

## TRATAMENTO DE RECESSÃO GENGIVAL ÚNICA PROFUNDA EM INCISIVO INFERIOR: UM RELATO DE CASO

VIRGÍNIA POGORZELSKI DE VARGAS<sup>1</sup>; RODRIGO KÖNSGEN ROSSALES<sup>2</sup>;  
JÉSSICA DE VARGAS BOSENBECKER<sup>3</sup>; MARINA STRELOW KOPERECK<sup>4</sup>;  
EUGÊNIA CARRERA MALHÃO<sup>5</sup>; THIAGO MARCHI MARTINS<sup>6</sup>.

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

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

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pelotas – [jessicabosenbecker@gmail.com](mailto:jessicabosenbecker@gmail.com)

<sup>4</sup>Universidade Federal de Pelotas – [marinakopereck@gmail.com](mailto:marinakopereck@gmail.com)

<sup>5</sup>Universidade Federal de Pelotas – [eugeniaamalhao@hotmail.com](mailto:eugeniaamalhao@hotmail.com)

<sup>6</sup>Universidade Federal de Pelotas – [thiagoperio@yahoo.com.br](mailto:thiagoperio@yahoo.com.br)

### 1. INTRODUÇÃO

Recessão gengival (RG) é o deslocamento apical da margem gengival em relação à junção cimento-esmalte (JCE), levando à perda de inserção e exposição da superfície radicular ao ambiente bucal (CORTELLINNI; BISSADA, 2018). Esse defeito mucogengival é muito comum, sendo os incisivos centrais e laterais inferiores os dentes mais frequentemente afetados (ROMANDINI *et al.*, 2020). Esse defeito causa extinção das funções protetoras do periodonto e com isso, hipersensibilidade dentinária e perda do contorno gengival. Assim, o recobrimento radicular visa solucionar os problemas adquiridos em decorrência do defeito mucogengival (LUTHRA *et al.*, 2018).

As evidências científicas atuais indicam uma maior redução na RG com a técnica de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (ETCS) combinada com um retalho avançado coronalmente (RAC) para o tratamento de RGs isoladas ou múltiplas, em comparação com todas as outras técnicas mucogengivais descritas na literatura periodontal (CHAMBRONE *et al.*, 2022). No entanto, os resultados de diferentes estudos que avaliaram a previsibilidade da RAC foram comparados independentemente dos dentes específicos tratados. Foi demonstrado que a maioria (quase 70%) dos defeitos de RG tratados em ensaios clínicos randomizados controlados afetou caninos e pré-molares maxilares (CHAMBRONE *et al.*, 2015). Assim, entre as técnicas cirúrgicas mucogengivais disponíveis, o retalho posicionado lateralmente (RPL), combinado ou não com ETCS, pode ser uma excelente alternativa para o recobrimento radicular na região mandibular anterior.

Nesse sentido, o objetivo do presente estudo foi relatar uma estratégia de abordagem cirúrgica para melhorar o avanço coronal do RPL, preservando a integridade da área doadora do retalho periodontal no tratamento da RG profunda e localizada em um incisivo inferior.

### 2. ATIVIDADES REALIZADAS

Paciente do sexo feminino, 25 anos, procurou atendimento na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) com queixa principal de desconforto ao escovar a região do incisivo lateral inferior direito – dente 42, rápida progressão da RG e medo de mobilidade e perda dentária. Na entrevista dialogada relatou ser sistemicamente saudável, bem como, ter realizado tratamento ortodôntico prolongado e uso de retentor dentário sinuoso na face lingual dos dentes anteriores inferiores. Ao exame clínico intraoral e exame tomográfico, observou-se saúde periodontal (sangramento à sondagem de 2,3% e placa bacteriana visível em 4,1% dos sítios), recessão gengival profunda (5mm) tipo 2 de

Cairo (RT2) na face vestibular do dente 42, discreta inclinação mesial e vestibular da raiz do mesmo dente, fenótipo periodontal fino, vestibulo raso e deiscência óssea generalizada dos dentes inferiores.

Após diagnosticada a recessão gengival, o primeiro passo foi a substituição da contenção lingual sinuosa por uma contenção reta. Foi proposto tratamento cirúrgico utilizando o RPL+ETCS para cobrir a superfície radicular exposta e aumentar a faixa de gengiva inserida. Depois da conscientização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, prosseguimos com o tratamento cirúrgico.

