



**CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

JHENNEFY LIMA SILVA COSTA TORRES

**UTILIZAÇÃO DE DUAS TÉCNICAS CIRÚRGICAS PARA RECOBRIMENTO
RADICULAR MÚLTIPLO: RELATO DE CASO**

**Fortaleza
2024**

JHENNEFY LIMA SILVA COSTA TORRES

UTILIZAÇÃO DE DUAS TÉCNICAS CIRÚRGICAS PARA RECOBRIMENTO
RADICULAR MÚLTIPLO: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Odontologia do Centro Universitário Christus, campus Parque Ecológico, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof. Dra. Nicolly Parente
Ribeiro Frota

Fortaleza
2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Centro Universitário Christus – Unichristus
Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de
Ficha Catalográfica do Centro Universitário Christus - Unichristus,
com dados fornecidos pelo(a) autor (a)

C837u Torres, Jhenefy Lima Silva Costa.
Utilização de duas técnicas cirúrgicas para recobrimento
radicular múltiplo: relato de caso / Jhenefy Lima Silva Costa
Torres. - 2024.
55 f. il. Color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Centro
Universitário Christus – Unichristus, Curso de Odontologia,
Fortaleza- CE.

Orientadora: Profa. Dra. Nicolly Parente Ribeiro Frota.

1.Recessão Gengival. 2. Tunelização. 3. Enxerto gengival. I.

Título.

CDD 617.63

JHENNEFY LIMA SILVA COSTA TORRES

UTILIZAÇÃO DE DUAS TÉCNICAS CIRÚRGICAS PARA RECOBRIMENTO
RADICULAR MÚLTIPLO: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao curso de Odontologia do
Centro Universitário Christus, campus
Parque Ecológico, como requisito parcial
para obtenção do título de bacharel em
Odontologia.

Orientadora: Prof. Dra. Nicolly Parente
Ribeiro Frota

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Nicolly Parente Ribeiro Frota
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Dr. Átila Vinicius Vitor Nobre
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Ma. Mayra Sabiá de Moura
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ter me sustentado até aqui, firme em suas promessas, por me mostrar o cumprimento de suas palavras na minha vida. Assim como está escrito em Josué 1:9 “Não fui eu que ordenei você? Seja forte e corajoso! Não se apavore nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar”. E hoje alcanço a realização de um sonho, pelo qual tanto orei e confiei.

Dedico essa conquista à minha família, em especial ao meu pai Francisco Costa Torres Júnior, minha mãe Maria Quegislândia Lima Silva, minha avó Maria Neide Andrade Costa e minha tia Gilcelia Maria Andrade Costa, pelo apoio em todos os momentos, por me passarem seus princípios, por acreditarem tanto em mim e me sustentarem em meus dias mais difíceis. Vocês são as minhas maiores motivações, obrigada por tanto. Essa conquista é nossa.

AGRADECIMENTOS

Meu infinito agradecimento a Deus, pois, sem dúvidas tudo estava predestinado até aqui, a minha vaga no curso de odontologia foi um presente Dele para mim, assim como Ele me sustentou e me deu força, sabedoria e coragem a cada dia dessa linda trajetória dos últimos cinco anos da minha vida. Nos momentos de angústia, medo e incertezas, ele sempre esteve ao meu lado realizando os meus pedidos em oração e fortalecendo a minha fé nessa conquista que hoje se realiza.

Ao meu pai, Francisco Costa Torres Junior, é a pessoa mais inteligente que eu conheço e meu exemplo de disciplina, força e honestidade. Quero agradecer por sempre ter sido o meu melhor amigo e o meu maior incentivador para correr atrás dos nossos sonhos, pois, nunca sonhei sozinha, ele sempre esteve ao meu lado acreditando na minha capacidade, me ensinando como eu poderia ser melhor, me direcionando nesse caminho que chamados de vida e desde criança me ajudando a ser forte para enfrentar qualquer desafio. Foram seis longos anos que ele dividiu comigo minhas pequenas vitórias como graduanda, a alegria das boas notas, da aprovação nas monitorias, dos trabalhos apresentados, dos casos clínicos finalizados, cada detalhe ele foi o meu porto seguro de apoio, amor e sabedoria e nos momentos de dificuldade ele foi meu pilar de sustentação para enfrentar de cabeça erguida e me reerguer cada vez mais forte. Sou extremamente grata por todo amor que ele dedica a mim todos os dias.

A minha mãe, Maria Quegislândia Lima Silva, gostaria de agradecer por todo amor infinito oferecido a mim, por ser minha companheira e minha confidente em todos os momentos da minha vida, por dividir comigo todas as minhas fases, por ser a mãe mais carinhosa e amiga do mundo e por sempre segurar a minha mão. Sou grata a Deus por ser sua filha. Foram seis anos que mesmo distante fisicamente, ela sempre esteve presente em cada passo dessa caminhada. Agradeço por sempre me lembrar o quanto eu sou capaz, por sempre confiar em mim mesmo quando eu não confiava, por sonhar comigo essa conquista e vibrar comigo a cada passo da caminhada e me mostrar que todos os meus objetivos poderiam ser reais. Por ter compartilhado comigo sua fé e seus princípios, experiências de vida que foram de extrema importância para meu crescimento. Tenho muito orgulho de ser sua filha e

espero um dia ser metade da mulher guerreira e determinada que você sempre foi. Conseguimos mainha, chegar ao fim desse ciclo que tanto sonhamos juntas.

A minha querida avó/mãe, Maria Neide Andrade Costa, que representou o papel de mãe na minha vida, que me criou desde os três anos de idade como sua filha, sempre me ensinando o que era certo e errado, sempre oferecendo colo nos momentos de alegria e nos momentos de tristeza, sempre sendo o refúgio quando eu precisava. Eu agradeço a senhora por tudo que sou hoje, pois, a Jhennefy de hoje é espelho da mulher forte, amorosa, guerreira, inteligente e dedicada que você sempre foi. Agradeço por sempre ter transbordado amor na minha vida, por sempre ter me proporcionado o melhor para que hoje eu pudesse estar realizando esse sonho que é nosso, e é com orgulho que agora posso dizer que a “neném” da senhora é oficialmente doutora e essa conquista só foi possível porque você segurou minha mão até aqui. Sou extremamente grata pelo dia que a senhora decidiu que eu seria sua filha, a você meu imenso agradecimento e todo o meu infinito amor.

Agradeço também a minha tia Gilcelia Maria Andrade Costa que é minha terceira mãe, minha madrinha de jaleco, minha amiga, minha confidente, minha estilista, minha psicóloga nas horas vagas e foi a pessoa que esteve comigo lado a lado durante esses cinco anos, foi uma jornada longa e difícil e eu consegui passar por ela, pois, a senhora sempre estava ali para conversar comigo e me oferecer seu colo e seu amor, sempre acreditando em mim e me lembrando do meu potencial. Agradeço por todo carinho e amor incondicional, por ser amiga e confidente, por me dar forças quando eu achei que não iria conseguir. Agradeço pelos conselhos, pelos puxões de orelha, pelas dicas de moda para me vestir nos congressos, por apoiar todos os meus planos e por sempre segurar a minha mão em todos os momentos, sou Grata a Deus por ter você.

Também não poderia deixar de agradecer a meu tio Luiz Alcantara, meu tio Cesar Costa, minha tia Amada, minha avó Lindinalva e minha tia Queilândia, que foram essenciais durante esses cinco anos, sempre na torcida para que eu conseguisse atravessar a linha de chegada e hoje estou aqui e sou grata por ter vocês ao meu lado.

Minha gratidão também aos meus irmãos: Jhefinney, Piêtro, Gael, Brendo, Sharles, Henzo, Letícia, Ana Letícia, Luis Victor, Lincoln e Arthur, vocês são o motivo pelo qual eu sempre tento ser melhor para sempre ser um bom exemplo e poder ajudar cada um de vocês a realizarem seus sonhos. Hoje a irmã de vocês finaliza

uma etapa muito importante para a realização de nossos sonhos, eu sou muito grata por ter cada um de vocês na minha vida.

Agradeço também a dona Ana que foi essencial nessa fase final da graduação,

que começou a morar comigo durante os dois últimos anos do curso e se esforçou para me ajudar a cumprir horários, a manter uma alimentação saudável e cuidou de mim com tanta dedicação e carinho. Obrigada por aguentar todas as minhas conversas quando eu chegava da faculdade sobre a minha ansiedade no futuro de pós-formada, sobre meus desabafos de dia de clínica e estágios. Os dias foram mais leves com sua companhia.

Agradeço a minha eterna dupla de clínica, Eduarda Vitória Viana Dutra. Obrigada pelos conselhos, pelo apoio, pela paciência, por não desistir de nós mesmo com os estresses do dia a dia. Tenho orgulho de ter uma amiga com tanta força de vontade de vencer. Obrigada por ter me recebido na sua vida e na sua família, você foi essencial nessa trajetória e tenho orgulho do nosso amadurecimento nesses cinco anos, obrigada por ter ficado ao meu lado desde o primeiro semestre e por estar concluindo essa etapa comigo.

Também não poderia deixar de agradecer aos amigos que a vida me deu, uns

há mais tempo que outros, mas cada um com sua importância em minha vida, Alana Pinheiro, Mateus Saraiva, Barbara Brito, Yasmim Andrade, Caroline Gonçalves, Ana Rosa, Lavínia e Mateus Telles obrigada por sempre me escutarem, acreditarem e nunca desistirem de mim!

Agradeço também em especial aos professores Mayra Moura, Átila Nobre e Nicolly Frota por todas as oportunidades a mim concedidas, por terem ficado ao meu lado neste percurso, por terem feito brotar em mim o amor pela periodontia e por serem exemplos de profissionais que pretendo ser. Obrigada por me proporcionarem vivências únicas na faculdade através da Liga Acadêmica de Estudos em Periodontia-LAEPE, foi de extrema importância para meu crescimento acadêmico, sendo uma experiência enriquecedora.

