



**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE PERIODONTIA COM INICIAÇÃO EM
IMPLANTODONTIA**

MIGUEL RIBEIRO NOGUEIRA FILHO

**Previsibilidade do Enxerto de Tecido Conjuntivo
Subepitelial para o Tratamento de Recessão Gengival –
Relato de um caso clínico**

**Predictability of Subepithelial Connective Tissue Graft for the
Treatment of Gingival Recession – A case report**

SALVADOR

2012

MIGUEL RIBEIRO NOGEUIRA FILHO

**Previsibilidade do Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial para o
Tratamento de Recessão Gengival – Relato de um caso clínico**

**Predictability of Subepithelial Connective Tissue Graft for the
Treatment of Gingival Recession – A case report**

Trabalho de conclusão a ser apresentado
na Faculdade de Odontologia da Escola
Bahiana de Medicina e Saúde Pública,
como parte dos requisitos para obtenção do
título de Especialista em Periodontia

Orientador: Prof. Lyla Prates

SALVADOR

2012

SUMÁRIO

Página

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 DESCRIÇÃO DO CASO.....	11
3 DISCUSSÃO.....	9
4 CONCLUSÃO.....	14

REFERÊNCIAS

ANEXO

Resumo:

Objetivo: O recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (ETCS) vem se apresentando como uma das melhores alternativas para o tratamento de exposições radiculares. Este trabalho analisa a previsibilidade desse procedimento para o tratamento de recessões gengivais e relata um caso clínico tratado por meio dessa técnica. **Descrição do Caso:** Paciente de 38 anos, do sexo masculino, apresentando recessão gengival de Classe III de Miller associado a uma lesão cervical não-cariosa do tipo abrasão devido a trauma de escovação. O tratamento incluiu o recobrimento radicular com ETCS e a restauração da unidade com resina composta. O paciente foi acompanhado periodicamente durante 10 semanas. **Conclusão:** Pode-se concluir que a técnica de ETCS é a mais previsível para o tratamento de recessões gengivais, sobretudo quando se tem um prognóstico de recobrimento limitado, como o caso clínico relatado.

Abstract:

Purpose: Root-coverage by the use of subepithelial connective tissue graft (SCTG) has been considered one of the best options for the treatment of tooth-root exposures. This paper aims to analyze the predictability of this technique for the treatment of gingival recessions and to present one case of a Class III Miller recession type-defect associated with a cervical abrasion lesion treated with this procedure. **Case Description:** A 38-year old male patient presenting a Miller Class III recession-type defect associated with a non-carious cervical lesion due to toothbrushing trauma. Treatment included root-coverage with SCTG and filling of the abrasion with composite resin. Patient follow-up was made for 10 week after surgery. **Conclusion:** It is possible to conclude that the SCTG technique is the most predictable procedure for the

treatment of recession-type defects, especially for cases with limited root-coverage prognosis, as the case report presented in this paper.

Palavras-chave: Periodontia, recessão gengival, tecido conjuntivo, cirurgia bucal.

Key words: Periodontics, gingival recession, connective tissue, oral surgery.

Introdução:

A recessão gengival (RG) é o termo utilizado para caracterizar o deslocamento da margem gengival de sua posição habitual na coroa do dente para níveis apicais à junção cimento-esmalte (JCE), levando, assim, à exposição da superfície radicular (1). Esse é um achado encontrado em proporções elevadas na população adulta, quer seja em indivíduos com ou sem bons hábitos de higiene oral (2).

Ainda que o mecanismo exato pelo qual ocorra a RG não esteja bem compreendido, essa parece ser uma condição de natureza inflamatória (3). O acúmulo de biofilme bacteriano e, conseqüentemente, o desenvolvimento da doença periodontal (DP) é considerado um dos seus fatores etiológicos (4). Recessões não relacionadas à DP são atribuídas, primariamente, a fatores mecânicos, sobretudo ao trauma de escovação (2). De maneira secundária a esses fatores, características anatômicas como biótipo gengival pouco espesso, proeminência dos dentes para a face vestibular, mau posicionamento dentário, fenestrações ou deiscências na tábua óssea e inserções musculares ou de freios próximas à margem gengival também parecem contribuir para seu desenvolvimento e progressão (5, 6); assim como tratamentos odontológicos restauradores, ortodônticos ou periodontais (4).