Após antisepsia intra e extraoral, anestesia local dos nervos mentuais e linguais bilaterais, juntamente com anestesia infiltrativa interpapilar terminal com mepivacaína a 2% (DFL, Indústria e Comércio, Rio de Janeiro/RJ), a intervenção cirúrgica foi iniciada no dente 42. Primeiramente, foi realizado a raspagem radicular com cureta periodontal Gracey 5-6. Posteriormente com o auxílio de uma lâmina de bisturi 15c (Swann Morton, São Paulo/SP, Brasil), foi realizada uma incisão interna em bisel no lado mesial do dente 42 estendendo-se apicalmente, contornando a RG, continuando como uma incisão em bisel externo a 1 mm da raiz no lado distal. Para remover o colar gengival, uma incisão intrasulcular foi realizada. Em seguida, uma incisão horizontal intrasulcular foi feita para contornar as papilas do dente 43, em ato contínuo seguiu por uma incisão submarginal apical a margem gengival do dente 44, estendendo-se por toda a largura mesiodistal deste dente e continuando com uma incisão vertical de liberação. Um retalho de espessura mista foi realizado a partir dos dentes 43 (total na porção coronal/parcial na porção apical) e 44 (parcial), permitindo o posicionamento lateral de distal para mesial, com maior avanço coronal do retalho sobre a superfície radicular do dente 42, livre de tensão. A papila mesial do dente 42 foi superficialmente desepitelizada, e foi criado um túnel ao longo da incisão na face mesial do dente 42 para facilitar a inserção posterior do ETCS. O enxerto foi coletado do palato, entre o primeiro pré-molar e o primeiro molar superiores, utilizando a técnica de enxerto gengival livre, o qual foi desepitelizado extraoralmente, com tamanho mesiodistal suficiente para envolver os dentes 41 a 43 (BOSCO *et al.*, 2021; BOSCO; BOSCO, 2007).

Uma sutura foi usada para inserir o ETCS no túnel criado no lado mesial e estabilizar o enxerto em contato próximo com os tecidos adjacentes. Foram realizadas suturas envolvendo o periosteo apical, com o nó posicionado no lado lingual, para estabilizar o enxerto na posição apico-coronal. Suturas circundando o dente 42 foram realizadas para fixar o retalho sobre o enxerto. O local doador no palato foi protegido com os fragmentos de tecido epitelial/conjuntivo do enxerto, que foram suturados no local para proteger o tecido conjuntivo subjacente (BOSCO *et al.*, 1996; BOSCO; MARCHI; PEREIRA, 1998). No local receptor, o retalho foi posicionado lateralmente sobre o ETCS, cobrindo-o o máximo possível, e suturado de modo a permanecer imóvel durante o teste de tração da mucosa alveolar. O paciente foi instruído a tomar medicação antiinflamatória e analgésico, bem como a realizar controle químico do biofilme com colutorios. Além disso, foi orientado a não escovar a área cirúrgica diretamente com a escova de dentes. O paciente foi monitorado durante todo o período pós-operatório de 14 dias, quando as suturas foram removidas e observou-se cicatrização tecidual normal, juntamente com uma redução clínica significativa do RG. A escovação da área afetada permaneceu suspensa por mais uma semana para evitar trauma local. Após 48 meses de acompanhamento observou-se excelente cicatrização tecidual, resultando em recobrimento radicular completo do dente 42.

Houve ausência de hipersensibilidade dentinária e nenhuma RG pós-operatório no local doador do retalho, levando a melhor conforto e qualidade de vida, conforme relatado pelo paciente.

No presente caso clínico, a contenção ortodôntica sinusoidal pode ter sido o principal fator etiológico responsável pelo leve deslocamento vestibular do dente 42. Combinado com um fenótipo periodontal fino e escovação traumática, isso resultou em progressão acelerada da RG (MODA; SANTOS; MIGUEL, 2020).

Neste caso, como a área adjacente a recessão apresentava uma boa quantidade de gengiva inserida e nenhuma perda óssea interproximal, a técnica RPL modificada foi escolhida para o tratamento. Essa técnica é adequada para RGs isoladas e profundas, e evita a deiscência gengival na área doadora do retalho (PIECHA *et al.*, 2024).