Ademais, agradeço a minha professora orientadora, Dra, Nicolly Frota, pelo aceite do convite e orientação para a elaboração deste TCC, a minha banca examinadora pela disponibilidade, professores Mayra Moura e o Atila Nobre, meu muito obrigada.

Por fim, mas não menos importante, minha imensa gratidão a minha turma do curso de odontologia do Campus Parque Ecológico, Letícia Monteiro, Glória Rodrigues, Amanda Brito, Yane Sales, Edu, Wallace, Larissa, Pedro Henrique, Leonardo Jucá, Nathalia Aguiar, Beatriz Moreira, Beatriz Botô e Jasna Amaral, tinha que ser vocês! Não conseguiria me imaginar passando por tudo o que passei sem vocês. Muitas coisas aconteceram nesses 5 anos! Acredito que nós marcamos a vida um dos outros. Desejo que daqui a dez anos todos nós estejamos onde almejamos chegar! Coragem e sucesso para nós, nessa nova jornada que se inicia, com a bênção de Deus.

"Deus nunca disse que a jornada seria fácil, mas
Ele disse que a chegada valeria a pena."

- Max Lucado

RESUMO

A recessão gengival é caracterizada pela migração apical do tecido gengival resultando na exposição radicular dos elementos dentários adjacentes, o que pode evoluir para o comprometimento estético do sorriso do paciente e contribuir para sequelas funcionais nos tecidos periodontais. Sua etiologia é multifatorial, podendo apresentar diversos fatores de origem, como origem anatômica, patológica, fisiológica ou traumática. Recessões gengivais não tratadas podem causar complicações como: lesões cáries cervicais, patologias pulpares, problemas estéticos, sensibilidade dentinária ou gengival e dificuldade de higienização por parte dos pacientes. Além disso, apresentam maior probabilidade de progressão ao longo do tempo. Sendo assim, o diagnóstico e tratamento dessas condições são imprescindíveis no restabelecimento da saúde bucal e bem-estar do paciente. A correção de defeitos de recessão gengival pode ser alcançada através de diversas técnicas cirurgias que visam o recobrimento radicular. Neste caso clínico, paciente sexo masculino, 32 anos, não fumante, não etilista, buscou atendimento na Faculdade de Odontologia do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS) com queixa principal de sensibilidade e incômodo estético na região cervical dos dentes 11, 12, 13, 14, 15 e 16, os quais apresentavam recessões gengivais RT1 de Cairo, apresentando como principal fator etiológico a escovação vigorosa. O tratamento de escolha proposto foi primeiramente o uso de uma Matriz de Colágeno Porcino (Mucoderm®), através da técnica descrita por Zucchelli De Sanctis, tendo a necessidade de uma segunda intervenção cirúrgica com a utilização da técnica de Tunelização com tracionamento coronal do retalho. Após o acompanhamento pós-operatório de 8 meses constatou-se sucesso das técnicas, com manutenção do resultado e recobrimento radicular, mostrando saúde periodontal dos tecidos adjacentes.

Palavras-chaves: recessão gengival; tunelização; enxerto gengival.

ABSTRACT

Gingival recession is characterized by the apical migration of the gingival tissue, resulting in the root exposure of adjacent dental elements. This can lead to aesthetic compromise of the patient's smile and contribute to functional sequelae in the periodontal tissues. Its etiology is multifactorial, potentially involving various factors such as anatomical, pathological, physiological, or traumatic origins. Untreated gingival recessions can cause complications such as cervical carious lesions, pulpal pathologies, aesthetic problems, dentinal or gingival sensitivity, and difficulty in hygiene maintenance by patients. Additionally, they present a higher likelihood of progression over time. Thus, the diagnosis and treatment of these conditions are essential for restoring the patient's oral health and well-being. The correction of gingival recession defects can be achieved through various techniques aimed at root coverage. In this clinical case, patient R.S.V.S.S, a 32-year-old male, non-smoker, non-drinker, sought treatment at the School of Dentistry of the Christus University Center (UNICHRISTUS) with the main complaint of sensitivity and aesthetic discomfort in the cervical region of teeth 11, 12, 13, 14, 15, and 16, which presented with Cairo RT1 type gingival recessions. The proposed treatment of choice was initially the use of a Porcine Collagen Matrix (Mucoderm®) through the technique described by Zucchelli and Sanctis, followed by the need for a second surgical intervention using the Tunnelization technique with coronal traction of the flap. After an 8-month postoperative follow-up, the techniques were deemed successful, with the maintenance of the results and root coverage, showing periodontal health of the adjacent tissues.

Keywords: gingival recession; tunneling; gingival graft.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Aspecto clínico inicial: Vista frontal das áreas de recessões generalizadas nos dentes 11, 12, 13, 14, 15 e 16.....	27
Figura 2 - Aspecto clínico inicial: Vista lateral das áreas de recessões generalizadas nos dentes 11, 12, 13, 14, 15 e 16.....	28
Figura 3 - Incisões. (3A e 3B Incisões oblíquas com preservação das papilas dentárias anatômicas)	29
Figura 4 - Retalho rebatido.	30
Figura 5 - Enxerto de Mucoderm®. (5A Deseptalização das papilas anatômicas; 5B e 5C Enxerto acomodado nas superfícies radiculares envolvidas)	31
Figura 6 - Sutura do tipo colchoeiro horizontal modificada.....	32
Figura 7 - Pós-operatório de 60 dias da cirurgia de enxerto gengival com Mucoderm®.....	33
Figura 8 - Acréscimos de resina composta nos pontos de contatos entre os dentes 12,13,14, 15 e 16.....	34
Figura 9 - Utilização da sonda Carolina do Norte para verificar o deslocamento dentro do túnel cirúrgico.	35
Figura 10 - (Figuras 10A e 10B Estabilização tecidual com tracionamento coronal do retalho com auxílio de botões de resina composta).....	35
Figura 11 - Vista frontal da área com acompanhamento de 2 meses após o procedimento.....	36
Figura 12 - Vista lateral da área com acompanhamento de 2 meses após o procedimento.....	37
Figura 13 - Vista frontal da área com acompanhamento de 8 meses após o procedimento.....	37
Figura 14 - Vista lateral da área com acompanhamento de 8 meses após o procedimento.....	38
Figura 15 – Antes e depois 15A E 15B Comparação de resultado antes e depois das duas abordagens cirúrgicas.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Unichristus	Centro Universitário Chistus
RG	Recessão Gengival
ETC	Enxerto de tecido conjuntivo
JMG	Junção mucogengival
JAC	Junção amelo cemetária
TUN	Técnica de Tunelização
RR	Recobrimento radicular
RPC	Retalho posicionado coronalmente

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo Geral	19
2.2 Objetivos Específicos	19
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
3.1 Etiologia das recessões gengivais.....	20
3.2 Classificação das recessões gengivais.....	21
3.3 Tratamento das recessões gengivais.....	22
3.4 Técnica Cirúrgica de Zucchelli e Sanctis.....	23
3.5 Recobrimento radicular associado ao uso do Mucoderm....	24
3.6 Técnica cirúrgica de Tunelização modificada.....	25
4. RELATO DE CASO.....	27
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
6. CONCLUSÃO.....	43
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICES.....	49
ANEXOS.....	53

1 INTRODUÇÃO

A Recessão Gengival (RG) é caracterizada por um deslocamento apical da margem gengival, provocando a exposição da raiz do dente para além da junção amelocementária (JAC). Esta situação pode ocorrer de forma localizada, afetando apenas um dente, ou de forma generalizada, nos quais vários dentes são afetados. A RG refere-se à perda de inserção, ocasionando a exposição da raiz, devido ao posicionamento mais apical da margem livre da gengiva. A situação pode estar relacionada a ambos os arcos dentários no que tange a face vestibular e lingual e em quaisquer elementos dentários (YARED, 2006).

A etiologia da RG pode apresentar distintos fatores, sendo de origem anatômica, patológica, fisiológica ou traumática, e pode afetar de maneira significativa a estética do paciente, resultando em outras comorbidades como sensibilidade e cárie radicular. Além disso, algumas condições como presença de biofilme bacteriano dentário, oclusão traumatogênica, inflamação gengival, força exercida durante a escovação, inserção alterada do freio labial e/ou características anatômicas da dentição do indivíduo podem participar de forma ativa na sua etiologia. Surge, normalmente, de um processo lento e que evolui de forma gradual, tornando-se uma indicação de necessidade de tratamento quando há demonstração de hipersensibilidade dentária e queixas estéticas por parte dos pacientes (PEREIRA, 2023; YARED, 2006; COSTA, 2020).

O tratamento das recessões com cirurgia plástica periodontal não se limita exclusivamente ao componente da estética do recobrimento radicular, mas visa, também, o tratamento da hipersensibilidade dentinária e a prevenção do risco de cárie radicular, lesões de abrasão e erosão (LINDHE, 2005). Em face do cenário atual, múltiplos são os tratamentos oferecidos para a promoção em saúde para os pacientes com meios mais eficazes de diagnóstico. Diante disso, muitas técnicas com objetivo cirúrgico são descritas na literatura, a fim de proporcionar o recobrimento radicular das raízes dentárias expostas (MERCÊS, 2016).

Atualmente, as técnicas de cirurgia plástica periodontal podem proporcionar excelentes resultados, permitindo que o cirurgião-dentista as utilize de maneira segura. No entanto, é essencial um planejamento criterioso que inclua a avaliação das condições sistêmicas, fatores de risco (como tabagismo e diabetes), defeitos ósseos existentes, anatomia dos tecidos moles, posicionamento dos dentes,

clusão e outras condições que precisam ser analisadas clinicamente para garantir a previsibilidade dos resultados (SABACHUJFI et al., 2010).