A ausência do tecido gengival recobrimdo a superfície radicular pode facilitar a ocorrência de alguns problemas, tais como queixas estéticas, hipersensibilidade dentinária, cáries radiculares e desgaste cervical do dente (7). Além disso, apesar de não existir evidência científica que demonstre a

necessidade de uma espessura mínima de gengiva inserida para assegurar a saúde dos tecidos periodontais (8), sabe-se que, quando se têm uma condição como essa, um controle excelente do biofilme dental torna-se bastante dificultado e, nesse caso, a inflamação decorrente desse acúmulo de biofilme poderá levar a uma perda de inserção ainda maior (6). É possível, portanto, compreender a importância do tratamento dessa condição, que é realizado por meio de cirurgia para recobrimento radicular (4).

Em 1985, Miller (9) propôs uma classificação para as recessões gengivais com base na altura do osso e do tecido mole proximais ao dente afetado. De acordo com este autor, as recessões de Classe I e II não apresentam perda de suporte periodontal na região interproximal, diferindo pelo fato de que, nas recessões de Classe II, a margem gengival está localizada além ou ao nível da junção mucogengival. Em ambos os casos, a previsibilidade de recobrimento radicular é de 100%. Nas recessões de Classe III, há uma perda moderada de tecido interproximal, sendo possível um recobrimento parcial da raiz exposta. Já nas de Classe IV, a perda de osso e tecido mole na região interdental é tão severa que não é possível prever qualquer recobrimento.

Diferentes técnicas de cirurgia plástica periodontal (CPP) (10) como retalhos pediculados – posicionado lateralmente (RPL), posicionado coronalmente (RPC), rotacionado obliquamente (RRO), de dupla papila (RDP), semilunar (RSL); técnicas de regeneração tecidual guiada (RTG); enxerto de mucosa mastigatória (EMM) e de tecido conjuntivo subepitelial (ETCS) têm sido

propostos para o tratamento das recessões gengivais (11). Mais recentemente, foi introduzido também o uso do enxerto de matriz dérmica acelular (EMDA; AlloDerm®, Life Cell Corporation, The Woodlands, TX, EUA) como substituto aos enxertos autógenos de tecido conjuntivo (12). Dentre essas técnicas, o ETCS tem demonstrado resultados estatisticamente melhores na maioria das situações clínicas (6, 13), sendo, por esse motivo, considerado o procedimento “padrão ouro” para o tratamento de defeitos de recessão de acordo com revisões sistemáticas recentes (14).

A técnica do ETCS foi primeiramente descrita, em 1985, por Langer & Langer (15). De acordo com esses autores, um retalho de espessura parcial e com duas incisões relaxantes deve ser dissecado, seguido da remoção do enxerto conjuntivo do palato e sutura do retalho. A previsibilidade desse tipo de enxerto é atribuída, principalmente, ao duplo suprimento sanguíneo proveniente do retalho e do perióstio subjacente, o que minimiza a possibilidade de necrose tecidual. Desde então, outros autores propuseram modificações a esse procedimento (16-19).

Essa técnica apresenta a vantagem de proporcionar melhoras estéticas e um desconforto pós-operatório reduzido (15). Além disso, oferece a possibilidade de resolução em situações clínicas nas quais outras técnicas teriam resultados limitados, tais como em recessões largas ou múltiplas, associadas a lesões cervicais não-caríadas (LCNC), com pouca espessura de tecido queratinizado ou em rebordos alveolares rasos (6, 7).

Diante dos benefícios dessa técnica para recobrimento radicular, o objetivo desse trabalho é revisar a literatura e apresentar um caso clínico de recessão gengival tratado com enxerto de tecido conjuntivo subepitelial.

Descrição do Caso:

Um paciente de 38 anos, sexo masculino, compareceu à Faculdade de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) queixando-se de hipersensibilidade e estética no canino superior direito. Não foi relatada qualquer alteração relevante em nível sistêmico.

Após exame clínico, foi constatada a presença de uma recessão gengival de Classe III de Miller na unidade 1.3 associada a uma abrasão cervical profunda (Figura 1). Não foi observada, clinicamente e radiograficamente, qualquer outra alteração nos tecidos periodontais. Com base nesses dados e de acordo com a classificação atual das doenças periodontais (AAP, 1999), foi feito o diagnóstico de Deformidade e condição de desenvolvimento ou adquirida do tipo deformidade mucogengival – Recessão Gengival.

