do que na face vestibular. A recessão, quando não tratada, pode progredir e causar complicações.

Diversos tratamentos são preconizados para solucionar as recessões, os quais são realizados por especialistas da área ou estudantes de pós-graduação. Dentre estes, o procedimento de recobrimento radicular com enxertos gengivais pode ser uma das escolhas. Nesse contexto, o enxerto gengival foi a terapia indicada para o caso específico de uma paciente atendida no ambiente da faculdade, pois tem como propósito restaurar a cobertura gengival sobre as raízes expostas, promovendo proteção radicular, redução da sensibilidade dentinária, melhoria estética e manutenção da função periodontal (PRADEEP et al., 2012; CHAMBRONE et al., 2019).

Diante disso, este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de paciente atendida em ambiente clínico universitário, portadora de recessão gengival tipo 1, e descrever a execução do procedimento, a evolução clínica e os resultados obtidos com o tratamento escolhido a partir da percepção da paciente. Além disso, relatar como o acompanhamento deste caso repercute na formação do profissional de odontologia.

## 2. ATIVIDADES REALIZADAS

A paciente graduanda de odontologia, procurou atendimento na faculdade com queixa de hipersensibilidade na região inferior. No pré-operatório foi realizada uma conversa com a paciente, buscando entender o que a incomodava, e nessa mesma consulta foram feitas as fotos pré-operatórias e exames periodontais no local, visando identificar algum ponto de inflamação. As fotos também serviram para fins de planejamento cirúrgico. Após a avaliação inicial, foi constatado que a paciente possuía tecido gengival muito fino na região. Por este motivo foi feito um planejamento terapêutico duplo: a primeira opção de tratamento seria realizar a técnica da tunelização delicada nos dois incisivos centrais inferiores, com o posicionamento do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial na região; a segunda opção seria um enxerto gengival livre para o aumento da espessura gengival, se houvesse alguma lesão da gengiva no momento cirúrgico.

No trans-operatório, foram realizadas medidas anti sépticas intra e extra-oraes, e anestesias bilaterais no nervo mentoniano. A técnica selecionada na região foi a tunelização, conhecida também como técnica de envelope modificado, com instrumentais delicados, incluindo microlâminas, tunelizadores e elevadores de papilas específicos para esse tipo de cirurgia. Importante ressaltar que o ato cirúrgico foi realizado sob magnificação com o uso de lupa com 2.5x de aumento. Com o decorrer do procedimento foi possível realizar o túnel sem maiores complicações, então manteve-se com a primeira opção. Após o preparo do leito receptor, foi coletado o enxerto gengival do palato, com lâmina de bisturi 15c, foi colhido um enxerto de tamanho compatível com a área receptora. O enxerto foi coletado pela técnica do enxerto gengival livre desepitelizado em bancada. Os fragmentos de epitélio removidos do enxerto foram devolvidos ao palato, que foi protegido com um hemospón e suturas compressivas com a finalidade de proteger a região e controlar o sangramento. Após isso, o enxerto foi estabilizado na região com suturas nas extremidades com fio de nylon 5-0 (techsuture) e o retalho tunelizado foi tracionado para coronal. A medicação pós operatória incluiu analgésico (dipirona 1g, de 8/8h, durante 3 dias), antiinflamatório (dexametasona 4mg de 12/12h, durante 3 dias) e solução de digluconato de clorexidina a 0,12%, de 12/12h para controle químico do biofilme dental.

O pós-operatório decorreu sem complicações, no entanto um dos pontos suspensórios da região do elemento 31 rompeu-se após 3 dias. Provavelmente devido a natureza delgada do tecido gengival. No restante, o pós-operatório foi excelente, com remoção de pontos do palato após 1 semana e remoção dos pontos da região do enxerto, com 2 semanas. Após isso, foi realizada consulta de controle aos 45 dias após o recobrimento radicular.