Com o intuito de reduzir a morbidade, os transtornos trans e pós-operatórios, e aumentar a aceitação dos pacientes por procedimentos cirúrgicos, têm sido sugeridas técnicas cirúrgicas minimamente invasivas para o tratamento de recessões gengivais. Uma possível alternativa seria a aplicação de biomateriais derivados da derme suína. Estudos apresentam resultados exitosos nas cirurgias de recobrimento radicular com a aplicação desses biomateriais, oferecendo um menor tempo cirúrgico por não necessitar de uma área doadora de enxerto e conseqüentemente oferecendo conforto, aceitação do procedimento e um melhor pós-operatório para o paciente (NUNES, 2021).

O Mucoderm® é uma matriz colágena derivada da derme suína, purificada e livre de antígenos e impurezas. Sua estrutura mantém o colágeno tipo I e III, junto com elastina histológica, e apresenta uma camada porosa de fibras colágenas semelhantes à derme humana, favorecendo a migração celular. Com uma espessura entre 1,2 mm e 1,7 mm, requer hidratação prévia em solução salina ou sangue para facilitar seu manuseio. Por se integrar rapidamente com os tecidos moles e promover a revascularização, é uma alternativa para enxertos de tecido conjuntivo, sendo utilizada em periodontia e implantodontia. Tem aplicação em tratamentos de recessões gengivais e na expansão de tecido queratinizado (DE PAULA et al., 2017).

Ainda buscando técnicas cirúrgicas minimamente invasivas, a Técnica de Tunelização (TUN) também é uma abordagem eficaz para o recobrimento radicular de defeitos RT1 e RT2 de Cairo. Esta técnica apresenta boa previsibilidade de resultados estéticos, com até 100% de recobrimento, sendo indicada especialmente para a região estética/anterior da maxila e mandíbula (CAPOROSI, 2021). Outras vantagens da TUN incluem o grande suprimento sanguíneo e nutrição do enxerto, a cicatrização mais rápida, a redução da morbidade pós-operatória, a ausência de incisões de descarga, que tem demonstrado resultados positivos em termos estéticos, a ausência de alterações significativas no posicionamento da linha mucogengival, a manutenção da profundidade do vestíbulo e a proteção da posição e altura das papilas. Por outro lado, é uma técnica sensível, que necessita de um operador experiente, e com acesso a instrumentos específicos; não está indicada no tratamento

de recessões profundas e a eficácia dependente da aplicação do enxerto de tecido conjuntivo (XAVIER E ALVES, 2015).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Relatar um caso clínico acerca do tratamento de recobrimento radicular de múltiplas recessões gengivais utilizando duas técnicas cirúrgicas.

2.2 Objetivo Específico

- Avaliar os resultados nos âmbitos do recobrimento radicular;
- Redução da sensibilidade dentária;
- Melhora estética;
- Detalhar os cuidados pré, trans e pós operatórios necessários para o sucesso dos dois procedimentos relatados.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Etiologia das recessões gengivais

Uma adequada faixa de mucosa queratinizada é necessária para manter a saúde periodontal, especialmente em tratamentos ortodônticos, protéticos e na colocação de implantes. O periodonto de proteção ou complexo mucogengival consiste em gengiva livre e inserida, junção mucogengival (JMG) e mucosa alveolar. O conjunto gengiva livre e gengiva inserida é definido como mucosa queratinizada e compreende o tecido desde a linha mucogengival até a margem gengival. A gengiva é a parte da mucosa mastigatória que circunda a porção cervical dos dentes e protege o periodonto de sustentação. A largura da mucosa queratinizada é geneticamente predeterminada e varia nas diferentes superfícies da dentição, podendo sofrer modificações com o passar dos anos (MERCÊS, 2016).

Segundo Costa (2018), nos casos de RG, a gengiva desloca-se da sua posição normal, ao nível da coroa dentária, para uma posição apical à JAC, sobre a superfície radicular. Histologicamente, essa condição encontra-se associada a perda de fibras do tecido conjuntivo periodontal, bem como a perda de osso alveolar. As RG podem ser localizadas, afetando apenas um dente ou grupo de dentes, ou generalizadas, ocorrendo em toda a boca. Estas não afetam apenas esteticamente o paciente, mas também podem causar sensibilidade dentária e dificultam a escovação, tornando-se um fator retentor do biofilme bacteriano (BARBOSA, 2016).

A RG pode levar a problemas estéticos na medida em que esse problema afeta os dentes anteriores. Esta condição também pode ser associada com abrasão e/ou desgaste do colo e erosão devido à exposição da superfície da raiz e a um aumento no acúmulo de placa bacteriana. Além disso, devido a exposição do cimento, a RG pode ocasionar consequências como maior susceptibilidade à cárie radicular e hipersensibilidade dentinária (PEREIRA, 2016).

3.2 Classificação das recessões gengivais

Na década de 1980, foi proposta uma nova classificação baseada nas medições entre a margem gengival, a JMG e a perda óssea interdentária. Essa abordagem proporcionou uma maior precisão no prognóstico da previsibilidade da cobertura radicular (MILLER et al, 1985).

Segundo Miller (1985), as retrações devem ser classificadas em: Classe I, a retração não atinge a linha mucogengival e não há perda tecidual interdentária; Classe II, a retração atinge ou ultrapassa a linha mucogengival e não há perda tecidual interdentária; Classe III, a retração atinge ou ultrapassa a linha mucogengival, há perda de osso interdentário e o tecido gengival proximal é apical à junção amelocementária, permanecendo coronária a base da retração, ou, então, há uma má posição dentária; Classe IV, a retração atinge ou ultrapassa a linha mucogengival e os tecidos proximais estão situados no nível da base da retração, e essa implica mais de uma face do dente, ou, ainda, há um mau posicionamento dentário. Segundo o autor, nas Classes I e II, é possível um recobrimento total. Na Classe III, somente um recobrimento parcial pode ser esperado. Na Classe IV, nenhum recobrimento é possível.

No entanto, em 2011 Cairo et al. propuseram uma nova classificação para recessões gengivais, que foi aceita pela Associação Americana de Periodontia e Federação Europeia de Periodontia em 2018, sendo assim, a recessão gengival é classificada em três tipos de recessões: Recessão Tipo 1 (RT-1): recessão gengival sem perda de inserção interproximal, apresentando prognóstico de recobrimento radicular total. Recessão Tipo 2 (RT-2): recessão gengival está associada com a perda de inserção interproximal, que é menor ou igual ao comprimento da recessão gengival, apresentando prognóstico de recobrimento radicular total. Recessão Tipo 3 (RT-3): recessão gengival está associada a perda de inserção interproximal, a quantidade da perda de inserção interproximal é maior do que a recessão e não há capacidade de recobrimento (CAIRO et al., 2011).

3.3 Tratamento das recessões gengivais

O conceito “cirurgia plástica periodontal” foi introduzido por Miller (1993), sendo aceito pela comunidade científica internacional em 1996. Este termo abrange procedimentos cirúrgicos realizados para prevenir ou corrigir defeitos anatômicos, de desenvolvimento ou traumáticos, bem como defeitos resultantes de determinadas patologias na gengiva, na mucosa alveolar ou no osso. Estão incluídos vários métodos cirúrgicos, em tecidos moles ou duros, que visam o aumento gengival, o recobrimento radicular (RR), o alongamento coronário, entre outros (ROSADO, 2015).

A terapia de áreas com RG pode ser feita de várias maneiras, associando a manutenção periodontal a ajustes oclusais, reorientações na escovação dentária e procedimentos restauradores e cirúrgicos. As cirurgias mucogengivais, ou plásticas periodontais podem ter o objetivo de criar ou aumentar a faixa de mucosa ceratinizada na margem gengival ou o recobrimento radicular, que tem sido foco importante na terapia periodontal atual (MELO et al., 2015).

As cirurgias plásticas periodontais podem ser utilizadas para melhorar a estética periodontal, prevenindo o acúmulo de biofilme dental, a hipersensibilidade dentária e prevenir o aparecimento de lesões cariosas (SANTOS et al., 2017). A medicina oferece diversas técnicas e materiais para reconstrução e reposição tecidual. Dentre os materiais existentes o enxerto de tecido conjuntivo tem sido amplamente utilizado na odontologia para restituição tecidual. As técnicas de recobrimento radicular juntamente com a utilização de enxertos de tecido conjuntivo são consideradas atualmente as que apresentam melhores resultados de cobertura radicular, estética e melhor previsibilidade (REINO, 2011).

O retalho de reposicionamento coronal tem sido bastante documentado na literatura, mostrando resultados previsíveis perante a presença de determinados fatores anatômicos, como uma adequada altura (1mm para recessões pouco profundas e 2mm para recessões maiores ou iguais a 5mm) e espessura de tecido queratinizado, e a preservação dos tecidos moles e duros interdentários. Esta técnica foi inicialmente descrita por Norberg (1926) e posteriormente reportada por Allen e Miller (1989). Recentemente, foi modificado por Zucchelli e De Sanctis (2000) usando um retalho trapezoidal de espessura total e parcial no tratamento de recessões gengivais múltiplas (ROSADO 2015).

3.4 Técnica Cirúrgica de Zucchelli e Sanctis

Em 2000, Zucchelli e Sanctis apresentaram uma técnica de recobrimento radicular com uma abordagem diferente, preconizando a criação de papilas cirúrgicas por meio de incisões paramarginais e a criação de um retalho dividido total-dividido. As papilas cirúrgicas são rotacionadas e suturadas sobre uma papila anatômica desepitelizada, favorecendo a cicatrização por primeira intenção (MAJOR, 2020).

As condições anatômicas locais para realizar a técnica de Zucchelli & De Sanctis estão relacionadas tanto ao dente quanto aos tecidos moles adjacentes. Em relação ao dente, deve-se considerar a dimensão da exposição radicular, o número de recessões que acometem os dentes adjacentes e a presença de perda de tecidos duros cervicais associados à exposição radicular. Ao utilizar-se a técnica de Zucchelli & De Sanctis, ganha-se uma excelente quantidade de mucosa queratinizada e quando se associa esta técnica com o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, o resultado é bastante satisfatório, pois o aumento de tecido queratinizado favorece a estética e proporciona conforto ao paciente durante a higiene bucal, visto que a mucosa alveolar não estará com mobilidade (LACERDA et al., 2011).