O paciente foi questionado quanto aos hábitos de higiene oral, sobretudo sobre o uso de escova de dente com cerdas duras ou de outro dispositivo de limpeza traumático. Constatou-se que o fator etiológico primário da recessão naquela unidade era trauma de escovação.

Como terapia inicial, foi realizada a raspagem supragengival de todos os dentes e foram dadas orientações de higiene oral, na qual foi recomendada a utilização de escova de dente com cerdas macias, fio dental e instruída a técnica de Stillman modificada. Após ser verificada a adequação de seus hábitos de escovação, foi planejada a restauração da abrasão cervical com resina composta microparticulada e posterior cirurgia de ETCS para recobrimento radicular dessa unidade.

Sob anestesia local, iniciou-se o procedimento cirúrgico com o acabamento da restauração com broca multilaminada e cureta Gracey Mini-Five # 5/6 (Hu-Friedy). Para a preparação do leito receptor, duas incisões horizontais e paralelas foram feitas nas papilas mesial e distal: a primeira ligeiramente coronal à junção cimento-esmalte (JCE), e a segunda cerca de 1 mm apical à esta. Não foram realizadas incisões verticais relaxantes. Um retalho de espessura parcial foi dividido até que fosse obtida mobilidade suficiente e a pequena área de epitélio entre as duas incisões foi removida dos dois lados. Um enxerto de tecido conjuntivo medindo 1 mm de espessura foi obtido do palato utilizando-se lâminas de bisturi paralelas, como descrito por Harris (20). O colar epitelial do enxerto foi removido e descartado antes da sutura no leito receptor com fio Vicryl 5.0. No momento da sutura, o retalho foi reposicionado coronalmente para que houvesse a coaptação das margens das incisões nas papilas dos dois lados (Figura 2). O leito doador no palato foi, então, suturado com fio de seda.

Como medicação pós-operatória, foi prescrito diclofenaco sódico (50mg por 3 dias), dipirona sódica (500mg em caso de dor) e bochecho com digluconato de clorexidina a 0,12% por 30 dias, período no qual o paciente foi instruído a não escovar a região.

Foram realizadas avaliações pós-operatórias semanais durante o primeiro mês e, posteriormente, mensais. Sete dias após a cirurgia (Figura 3), foi feita a remoção da sutura no palato. Já a remoção da sutura do leito receptor foi feita depois de 21 dias. Uma reavaliação subsequente foi feita com 30 dias (Figura 4). Dez dias depois (Figura 5), houve um aumento na altura da recessão gengival, sugerindo novo trauma por escovação. Nessa ocasião, foi reforçada a orientação quanto à técnica de escovação. Após 10 semanas (Figura 6), o paciente relatou melhora das queixas clínicas.

Discussão:

Nos últimos anos, diferentes técnicas para correção de defeitos de recessão foram propostas ou modificadas. Diversos estudos clínicos procuraram avaliar e comparar essas técnicas com o intuito de fornecer embasamento científico para auxiliar o periodontista na seleção do melhor procedimento em cada caso individualmente (21). No caso clínico apresentado, optou-se pela realização do ETCS.

Uma revisão sistemática abrangente sobre esse tema (14) comparou o uso do ETCS com as técnicas de EMDA, RPC, RPC associado ao uso de

proteínas derivadas da matriz do esmalte (Straumann Emdogain®, Institute Straumann, Basel, Suíça), RPC com enxerto de concentrado de plaquetas, RPC com um substituto dérmico derivado de fibroblastos humanos (Dermagraft®, Advanced Tissue Sciences, Inc., La Jolla, CA, EUA) e RTG com o uso de membranas não-reabsorvíveis e reabsorvíveis associadas ou não ao uso de substitutos ósseos. Apesar de todas as técnicas avaliadas terem sido efetivas em reduzir a extensão da superfície radicular exposta, os resultados dessa metanálise indicaram uma maior efetividade em alcançar o recobrimento completo através da técnica de ETCS. Além disso, esse parece ser o procedimento que apresenta melhores resultados quanto à média de redução da recessão e aumento da espessura de tecido queratinizado, sendo, por esse motivo, considerado o procedimento “padrão ouro” para o tratamento de recessões por esses autores.

Outras revisões sistemáticas que analisaram as mais diferentes técnicas de CPP também demonstraram a efetividade do ETCS, sobretudo quando comparado às técnicas de RTG (22, 23, 13). Tendo em vista esses resultados, a indicação desse procedimento cirúrgico no caso apresentado ocorreu, principalmente, devido à maior previsibilidade dos seus resultados.