### Percepção da paciente sobre o tratamento

A percepção da paciente em relação ao tratamento odontológico desempenha papel central na avaliação dos resultados clínicos, especialmente em procedimentos estéticos e funcionais como o recobrimento radicular. Mais do que a efetividade técnica da cirurgia, aspectos como conforto durante o processo, qualidade da recuperação, melhora da sensibilidade e impacto estético influenciam diretamente a satisfação e a adesão ao tratamento. Relatos em primeira pessoa permitem compreender de forma mais ampla a experiência vivenciada, oferecendo subsídios valiosos tanto para o aprimoramento das condutas clínicas quanto para a humanização do cuidado. Segue abaixo o relato da paciente:

*“A cirurgia de recobrimento era algo que eu queria fazer desde que percebi que a retração estava ficando mais acentuada. Como sou graduanda em Odontologia e convivo no ambiente acadêmico, ouvi ótimos feedbacks sobre os recobrimentos realizados na faculdade e, por isso, procurei o departamento de Periodontia para saber se havia a possibilidade de realizar o procedimento. O exame pré-operatório foi bem tranquilo e me transmitiu bastante confiança. Fui informada de que meu tecido gengival era fino e que isso poderia influenciar na escolha da técnica, mas mesmo assim me senti segura para seguir com a cirurgia. No pós-operatório, a recuperação foi mais tranquila do que eu imaginava e sem grandes complicações, não senti dor nenhuma, apenas limitação para falar que durou uns 10 dias. Nos primeiros dias fiquei bastante atenta a cada detalhe, e até tive rompimento de um ponto, mas avisei a equipe, que me atendeu prontamente. Continuei acompanhando a cicatrização e, claro, ansiosa pelo resultado estético final. Com o passar das semanas, percebi a gengiva se estabilizando e adquirindo uma aparência saudável. Depois do procedimento, notei uma melhora importante na sensibilidade e também na higienização, que ficou muito mais fácil. Isso reduziu o acúmulo de biofilme, que antes era frequente justamente porque doía escovar bem a região. Hoje, ao observar o resultado, me sinto satisfeita. Do ponto de vista estético, eu tinha a expectativa de alcançar um recobrimento total, mas mesmo não sendo completo, percebo uma melhora significativa, que deixou a região com um aspecto mais harmônico em relação ao que estava antes. A abordagem da equipe foi extremamente cuidadosa, sempre com explicações claras e orientações importantes para cada etapa. A técnica cirúrgica me passou segurança, mostrou eficácia e proporcionou uma recuperação previsível, sem intercorrências relevantes.”*

### **A importância da vivência clínica na formação em odontologia**

Técnicas como a descrita são de suma importância no âmbito da Odontologia, em especial da Periodontia. A vivência clínica de um procedimento novo representa uma oportunidade essencial de aprendizado durante a graduação. Embora a execução do procedimento seja realizada por pós-graduandos ou especialistas, poder acompanhar o procedimento com observação e a participação supervisionada pelo docente, tornam-se essenciais na etapa formativa para o estudante, pois permite compreender a sequência técnica, os cuidados clínicos envolvidos e a tomada de decisões do cirurgião, contribuindo para a compreensão teórica, a formação prática e para a segurança no futuro desempenho profissional.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O recobrimento radicular por técnica de túnel associado a enxerto de tecido conjuntivo subepitelial apresentou resposta satisfatória neste caso, e promoveu a redução da sensibilidade e melhora estética relatada pela paciente. Tratou-se de um desfecho clínico favorável, com ganho funcional e consequente melhora da qualidade de vida.

Mesmo restrita à pós-graduação e especialistas, a experiência em poder acompanhar a realização da cirurgia durante a graduação amplia o conhecimento teórico e a prática clínica do estudante de Odontologia. Esse ganho pedagógico estimula o interesse pela área e fomenta a busca por estudos comparativos e aprofundamentos, contribuindo para a formação de profissionais mais críticos e habilidosos.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PRADEEP et al., 2012. PRADEEP, K.; RAJABABU, P.; SATYANARAYANA, D.; SAGAR, V. Gingival recession: review and strategies in treatment of recession. *Case Reports in Dentistry*, London, v.2012, n.?, p.1-7, 2012.
2. NIEMCZYK, 2024. NIEMCZYK, W.; et al. Etiology of gingival recession – a literature review. *Wiadomości Lekarskie*, Warsaw, v.77, n.11, p.2348-2352, 2024.
3. JATI; FURQUIM, 2016. JATI, R.; FURQUIM, L.Z. Etiology and treatment of gingival recession. *Dental Research Journal*, v.13, n.3, p.203-209, 2016.
4. CHAMBRONE et al., 2019. CHAMBRONE, L.; SUKEKAVA, F.; ARAÚJO, M.G.; PUSTIGLIONI, F.E.; CHAMBRONE, L.A.; LIMA, L.A. Root coverage procedures for treating single and multiple recession-type defects: a Cochrane systematic review. *Journal of Periodontology*, Chicago, v.90, n.6, p.612-635, 2019.