A região palatina é a mais utilizada para retirada de epitélio conjuntivo, tanto para enxerto conjuntivo quanto para gengival. No entanto, devido a morbidade gerada após o ato cirúrgico no caso de grandes superfícies, essa região doadora é contraindicada. Por causa desses empecilhos, estudiosos buscam cada vez mais desenvolver biomateriais com a capacidade de gerar sistemas biocompatíveis com a região que se pretende recuperar, e que tenham a vantagem de eliminar o leito doador (LACERDA et al., 2011).

3.5 Recobrimento radicular associado ao uso do Mucoderm®

Mucoderm® é uma matriz de colágeno acelular que oferece uma alternativa segura para transplantes de tecido mole autólogo em uma variedade diversificada de indicações de enxerto de tecido mole. O Mucoderm® é derivado da derme suína que passa por um processo de purificação em várias etapas, que remove todas as proteínas e células não colágenas, bem como potenciais imunógenos, bactérias e vírus. O processamento resulta em uma matriz estável tridimensional, que consiste em colágeno tipo I e III com uma estrutura de colágeno natural que se assemelha ao tecido conjuntivo humano (VAZ et al., 2021).

Segundo dados do fabricante, o Mucoderm® é de fácil manuseio e inserção, sua espessura varia de 1,2 a 1,7 mm sendo necessária prévia hidratação em solução salina ou sangue que auxilia no aumento da tração do produto que pode ser tensionado durante o corte e a aplicação. Por promover uma rápida integração com tecidos moles e suportar mecanismos de revascularização, essa matriz colágena é uma alternativa viável para substituição de enxertos de tecido conjuntivo do paciente, sendo aplicada em periodontia para tratamento de recessões gengivais para aumento de tecido queratinizado (DE PAULA, 2017).

Essa matriz de colágeno acelular pode ser utilizada como uma opção aos enxertos autólogos de tecido mole, como por exemplo, o enxerto de tecido conjuntivo e o enxerto gengival livre. O uso do Mucoderm® traz vantagens em ocorrências em que os transplantes autólogos não podem ser colhidos em quantidades e qualidades suficientes (VAZ et al., 2021).

A aplicação de biomateriais derivados da derme suína em cirurgias de recobrimento radicular tem se mostrado uma alternativa promissora. Estudos, como o de Rossato (2019), indicam resultados exitosos ao utilizar esses biomateriais. Uma das principais vantagens é a redução do tempo cirúrgico, pois não é necessário retirar enxerto de uma área doadora, o que também melhora o conforto e a aceitação do procedimento pelos pacientes, além de proporcionar um melhor pós-operatório.

3.6 Técnica cirúrgica de Tunelização (TUN) modificada.

Numa tentativa de solucionar as adversidades das técnicas cirúrgicas periodontais tradicionais, como o retalho de reposicionamento coronal (RRC), surge a técnica de tunelização (TUN), que aos poucos tem ganhado popularidade na cirurgia plástica periodontal, devido às suas características minimamente invasivas, preservando a estética. Os resultados clínicos têm apresentado uma eficácia significativa no recobrimento radicular de classes I e II de Miller, principalmente em recessões gengivais múltiplas de dentes anteriores, com profundidade \leq a 3 mm, uma vez que esta consegue aumentar a quantidade de gengiva queratinizada (Xavier e Alves, 2015; Azaripour et al., 2016; Zuhr et al., 2014; Ozenci et al., 2015).

A técnica cirúrgica tunelizada foi introduzida como procedimento para cobertura radicular em 1994 e foi modificada para incluir a colocação de tecido coronalmente, assim o túnel modificado é realizado em situações de única ou múltiplas recessões gengivais, e consiste numa dissecação mais profunda do tecido gengival vestibular, permitindo uma mobilização no deslocamento do retalho e proporcionando uma cobertura completa, garantindo a ausência de incisões relaxantes e de incisões em áreas de papila, melhorando a vascularização, e a estabilidade da ferida, pois o túnel é fechado lateralmente usando suturas sling ou double sling (IMBER, 2021).

A cirurgia periodontal de recobrimento radicular pela técnica da tunelização consiste na modificação da técnica já existente para recobrimento radicular com abertura de retalho, no que diz respeito ao deslize coronário deste e à inserção do enxerto de tecido conjuntivo no leito receptor. Sua versatilidade permite ao clínico a execução de uma técnica cirúrgica segura e minimamente invasiva, uma vez que não há a necessidade de abertura de retalho (CAPOROSSO, 2021).

Em 2007, Zuhr et al., com o desenvolvimento de novos instrumentos de microcirurgia veio melhorar a execução da técnica de tunelização, de forma a manter as papilas intactas e o ETC exposto na zona das recessões. Assim, contribuiu positivamente para um menor trauma, melhor vascularização e menor probabilidade de lesão dos tecidos. E, ainda, promoveu uma maior estabilidade do enxerto que foi conseguida pelo aperfeiçoamento da técnica de sutura, ancorada coronalmente, desenvolvida pelo mesmo. (ZUHR et al., 2007).

A indicação principal da técnica de tunelização é o tratamento de recessões gengivais múltiplas. Para a utilização dessa manobra, é imprescindível a utilização de aparelhos de ampliação (lupas e microscópios), uma boa iluminação e instrumentais específicos. O retalho começa com incisões intra-sulculares ao redor dos dentes com recessão, realizadas com o auxílio de uma lâmina específica para procedimentos microcirúrgicos. O propósito dessas incisões é incluir a espessura total do tecido marginal no retalho, mas, ao mesmo tempo, preservar o periósteo e o tecido gengival, posicionados mais coronariamente na superfície radicular exposta (Zuhr et al., 2018).

As papilas adjacentes são cuidadosamente desinseridas; no entanto, não são rompidas. A utilização de microelevadores de papila é recomendada para esse procedimento, com elevação da mesma em sua porção apical, o que promove mobilidade suficiente para o posterior deslocamento coronário do tecido. Após atingir a crista alveolar com as incisões intra-sulculares, é realizada a elevação do retalho de espessura total estendendo-se apicalmente a 3-4mm da crista óssea, seguida da dissecação do periósteo, levando os tecidos para acima da JMG (Zuhr et al., 2018).

O enxerto de tecido conjuntivo que pode ser retirado do palato do paciente é então inserido no túnel. Suturas acessórias se provaram um modo efetivo de inserção do tecido no túnel. Em recessões mais profundas, algumas pequenas partes do enxerto podem ser deixadas descobertas. A cicatrização por segunda intenção do tecido proporcionará um aumento da mucosa ceratinizada na região (Zuhr et al., 2018).

4. RELATO DE CASO

O presente trabalho trata-se de um Relato de Caso Clínico, que descreve o tratamento de recessões gengivais múltiplas utilizando a associação da técnica cirúrgica descrita por Zucchelli e Sanctis, com a utilização de enxerto de Mucoderm®, seguido do procedimento cirúrgico de tunelização com tracionamento coronal do retalho. O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS) sob número de protocolo 6.925.191 (Anexo A).

Paciente sexo masculino, 32 anos, não fumante, buscou atendimento na Clínica Odontológica do Centro Universitário Christus com queixa principal de sensibilidade e incômodo estético na região cervical do arco superior direito. O paciente apresentou-se sistemicamente saudável e seus dados foram registrados em prontuário. Ao exame clínico periodontal foram observados ausência de periodontite ou gengivite, bom controle de placa e recessões gengivais tipo RT1 de Cairo.

No exame clínico intraoral, constatou-se que o paciente apresentava recessões gengivais do incisivo central direito até o primeiro molar superior direito, referente aos dentes 11, 12, 13, 14, 15 e 16 (Figura 1 e Figura 2). O trauma nos tecidos moles causado pela escovação vigorosa foi considerado o principal fator etiológico para o desenvolvimento das recessões gengivais.

Figura 1 - Aspecto clínico inicial: Vista frontal das áreas de recessões generalizadas nos dentes 11, 12, 13, 14, 15 e 16.



Fonte do autor.

Figura 2 - Aspecto clínico inicial: Vista lateral das áreas de recessões generalizadas nos dentes 11, 12, 13, 14, 15 e 16.



Fonte do autor.

Inicialmente, o paciente recebeu tratamento periodontal, incluindo instruções de higiene bucal sobre a forma correta de escovação dentária para evitar força excessiva durante os cuidados bucais domiciliares. Após o exame clínico e radiográfico para o correto planejamento do caso, foi proposto inicialmente restaurações cervicais para restabelecer a JCE e favorecer um melhor prognóstico, seguiu-se com a realização de um procedimento cirúrgico de recobrimento radicular com o uso de uma Matriz de Colágeno Porcino (Mucoderm®), através da técnica descrita por Zucchelli e Sanctis. A escolha da utilização do biomaterial se deu devido a extensão das recessões gengivais, que demandaria a remoção de grande quantidade de tecido do palato, aumentando a morbidade pós-operatória. O uso do Mucoderm® visou uma diminuição do tempo cirúrgico, oferecendo maior conforto ao paciente, com redução do desconforto pós-operatório.

Na ausência de inflamação gengival e presença de um índice de placa inferior a 20%, procedeu-se ao procedimento cirúrgico de recobrimento radicular dos dentes 11, 12, 13, 14, 15 e 16. Foi feita a antissepsia intraoral com clorexidina a 0,12% na forma de bochecho durante 1 minuto e antissepsia extra oral com clorexidina a 2%. Em seguida, foi realizada a anestesia da zona cirúrgica com articaína a 4% com epinefrina 1:100.000 (Articaína DFL, DFL Indústria e Comércio S.A., Rio de Janeiro, Brasil), para bloqueio dos nervos alveolar superior anterior,

alveolar superior médio e alveolar superior posterior, proporcionando anestesia adequada para o procedimento.