Entretanto, o tratamento de um único defeito de RG com essa abordagem frequentemente leva à recessão pós-operatória na área doadora. Para resolver isso, modificações na técnica foram propostas (BOSCO; MILANEZI; PASSANEZI, 1990) (ZUCHELLI *et al.*, 2004). Tal como uma abordagem de retalho de espessura mista, com uma incisão de espessura parcial na área papilar e espessura total no centro do defeito. Essa modificação permite o posicionamento lateral do retalho, de distal para mesial, sobre a raiz do dente afetado sem provocar tensionamento. Consequentemente, a cobertura radicular completa pode ser alcançada sem o desenvolvimento de uma nova recessão gengival na área doadora.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados obtidos, concluiu-se que o diagnóstico e a conduta terapêutica correta e criteriosa (RPL modificado + ETCS) foram essenciais para o sucesso clínico do recobrimento radicular do dente 42. A integridade da área doadora do retalho foi preservada, devolvendo conforto, estética e qualidade de vida ao paciente.

### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOSCO A.F.; ALMEIDA J.M.; RETAMAL-VALDES B.; TAVARES R.; LATIMER J.M.; MESSINA D.; *et al.* 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**, Egito, v.2021 2326152, 2021.

BOSCO A.F.; BOSCO J.M.D. An alternative technique to the harvesting of a connective tissue graft from a thin palate: enhanced wound healing. **The International journal of periodontics & restorative dentistry**, Chicago, v.27, n.2, p.133-139, 2007.

BOSCO, A. F.; MARCHI, F.; PEREIRA, S. L. S. Áreas doadoras de enxerto gengival livre submetidas a diferentes formas de proteção. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentista**, São Paulo, v.52, n.4, p. 285-290, 1998.

BOSCO Á.; MILANEZI L.; PASSANEZI E. Contribuição à técnica de recobrimento de raízes expostas. **Revista regional de Araçatuba Associação Paulista de Cirurgioes Dentistas**, [s. l.], v.10, p.9-12, 1990.

BOSCO Á.F.; PEREIRA S.L.S.; LACERDA JÚNIOR N.; MILANEZI L.A. Análise clínica das áreas doadoras de EGL. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentista**, São Paulo, v.50, p.515-521, 1996.

CHAMBRONE L.; BOTELHO J.; MACHADO V.; MASCARENHAS P.; MENDES JJ.; AVILA-ORTIZ G. Does the subepithelial connective tissue graft in conjunction with a coronally advanced flap remain as the gold standard therapy for the treatment of single gingival recession defects? A systematic review and network metaanalysis. **Journal of periodontology**, Chicago, v.93, n.9, p1336-1352, 2022.

CHAMBRONE L.; TATAKIS D.N.; Periodontal soft tissue root coverage procedures: a systematic review from the AAP Regeneration Workshop. **Journal of periodontology**, Chicago, v.86, suppl 2, p.S8-S51, 2015.

CORTELLINI P.; BISSADA N.F. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. **Journal of periodontology**, Chicago, v.89, suppl 1, p.S204-S213. 2, 2018.

LUTHRA S.; GROVER H.; YADAV A.; MASAMATTI S. 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**, [s. l.], v.22, n.3, p.277-281, 2018.

MODA L.B.; SANTOS J.S.; MIGUEL J.A.M. Movimentos dentários indesejados provocados por contenção ortodôntica fixa higiênica. **Revista Clínica de Ortodontia Dental Press**, Maringá, v.19, n.1, p.79-90, 2020.

PIECHA M.C.R.; ROSSALES R.K.; ARAUJO T.S.; MARTINS T.M. Treatment of deep gingival recession in homologous molars using a modified laterally positioned flap and subepithelial connective tissue graft: a case report. **General Dentistry**, Chicago, v.72, n.5, p.20-25, 2024.

ROMANDINI M; SOLDINI M.C.; MONTERO E.; SANZ M. Epidemiology of mid-buccal gingival recessions in NHANES according to the 2018 World Workshop Classification System. **Journal of clinical periodontology**, Copenhagen: Munksgaard, v.47, n.10, p.1180-1190, 2020.

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**, Chicago, v.75, n.12, p.1734-1741, 2004.