Sabe-se que a perda de suporte interproximal prejudica qualquer tentativa de aumentar a altura gengival e, portanto, o prognóstico para o recobrimento radicular de recessões de Classe III de Miller é considerado desfavorável, sendo possível apenas um recobrimento parcial da raiz (21). No momento da cirurgia mucogengival, a papila interdental representa o ponto

mais coronal no qual o tecido mole que recobrirá a raiz exposta será ancorado. Assim, a perda em altura desse referencial reduz a possibilidade de avanço mais coronal do retalho (24). Em casos que apresentam essa limitação, como o que foi apresentado, o ETCS também parece ser a técnica que apresenta os melhores resultados (6).

A associação de LCNC e recessão em um mesmo dente é encontrada em aproximadamente 50% dos dentes com recessão gengival (25). Características anatômicas desse tipo podem influenciar o prognóstico do recobrimento radicular (7). De acordo com Zucchelli et al. (24), nesses casos, o preenchimento do defeito cervical com compósito torna a cirurgia de recobrimento mais fácil de ser executada, pois restaura o perfil de emergência do dente e produz uma superfície ideal para o reposicionamento do retalho. Além disso, essa abordagem multidisciplinar parece manter a posição da margem gengival estável por mais tempo (26).

No caso apresentado, o defeito cervical se estendia a partir da raiz até parte da porção coronária do dente. Assim, para que alcançássemos o melhor resultado estético e funcional possível, foi feita a opção de combinar a cirurgia de recobrimento com um procedimento restaurador, isto é, o preenchimento da abrasão com resina composta. Vale ressaltar que, devido à perda de tecido coronário na abrasão, era previsto que parte da restauração continuasse exposta mesmo após a cirurgia.

Assim como em qualquer procedimento estético, a opção pela realização da cirurgia para recobrimento radicular deve levar em consideração as

expectativas do paciente, assim como sua disposição em cooperar para que se alcance o melhor resultado possível. O controle da escovação traumática é, nesse sentido, fundamental para o sucesso do tratamento, quer seja em longo prazo, evitando-se a inflamação marginal e a recorrência da recessão, ou durante o pós-operatório, quando a interface dente-tecido mole ainda é bastante frágil e, portanto, requer cuidados ainda maiores (21). Isso pode ser exemplificado no caso apresentado, em que houve um ganho de recessão gengival após apenas 40 dias do procedimento cirúrgico em virtude da reincidência do trauma de escovação.

Levando-se em consideração todas as dificuldades apresentadas pelo caso, pode-se considerar o resultado obtido satisfatório, tanto do ponto de vista periodontal quanto estético. Mesmo não tendo sido alcançado o recobrimento completo, foi possível uma redução na altura da recessão compatível com a possibilidade de recobrimento de recessões de Classe III. Havendo ainda aumento da faixa de gengiva queratinizada. Além disso, a restauração de resina devolveu a convexidade característica da anatomia dental na região cervical, o que também facilitou um melhor controle de biofilme pelo paciente. Este, por sua vez, relatou estar muito satisfeito com o resultado alçado pelo tratamento.

Conclusão:

De acordo com o levantamento bibliográfico realizado, é possível concluir que o ETCS é a técnica de recobrimento radicular que apresenta

resultados mais previsíveis no tratamento da recessão gengival. Isso se torna ainda mais relevante quando os pré-requisitos para que se obtenha um recobrimento completo não estão presentes. O caso clínico apresentado ilustra como, mesmo havendo dificuldades que limitam a obtenção do completo recobrimento da raiz, é possível obter um resultado satisfatório, tanto do ponto de vista periodontal quanto estético utilizando esta técnica.

Referências:

1. Wennström JL. Mucogingival therapy. *Ann Periodontol* 1996; 1(1): 671-701.
2. Loe H, Ånerud A, Boysen H. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity, and extent of gingival recession. *J Periodontol* 1992; 63: 489-495.
3. Susin C, Haas AN, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. Gingival recession: epidemiology and risk indicators in a representative urban Brazilian population. *J Periodontol* 2004; 75(10): 1377-1386.
4. American Academy of Periodontology. Oral reconstructive and corrective considerations in periodontal therapy. *J Periodontol* 2005; 76: 1588-1600.
5. Rosetti EP, Marcantonio RAC, Rossa Jr. C, Chaves ES, Goissis G, Marcantonio Jr. E. Treatment of gingival recession: comparative study between subepithelial connective tissue graft and guided tissue regeneration. *J Periodontol* 2000; 71(9): 1441-1447.