Em seguida, foi feita a escolha da recessão central, localizada no dente 16, com uma lâmina 15c (Swann Morton® -Sheffield, Inglaterra) montada em cabo de bisturi circular nº3, as incisões oblíquas paramarginais foram feitas em direção aos dentes adjacentes nas regiões interdentais de cada dente envolvido, as quais eram conectadas às incisões intrasulculares nas margens mesiais/distais das recessões, de modo a completar o desenho das papilas cirúrgicas do retalho. Esta técnica preconiza incisões oblíquas para melhor adaptação das papilas, portanto, a incisão inicial partiu da junção cimento/esmalte do referido dente e foi até o topo da recessão do dente adjacente e assim sucessivamente até atingir todos os dentes envolvidos, formando duas papilas: a cirúrgica (formada após as incisões) e a anatômica (Figura 3A e Figura 3B).

Figura 3 – Incisões. 3A e 3B Incisões oblíquas com preservação das papilas dentárias anatômicas.



Fonte do autor

O retalho envelope foi levantado com uma abordagem no sentido corono-apical, as papilas cirúrgicas foram levantadas em espessura dividida, e o tecido gengival apical à exposição da raiz foi levantado em espessura total para garantir espessura adequada para cobertura radicular. A porção mais apical do retalho foi elevada em espessura dividida para facilitar o deslocamento do retalho coronal. Foi realizada também uma dissecação na mucosa do revestimento vestibular para eliminar a tensão muscular, facilitando o deslocamento coronal adequado do retalho.

Figura 4 – Retalho rebatido.



Fonte do autor

Posteriormente, a superfície radicular exposta foi descontaminada de forma mecânica com uma cureta Gracey 7-8. Depois, desepitelizou-se as papilas anatômicas (Figura 5A) para criar os leitos de tecido conjuntivo aos quais as papilas cirúrgicas serão suturadas e fez-se raspagem e alisamento radicular, com irrigação abundante com soro fisiológico para remoção da smear layer. O enxerto de Mucoderm® foi recortado de forma e tamanho adequados para cobrir as superfícies radiculares e o osso circunjacente, e hidratado em soro fisiológico estéril para aumentar a sua flexibilidade a fim de permitir o seu alongamento. Posteriormente, o enxerto foi adaptado na altura das JCE de forma a cobrir as superfícies radiculares envolvidas e o osso circunjacente com o uso de fios reabsorvíveis (Figuras 5B e 5

Figura 5 – Enxerto de Mucoderm®. 5A Deseptalização das papilas anatômicas. **5B e 5C** Enxerto acomodado nas superfícies radiculares envolvidas.



Fonte do autor.

Por fim, foi executada a sutura do tipo colchoeiro horizontal modificada para haver um melhor tracionamento do retalho coronal (Figura 6). Na primeira intervenção visou o alcance da mudança do fenótipo. Nem sempre o recobrimento é o mais importante, principalmente quando já é possível prever que o caso envolverá outra intervenção.

Figura 6 – Sutura do tipo colchoeiro horizontal modificada.



Fonte do autor

Foi prescrito para o paciente Nimesulida 100 mg (um comprimido a cada 12 horas, durante três dias), Paracetamol 750 mg (um comprimido a cada 6 horas, durante dois dias, caso sentisse dor) e Amoxicilina 500 mg (uma cápsula a cada 8 horas, durante sete dias). O paciente foi instruído a realizar higienização da área operada com digluconato de clorexidina a 0,12%, aplicando-o na área operada com o auxílio de um rolete de algodão, bem como orientada a realizar bochechos, após 48 horas da cirurgia, com a mesma solução, duas vezes ao dia, durante sete dias. Nas visitas pós operatórias foi reforçada a importância do controle adequado da placa bacteriana. O paciente não apresentou complicações durante o pós-operatório, e não se queixou de dor ou desconforto na ferida cirúrgica.

No pós-operatório de 7 e 14 dias a paciente retornou para consultas de controle, sendo observado um processo de cicatrização e reparo tecidual dentro do esperado. As suturas da zona cirúrgica foram retiradas após 14 dias, não havendo sinais de necrose do enxerto ou eventos adversos. Os exames clínicos de acompanhamento pós-operatório foram realizados 60 dias após a cirurgia.

Através da avaliação do aspecto clínico após 60 dias do procedimento cirúrgico com o Mucoderm®, foi visto que o recobrimento radicular foi obtido parcialmente (Figura 7), surgindo a indicação e necessidade de um outro procedimento cirúrgico para auxiliar na obtenção de um resultado mais satisfatório e visando 100% de recobrimento radicular.

Figura 7 – Pós-operatório de 60 dias da cirurgia de enxerto gengival com Mucoderm®.



Fonte do autor

O segundo procedimento cirúrgico indicado foi a técnica de Tunelização associada ao tracionamento coronal. Nessa técnica a manipulação do retalho é mínima e sem tensões, mantendo um excelente aporte sanguíneo pela região apical e preservando as papilas dentárias. A abordagem teve o intuito de ser minimamente invasiva, com redução do trauma cirúrgico e mantendo a integridade do tecido gengival, visto que o paciente já havia sido submetido a uma cirurgia prévia.

Foi feita a antissepsia intraoral com clorexidina a 0,12% na forma de bochecho durante 1 minuto e antissepsia extra oral com clorexidina a 2%. Devido a extensão da recessão gengival, previamente ao procedimento cirúrgico foram realizados botões de resina composta de forma estratégica nos pontos de contatos entre os dentes 12,13, 14, 15 e 16, que serviram como apoio de ancoragem para a sutura suspensória simples com objetivo de tracionar o tecido gengival no sentido coronal dos dentes (Figura 8).

Figura 8 – Acréscimos de resina composta nos pontos de contatos entre os dentes 12,13, 14, 15 e 16.



Fonte do autor.

Em seguida, foi realizada a anestesia da zona cirúrgica com articaína a 4% com epinefrina 1:100.000 (Articaína DFL, DFL Indústria e Comércio S.A., Rio de Janeiro, Brasil) nos nervos alveolar superior anterior, alveolar superior médio e alveolar superior posterior.

O procedimento cirúrgico iniciou com incisões intrasulculares utilizando uma lâmina de bisturi número 15C, sendo um modelo de lâmina utilizado em procedimentos periodontais, oferecendo um alcance adicional e mais delicado ao profissional. As incisões foram realizadas sem atingir as papilas gengivais, com o objetivo de romper as fibras da inserção conjuntiva, passando pela JMG até alcançar a mucosa alveolar. Essa incisão visou obter flexibilidade e mobilidade para o retalho realizando o descolamento do tecido gengival a nível de gengiva inserida até a linha muco-gengival utilizando o tunelizador de maneira delicada e pontual, evitando laceração do tecido e deixando o retalho solto na face vestibular. Em seguida, foi utilizada uma sonda carolina do norte para verificar o deslocamento de um lado para o outro dentro do túnel cirúrgico (Figuras 9A e 9B).

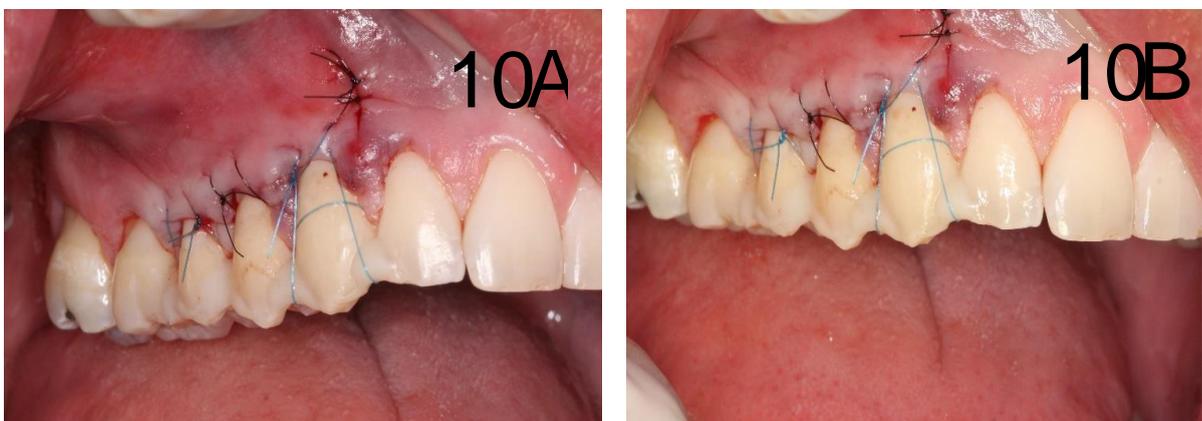
Figura 9 – Utilização da sonda Carolina do Norte para verificar o deslocamento do túnel cirúrgico.



Fonte do autor

Após o descolamento do tecido, o retalho foi reposicionado apicalmente no sentido coronário do dente com o intuito de cobrir as recessões gengivais presentes nos elementos dentários. A sutura foi realizada utilizando o fio 5-0 de nylon (Techsuture) com o auxílio dos botões de resina localizados nos pontos de contato, tratando-se de uma sutura suspensória simples.

Figura 10 – Figuras 10A e 10B Estabilização tecidual com tracionamento coronal do retalho com auxílio de botões de resina composta.



Fonte do autor

Foi prescrito para o paciente nimesulida 100 mg (um comprimido a cada 12 horas durante três dias), dipirona sódica 500 mg (um comprimido a cada 6 horas para alívio da dor) e realizar bochechos cuidados com digluconato de clorexidina 0,12% (PerioGard Colgate – São Paulo/SP, Brasil) 12 em 12 horas durante 10 dias. Após 14 dias o paciente retornou à clínica para a realização da remoção da sutura e dos botões de resina composta, sendo reforçado as instruções de higiene oral dadas na primeira consulta. O paciente apresentou um período de reparo e cicatrização tecidual satisfatório em resposta da técnica com redução de trauma. Foi realizado o acompanhamento com 2 meses e com 8 meses após a realização da segunda abordagem cirúrgica.

Após dois meses do procedimento cirúrgico, foi possível observar bom resultado do recobrimento radicular dos elementos 11,12,13,14,15 e 16 (Figuras 11 e 12), sem nenhuma intercorrência relatada pelo paciente. O mesmo demonstrou-se satisfeito com os resultados obtidos, reportando também significativa melhora da hipersensibilidade dentinária, mostrando a eficácia da associação das duas técnicas para correção de recessões gengivais múltiplas.

Figura 11 – Vista frontal da área com acompanhamento de 2 meses após o procedimento.



Fonte do autor

Figura 12 – Vista lateral da área com acompanhamento de 2 meses após o procedimento.



Fonte do autor.

Após oito meses de acompanhamento, puderam-se verificar a manutenção do resultado mostrando saúde periodontal dos tecidos adjacentes (Figuras 13 e 14).

Figura 13 – Vista frontal da área com acompanhamento de 8 meses após o procedimento.



Fonte do autor

Figura 14 – Vista lateral da área com acompanhamento de 8 meses após o procedimento.



Fonte do autor

Figura 15 – Antes e depois 15A E 15B Comparação de resultado antes e depois das duas abordagens cirúrgicas.



5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inúmeros protocolos cirúrgicos são utilizados para o tratamento das recessões gengivais. O resultado do procedimento está intimamente relacionado à escolha da técnica cirúrgica, e que esta esteja de acordo com as percepções clínicas, funcionais e estéticas do paciente. O presente trabalho ilustrou um caso clínico no qual foi obtido recobrimento radicular de múltiplas RG após a associação de duas cirurgias periodontais. Nesse viés, foi documentado todos os cuidados necessários e avaliado quantidade de recobrimento radicular em um período de 2 meses após o primeiro procedimento cirúrgico e 8 meses após o segundo procedimento cirúrgico. Visou-se com isso a melhora dos tecidos periodontais, devido a queixa prévia de incômodo estético e sensibilidade dentária.

Um dos principais objetivos da cirurgia de recobrimento radicular é atingir o completo recobrimento da raiz, com mínima profundidade de sondagem, e também boa estética. Entretanto, antes de qualquer procedimento cirúrgico, é imprescindível a identificação e eliminação dos possíveis fatores etiológicos que levaram à migração apical da margem gengival (Zuhr et al., 2018). No relato de caso acima, o trauma causado pela escovação vigorosa foi considerado o principal fator etiológico. Segundo Oliveira, 2023, os hábitos de higiene oral constituem um papel importante na etiologia dos defeitos de recessão gengival. A escovação excessiva e/ou agressiva induz uma abrasão gradual do tecido gengival. A gengiva apresenta-se livre de inflamação ou edema, uma vez que há um baixo índice de placa, contudo, a migração apical da margem gengival, que normalmente adquire um formato de “V”, expõe as superfícies radiculares. Por vezes, a escovação traumática pode mesmo levar à destruição de toda a gengiva queratinizada. Através disso, é imprescindível que previamente aos procedimentos cirúrgicos sejam repassados cuidados e instruções de higiene bucal sobre a forma correta de escovação dentária para evitar força excessiva, estando de acordo com o protocolo utilizado no relato de caso supracitado.

Na literatura há diversas técnicas cirúrgicas indicadas para o recobrimento gengival, dentre elas podemos citar retalhos pediculados (retalho de reposicionamento coronal), regeneração tecidual guiada, modeladores biológicos, enxerto de tecido mole autógeno (enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, enxerto gengival livre epitélio conjuntivo) (Carmo, 2013; Lindhe e Lang, 2018). Contudo, neste relato foi abordada utilização de duas técnicas cirúrgicas, sendo elas a técnica

descrita por Zucchelli De Sanctis, com a utilização de enxerto de Mucoderm®, e a técnica de Tunelização com tracionamento coronal do retalho.

O Mucoderm® é uma matriz tecidual derivada da derme suína, que passa por vários ciclos de purificação, removendo todos os elementos que podem ocasionar qualquer tipo de recusa tecidual, resultando em uma matriz estável contendo elastina, colágeno, proteínas e canais de vasos sanguíneos, agindo como um guia seletor dos queratinócitos, além de proteger o tecido conjuntivo. A sua densidade atua também como mantenedor de espaço, fazendo com que haja um crescimento na formação da mucosa mastigatória mais consistente. Essa matriz dérmica acelular foi desenvolvida para o tratamento de exposição radicular e aumento da faixa de gengiva ceratinizada (SUZUKI et al., 2020).

Os enxertos de tecido conjuntivo subepiteliais ainda são tidos como padrão ouro por serem designados por fontes sanguíneas acelerando a vascularização, porém, seu uso é limitado devido à retirada do tecido doador ser feita no próprio paciente, sendo necessário dois sítios cirúrgicos, estando mais suscetível a infecções e dificultando o pós-operatório, o que faz com que o Mucoderm® tenha vantagens sobre o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial. A vantagem do seu uso tem como principais pontos: o tecido do palato do paciente é preservado; múltiplas recessões são tratadas durante um mesmo procedimento cirúrgico; o tecido utilizado é ilimitado e de qualidade; possui menos tempo de cirurgia por não haver necessidade de outro sítio cirúrgico. Contudo, a maior desvantagem é o alto custo, tornando-o menos acessível à população (Gouveia et al., 2023).

Um estudo realizado por Rossato (2019) buscou a comparação entre o Mucoderm® versus enxerto de tecido conjuntivo no tratamento de recessões gengivais múltiplas, foram tratados 40 pacientes portadores de recessões múltiplas associadas à LCNC, os quais foram alocados aleatoriamente em dois grupos: teste e controle. Pode-se concluir no estudo que ambos os enxertos são capazes de fornecer redução significativa dos defeitos combinados múltiplos parcialmente restaurados com resina composta. Em adição, ambos os tratamentos foram eficazes na redução da hipersensibilidade dentinária e forneceram melhorias estéticas. Entretanto, o uso do enxerto de tecido conjuntivo removido do palato está associado a um maior ganho de tecido queratinizado, enquanto o uso do Mucoderm® está associado a um menor tempo de cadeira, dor pós-operatória e tempo de recuperação, estando em conformidade com o relato de caso apresentado, em que não houve a

necessidade de um segundo sítio cirúrgico, trazendo menos desconforto pós operatório e morbidade ao paciente.

Ferraz (2020), através de um estudo clínico controlado randomizado, buscou comparar os efeitos do uso de dois enxertos, matriz colágena (CM, Mucograft®) e matriz dérmica acelular xenógena (XDM, Mucoderm®), no tratamento de recessões gengivais unitárias associadas ao Retalho Posicionado Coronariamente (CAF). Para tal, 75 pacientes portadores de recessões gengivais unitárias foram selecionados e divididos em três grupos: CAF (n=25, técnica isolada de CAF para recobrimento radicular), CAF+CM (n=25, CAF associado à CM) e CAF+XDM (n=25, CAF associado à XDM). Após o estudo, pôde-se concluir que os três tratamentos avaliados foram eficazes na redução da recessão gengival e que a adição dos enxertos de CM e XDM associados ao CAF não promoveu efeitos adicionais do ponto de vista clínico, estético e de parâmetros centrados no paciente. Entretanto, o uso de enxertos xenógenos parece contribuir para o aumento da espessura de tecido queratinizado da área operada.

No relato de caso apresentado, após a técnica de enxerto gengival com o uso de Mucoderm®, foi avaliado que houve um recobrimento parcial das RG, sendo sugerida uma nova intervenção cirúrgica minimamente invasiva ao paciente com o uso da técnica de Tunelização com tracionamento coronal do retalho, que tem sido amplamente utilizada no recobrimento radicular em áreas estéticas. A cirurgia periodontal de recobrimento radicular pela TUN consiste na modificação da técnica já existente para recobrimento radicular com abertura de retalho, no que diz respeito ao deslize coronário do retalho e à inserção do enxerto de tecido conjuntivo no leito receptor. Sua versatilidade permite ao clínico a execução de uma técnica cirúrgica segura e minimamente invasiva, uma vez que não há a necessidade de abertura de retalho.

Maurício (2022) conduziu uma revisão sistemática para avaliar a eficácia da técnica de tunelização (TUN) com enxerto de tecido conjuntivo no recobrimento radicular de recessões gengivais classe I e II de Miller. O estudo identificou fatores prognósticos que permitem prever o sucesso da abordagem cirúrgica no tratamento dessas recessões, destacando a profundidade inicial da recessão e a dimensão da gengiva queratinizada inicial como elementos fundamentais. Além disso, a revisão concluiu que a técnica de tunelização com enxerto de tecido conjuntivo apresenta limitações clínicas no recobrimento radicular de defeitos profundos e recessões

gingivais unitárias, devido à mobilidade limitada do retalho. Dessa forma, a técnica é mais indicada para o tratamento de recessões gengivais múltiplas.

Neste caso clínico, a queixa principal do paciente era a sensibilidade dentinária vinculada a insatisfação estética com seu sorriso, devido a presença de múltiplas recessões gengivais na maxila. Após os procedimentos cirúrgicos houve melhora significativa tanto na hipersensibilidade dentinária quanto na estética, obtendo-se um resultado satisfatório. O presente caso tem 8 meses de acompanhamento, apresentando desde o início do tratamento alta taxa de sucesso e manutenção dos resultados, com estabilidade da margem gengival após o recobrimento radicular com abordagem minimamente invasiva.