6. Hofmänner P, Alessandri R, Laugisch O, Aroca S, Salvi GE, Stavropoulos A, Sculean A. Predictability of surgical techniques used for coverage of multiple adjacent gingival recessions – A systematic review. *Quintessence Int* 2012; 43(7): 545-554.
7. Santamaria MP, Ambrosano GMB, Casati MZ, Nociti Jr. FH, Sallum AW, Sallum EA. The influence of local anatomy on the outcome of treatment of gingival recession associated with non-carious cervical lesions. *J Periodontol* 2010; 81(7): 1027-1034.
8. Wennström JL. Lack of association between width of attached gingiva and development of soft tissue recession: a 5-year longitudinal study. *J Clin Periodontol* 1987; 14: 181-184.
9. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985; 5(2): 8-13.
10. Miller PD Jr. Regenerative and reconstructive periodontal plastic surgery: Mucogingival surgery. *Dent Clin North Am* 1987; 32: 287-306.
11. American Academy of Periodontology. Consensus Report. Mucogingival therapy. *Ann Periodontol* 1996; 1: 702-706.
12. Felipe MEMC. Análise clínica comparativa entre duas técnicas cirúrgicas para o uso do enxerto de matriz dérmica acelular no tratamento de recessões gengivais [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2006.
13. Chambrone L, Sukekava F, Araújo MG, Pustiglioni FE, Chambrone LA, Lima LA. Root-coverage procedures for the treatment of localized

- recession-type defects: a Cochane systematic review. *J Periodontol* 2010; 81(4): 452-478.
14. Chambrone L, Chambrone D, Pustiglioni FE, Chambrone LA, Lima LA. Can subepithelial connective tissue grafts be considered the gold standard procedure in the treatment of Miller Class I and II recession-type defects? *J Dent* 2008; 36: 659-671.
 15. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol* 1985; 56(12): 715-720.
 16. Raetzke PB. Covering localized areas of root exposure employing the "envelope" technique. *J Periodontol* 1985; 56: 397-402.
 17. Nelson SW. The subpedicle connective tissue graft. A bilaminar reconstructive procedure for the coverage of denuded root surfaces. *J Periodontol* 1987; 58: 95-102.
 18. Allen AL. Use of the suprapariosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage. I. Rationale and technique. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1994; 14:216-227.
 19. Bruno JF. Connective tissue graft technique assuring wide root coverage. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1994; 14: 126-137.
 20. Harris RJ. A comparison of two techniques for obtaining a connective tissue graft from the palate. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1997; 17: 260-271.
 21. Bouchard P, Malet J, Borghetti A. Decision-making in aesthetics: root coverage revisited. *Periodontol 2000* 2001; 27: 97-120.

22. Oates TW, Robinson M, Gunsolley JC. Surgical therapies for the treatment of gingival recession. A systematic review. *Ann Periodontol* 2003; 8: 303-320.
23. Rocuzzo M, Bunino M, Needleman I, Sanz M. Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions: a systematic review. *J Clin Periodontol* 2002; 29: 178-194.
24. Zucchelli G, Testori T, De Sanctis M. Clinical and anatomical factors limiting treatment outcomes of gingival recession: a new method to predetermine the line of root coverage. *J Periodontol* 2006; 77(4): 714-721.
25. Sangnes G, Gjermo P. Prevalence of oral soft and hard tissue lesions related to mechanical toothcleansing procedures. *Community Dent Oral Epidemiol* 1976; 4: 77-83.
26. Santamaria MP, Feitosa DS, Nociti Jr. FH, Casati MZ, Sallum AW, Sallum EA. Cervical restoration and the amount of soft tissue coverage achieved by coronally advanced flap: a 2-year follow-up randomized-controlled clinical trial. *J Clin Periodontol* 2009; 36: 434-441.

Figuras:

- Figura 1: Aspecto inicial, vista frontal.
- Figura 2: Transcirúrgico - Leito receptor após sutura.
- Figura 3: Pós-cirúrgico, 7 dias.
- Figura 4: Pós-cirúrgico, 30 dias.
- Figura 5: Pós-cirúrgico, 40 dias.
- Figura 6: Pós-cirúrgico, 10 semanas.



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6