6. CONCLUSÃO

Podemos concluir que a utilização das técnicas de Zucchelli e Sanctis, com o uso de enxerto de Mucoderm®, seguido do procedimento cirúrgico de Tunelização com tracionamento coronal do retalho resultou em sucesso na obtenção de recobrimento radicular, melhora considerável na estética, uma boa adaptação do tecido enxertado e uma melhora na arquitetura gengival. Devido aos procedimentos cirúrgicos empregados serem minimamente invasivos, promoveu-se uma excelente cicatrização, melhor pós-operatório, e resultados estéticos e clínicos, com técnicas previsíveis, viáveis e com embasamento científico na literatura, sendo uma excelente opção no tratamento de recessões gengivais. Através disso, foram, portanto, atingidos o objetivo dos profissionais e a expectativa do paciente na solução dos seus problemas (hipersensibilidade e estética).

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Amanda Bandeira de; FERNANDES, Patrícia Garani; MAIA, Luciana Prado. Retalho posicionado coronalmente sem incisões relaxantes, associado a enxerto de tecido conjuntivo, para tratamento de retrações gengivais múltiplas. **ImplantNewsPerio**, São Paulo, v. 2, n. 6, p. 1085-1091, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-880971>. Acesso em: 25 de julho de 2024.
- AZARIPOUR, Adriano *et al.* Root coverage with connective tissue graft associated with coronally advanced flap or tunnel technique: a randomized, double-blind, mono-centre clinical trial. **Journal of Clinical Periodontology**, Malden, v. 43, n. 12, p. 1142-1150, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27716979/>. Acesso em: 03 de agosto de 2024.
- BARBOSA, Fernanda Lithiely de Souza. **Análise da relação entre a presença de recessão gengival e o biótipo periodontal**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Departamento de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/38993>. Acesso em: 03 de agosto de 2024.
- CAIRO, Francesco *et al.* The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. **Journal of Clinical Periodontology**, Malden, v. 38, n. 7, p. 661-666, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21507033/>. Acesso em: 06 de agosto de 2024.
- CALAZANS, Nicolas Nicchio Nicolini *et al.* Tratamento da recessão gengival pelo posicionamento coronal do retalho associado ao enxerto de tecido conjuntivo. **Full Dentistry in Science**, São José dos Pinhais, v. 11, n. 41, p. 46-50, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1051996>. Acesso em: 27 de julho de 2024.
- CAPOROSSI, Leonardo Stephan *et al.* Técnica de tunelização para tratamento de recessões gengivais múltiplas e isoladas em maxila e mandíbula: relato de caso. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, [s. l.], v. 18, n. 2, p. 390-399, 2021. Disponível em: <https://periodicos.univille.br/RSBO/article/view/1621>. Acesso em: 08 de agosto de 2024.
- CARMO, Élia Filipa Fialho do. **Eficácia da técnica de tunelização com enxerto de tecido conjuntivo no tratamento de recessões gengivais**: revisão da literatura e relatório de casos clínicos. 2013. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) - Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2013. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10316/36491>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.
- CONCEIÇÃO, Ana Claudia Lima de *et al.* O uso de enxerto de matriz de colágeno suíno para recobrimento radicular: revisão de literatura. *In*: FADEL, Cristina Berger (org.). **Odontologia e integralidade do cuidado**: formação, relatos e

práticas contemporâneas em pesquisa. Guarujá: Científica Digital, 2023. cap. 6, p. 86-96. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.com.br/books/978-65-5360-345-5.pdf>. Acesso em: 16 de agosto de 2024.

COSTA, António José Bica Carvalho. **A eficácia da utilização de Emdogain® na técnica de retalho de avanço coronal** - Revisão sistemática. 2018. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Viseu, 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/30751>. Acesso em: 10 de agosto de 2024.

COSTA, Lidiane Cristina Machado *et al.* Recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo e fibrina rica em plaquetas: uma revisão crítica. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 56, p. e12, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1097355>. Acesso em: 09 de agosto de 2024.

DE PAULA, Bruna Luísa *et al.* Biomateriais utilizados em substituição ao enxerto autógeno de gengiva. **Brazilian Journal of Periodontology**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 27-33, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-836930>. Acesso em: 27 de julho de 2024.

FARIAS, Cleuciane Silva; OLIVEIRA, Talita Rodrigues; PINHO, Larissa Cristine Ferreira de. Hábitos incorretos de escovação como causadores de retração gengival. **Revista Cathedral**, [s. l.], v. 5, n. 3, p. 178-190, 2023. Disponível em: <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/619>. Acesso em: 27 de agosto de 2024.

FERRAZ, Laís Fernanda Ferreira. **Comparação entre dois tipos de enxertos (Mucograft® e Mucoderm®) associados ao retalho posicionado coronariamente no tratamento de recessões gengivais unitárias**: estudo clínico controlado randomizado. 2020. Dissertação (Mestrado em Biopatologia Bucal) – Instituto de Ciência e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista (Unesp), São José dos Campos, 2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/192124>. Acesso em: 15 de agosto de 2024.

GAMBIN, Diego José; OLIVEIRA, Cristiane Aparecida de; TRENTIN, Micheline Sandini. Recobrimento radicular de recessões gengivais classe II de Miller: dois relatos de casos clínicos. **Brazilian Journal of Periodontology**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 22-29, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-994604>. Acesso em: 10 de agosto de 2024.

GIORGETTI, Ana Paula Oliveira *et al.* Preemptive and postoperative medication protocols for root coverage combined with connective tissue graft. **Brazilian Dental Journal**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 1, p. 23-29, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29267519/>. Acesso em: 10 de agosto de 2024.

GUIMARÃES, Dennis Malta *et al.* A modified tunnel technique to treat multiple gingival recessions: case series. **Brazilian Dental Journal**, Ribeirão Preto, v. 34,

n. 3, p. 136-145, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37466521/>. Acesso em: 20 de agosto de 2024.

IMBER, Jean-Claude; KASAJ, Adrian. Treatment of gingival recession: when and how?. **International Dental Journal**, London, v. 71, n. 3, p. 178-187, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34024328/>. Acesso em: 08 de agosto de 2024.

JUÁREZ-MEMBREÑO, Israel Antonio. Tratamiento quirúrgico de la recesión en el sector anterior a través de la técnica de túnel modificada utilizando matriz dérmica acelular. **Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral**, Santiago, v. 12, n. 2, p. 103-105, 2019. Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072019000200103. Acesso em: 25 de agosto de 2024.

LACERDA, Alana Caroline Quadros *et al.* Recobrimento radicular pela técnica de Zucchelli e De Sanctis. **RGO. Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 59, n. 2, p. 313-317, 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-874570>. Acesso em: 15 de agosto de 2024.

LINDHE, Jan; LANG, Niklaus P. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

MAURÍCIO, Mara Aléxia Soares Martins Rodrigues. **Eficácia da técnica de tunelização com enxerto de tecido conjuntivo no tratamento de recessões gengivais classe I e II de Miller**. 2022. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) Instituto universitário de Ciência e Saúde (CESPU), Gandra, 2022. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11816/4135>. Acesso em: 09 de agosto de 2024.

MELO, Paula Cristina Chagas de; SOARES, Léo Guimarães; FALABELLA, Márcio Eduardo Vieira. Recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo. **Perionews**, São Paulo, v. 9, n. 2, p.135-139, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-764869>. Acesso em: 16 de agosto de 2024.

MERCÊS, Luciana Cristina Sousa das. **Abordagem interdisciplinar no tratamento das recessões gengivais**: relato de caso. 2016. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Odontologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/13789/1/2016_LucianaCristinaSousadasMerces.pdf. Acesso em: 18 de agosto de 2024.

MILLER JR, P. D. A classification of marginal tissue recession. **The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, Chicago, v. 5, n. 2, p. 8-13, 1985. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3858267/>. Acesso em: 20 de agosto de 2024.

NUNES, Richardson Wesley Silva. **Utilização de matriz colágena suína como substituto de enxerto de tecido conjuntivo no recobrimento radicular**. 2021. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Odontologia) – Centro

Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB, São Luís, 2021. Disponível em: <http://repositorio.undb.edu.br/jspui/handle/areas/488>. Acesso em: 15 de agosto de 2024.

PEREIRA, Breno Augusto de Castro. **Técnica de tunelização modificada em cirurgias de recobrimento radicular**: uma revisão de literatura. 2023. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Odontologia) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2023. Disponível em: https://rosario.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/6956/1/BRENO_AUGUSTO_DE_CASTRO_PEREIRA_TCC.pdf. Acesso em: 12 de agosto de 2024.

PEREIRA, Florinda Maria Gonçalves. **Etiologia da recessão gengival**. 2016. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2016. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/5752>. Acesso em: 18 de agosto de 2024.

REINO, Danilo Maeda *et al.* Uso da técnica de papila dupla para recobrimento radicular em dentevestibularizado. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v. 65, n. 2, p. 136-140, 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-594316>. Acesso em: 22 de agosto de 2024.

ROSADO, Ana Elisabete Almeida. **Técnicas cirúrgicas no tratamento de recessões gengivais**: revisão da literatura. 2015. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) - Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2015. Disponível em: https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/25502/1/ulfmd02872_tm_Ana_Rosado.pdf. Acesso em: 25 de agosto de 2024.

ROSSATO, Amanda. **Comparação entre matriz dérmica acelular suína (Mucoderm®) versus tecido conjuntivo no tratamento de recessões gengivais múltiplas associadas à lesão cervical não-cariosa parcialmente restaurada**: estudo clínico randomizado. 2019. Dissertação (Mestrado em Biopatologia Bucal) - Instituto de Ciência e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista (Unesp), São José dos Campos, 2019. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/415fb231-dc36-480b-b791-041c08563b45/content>. Acesso em: 23 de agosto de 2024.

SABA-CHUJFI, Eduardo *et al.* Cirurgia plástica periodontal - Técnica da tunelização associada ao deslocamento coronário. Relato de caso clínico. **Revista Internacional de Periodontia Clínica**, [s. l.], v. 2, n. 5, p. 53-60, 2010. Disponível em: <https://www.odonto.ufmg.br/cpc/wp-content/uploads/sites/19/2018/03/Cirurgia-Plastica-Periodontal-%E2%80%93-Tecnica-da-Tunelizacao-Associada-ao-Deslocamento-Coronario.-Relato-de-Caso-Clinico.pdf>. Acesso em: 17 de agosto de 2024.

SANTOS, Manuela Rocha dos *et al.* Recessões gengivais associadas a lesões cervicais não cariosas: uma revisão sobre o tratamento multidisciplinar. **ImplantNewsPerio**, São Paulo, v. 2, n. 6, p. 1092-1099, 2017. Disponível

em:<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-880972>. Acesso em: 10 de agosto de 2024.

SCULEAN, Anton *et al.* Treatment of multiple adjacent maxillary Miller Class I, II, and III gingival recessions with the modified coronally advanced tunnel, enamel matrix 31 derivative, and subepithelial connective tissue graft: A report of 12 cases. **Quintessence International**, Berlin, v. 47, n. 8, p. 653-659, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27446995/>. Acesso em: 02 de agosto de 2024.

SUZUKI, Kleber Tanaka *et al.* Root coverage using coronally advanced flap with porcine-derived acellular dermal matrix or subepithelial connective tissue graft: a randomized controlled clinical trial. **Clinical Oral Investigations**, Berlin, v. 24, n. 11, p. 4077-4087, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32382931/>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

VAZ, Stephany Mota *et al.* O uso da fibrina rica em plaquetas e leucócitos (L-PRF) no recobrimento radicular. **Revista em Saúde**, Goianésia, v. 2, n. 1, p. 1-6, 2021. Disponível em: <https://anais.unievangelica.edu.br/index.php/saudefaceg/article/view/6822>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

VENTURINI, Maysa Duarte; VENTURINI, Maria Helena Duarte; VENTURINI, Mario Sergio. Enxerto de tecido conjuntivo para recobrimento radicular: relato de caso clínico. **Revista de odontologia da UNICID**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 187-190, 2004. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-533571>. Acesso em: 18 de agosto de 2024.

XAVIER, Irina; ALVES, Ricardo. Enxerto de tecido conjuntivo tunelizado - a propósito de um caso clínico. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, Lisboa, v. 56, n. 4, p. 256-261, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1646289015001879?via%3Dihub>. Acesso em: 05 de agosto de 2024.

YARED, Karen Ferreira Gazel; ZENOBIO, Elton Gonçalves; PACHECO, Wellington. A etiologia multifatorial da recessão periodontal. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v. 11, n. 6, p. 45-51, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dpress/a/p6NNm4yYWhh3mjM5KhSdPBm/#>. Acesso em: 13 de agosto de 2024.

ZUHR, Otto *et al.* Surgery without papilla incision: tunneling flap procedures in plastic periodontal and implant surgery. **Periodontology 2000**, Copenhagen, v. 77, n. 1, p. 123-149, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29493018/>. Acesso em: 27 de agosto de 2024.

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) da clínica de odontologia do centro universitário Christus (Unichristus) a participar da pesquisa " UTILIZAÇÃO DE DUAS TÉCNICAS CIRÚRGICAS PARA RECOBRIMENTO RADICULAR MÚLTIPLO: RELATO DE CASO ". O objetivo deste estudo será avaliar a eficiência da utilização da técnica de tunelização na abordagem de um caso clínico de múltiplas recessões radiculares. Para participar do estudo o responsável pelo (a) paciente deverá assinar um termo de consentimento livre e esclarecido. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que será atendido (a) pelo pesquisador, que manterá sua identidade em sigilo, onde você não será identificado em nenhuma publicação.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada a pesquisa. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e os instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e após esse período serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

Este estudo apresenta risco mínimo do paciente se sentir constrangido ou desconfortável na realização do atendimento, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras. Apesar disso, você tem assegurado o direito de ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Eu, _____, portador (a) do documento de identidade _____, fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas sobre o assunto.

RESPONSÁVEIS

Dra. Nicolly Ribeiro Parente Frota - 'Professora do Curso de odontologia Unichristus

Jhennefv Lima Silva CostaTorres - Acadêmica do Curso de Odontologia Unichristus

CONTATO: nicolly@yahoo.com.br / jhennefy2403@gmail.com

TELEFONES PARA CONTATO: (085) 99950-1559 / (085) 98416-7469

Fortaleza, ___ de _____ de 20__.

ASSINATURA DO PACIENTE

PESQUISADOR

APÊNDICE 2 - TERMO COMPROMISSO ÉTICO DOS PESQUISADORES

Eu, _____, pesquisador responsável pelo Projeto de Pesquisa

_____,
junto aos demais pesquisadores _____,

declaramos ter total conhecimento do conteúdo do referido projeto e nos comprometemos a cumprir todos os Termos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, especialmente a Resolução 466/12 e complementares, bem como todo ordenamento jurídico referente ao assunto.

Nos comprometemos a tornar público todos os resultados desta pesquisa, quer sejam eles favoráveis ou não. Entregaremos ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) através de notificações na Plataforma Brasil, os relatórios parciais, de seis em seis meses, e o relatório final da pesquisa. Colocaremos, no relatório final, um resumo com os resultados da pesquisa.

Nos comprometemos a manter a confidencialidade e sigilo dos dados obtidos, bem como a privacidade de seus conteúdos, mantendo a integridade moral e a privacidade dos participantes da pesquisa.

Não repassaremos os dados coletados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa. Também nos comprometemos com a utilização das informações obtidas nesta pesquisa apenas para o cumprimento dos objetivos científicos previstos no projeto. Os dados obtidos na coleta de dados serão guardados de forma sigilosa, segura, confidencial e privada, por cinco anos, e depois serão destruídos, por incineração ou por trituração e reciclagem.

Fortaleza, ____ de _____ de 20__.

APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO E USO DE DADOS DA PESQUISA

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em participar e para isso DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Fortaleza, ____ de _____ de 20____.

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

ANEXO - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: RECOBRIMENTO RADICULAR MÚLTIPLO POR TUNELIZAÇÃO: RELATO DE CASO

Pesquisador: NICOLLY PARENTE RIBEIRO FROTA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79614124.3.0000.5049

Instituição Proponente: Unichristus

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.925.191

Apresentação do Projeto:

Intervenção/Experimental

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O presente trabalho tem como objetivo geral fornecer embasamento científico para descrever e avaliar a eficácia da realização da técnica de tunelização como recurso para recobrimento de recessões gengivais múltiplas.

Objetivo Secundário:

O presente estudo tem como objetivo específico relatar um caso clínico do tratamento de recessões gengivais múltiplas pela técnica de tunelização.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco a que o paciente será submetido é o risco mínimo inerente a um procedimento cirúrgico de baixa complexidade. Dessa forma, para evitar complicações será seguido o protocolo padrão de biossegurança para cirurgias odontológicas, laserterapia no pós-operatório e o paciente será orientado sobre as medidas pré e pós operatórias a fim de evitar insucesso no procedimento.

Benefícios:

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Cocó **CEP:** 60.190-060
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3265-8187 **E-mail:** cep@unichristus.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS



Continuação do Parecer: 6.925.191

O paciente se beneficiará com o recobrimento radicular tanto esteticamente como também reduzindo a sensibilidade dentinária relatada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A recessão gengival é caracterizada pela migração apical do tecido gengival resultando na exposição radicular dos elementos dentários adjacentes, o que pode evoluir para o comprometimento estético do sorriso do paciente e contribuir para sequelas funcionais. Sua prevalência aumenta com a idade e ocorre em grande parte da população. Sua etiologia é multifatorial, podendo apresentar diversos fatores de origem como, por exemplo, origem anatômica, patológica, fisiológica ou traumática. Neste contexto, pode-se ocasionar hipersensibilidade e/ou cáries radiculares. Dessa forma, as recessões gengivais podem ser classificadas de acordo com a classificação de Miller (1985), nessa classificação, observa-se dois aspectos principais: relação de recessão marginal tecidual com a linha muco-gengival e perda tecidual intermediária. Sendo assim, pode-se classificar como classe I, II, III ou IV. A literatura apresenta diversas técnicas com intuito de correção das recessões radiculares, como, por exemplo, retalhos laterais deslizantes, retalho posicionado coronariamente, enxertos de tecido conjuntivo e regeneração tecidual guiada. Visando isso, o objetivo do presente trabalho será estudar e analisar a aplicabilidade da técnica de tunelização associada ao tracionamento do tecido gengival no sentido coronário de uma gengiva que foi submetida a cirurgia prévia de enxerto gengival, para acompanhar a correção de recessões gengivais múltiplas. Para isso, será realizado um caso clínico de um paciente submetido a cirurgia de tunelização pela Especialização de Periodontia, na Universidade Christus e será realizado o acompanhamento por um período de seis meses. Trabalho será enviado ao comitê de ética e aguardará aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todos os termos foram apresentados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, n° 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central

Bairro: Cocó **CEP:** 60.190-060

UF: CE **Município:** FORTALEZA

Telefone: (85)3265-8187

E-mail: cep@unichristus.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS



Continuação do Parecer: 6.925.191

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2302199.pdf	06/06/2024 08:13:30		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_ANUENCIA_.pdf	07/05/2024 22:02:40	NICOLLY PARENTE RIBEIRO FROTA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	28/04/2024 11:03:37	NICOLLY PARENTE RIBEIRO FROTA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	28/04/2024 11:02:17	NICOLLY PARENTE RIBEIRO FROTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/04/2024 22:04:37	NICOLLY PARENTE RIBEIRO FROTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	22/04/2024 22:03:06	NICOLLY PARENTE RIBEIRO FROTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 02 de Julho de 2024

Assinado por:
OLGA VALE OLIVEIRA MACHADO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Cocó **CEP:** 60.190-060
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3265-8187 **E-mail:** cep@unichristus.edu.br