



**CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS  
CURSO DE ODONTOLOGIA  
CAMPUS PARQUE ECOLÓGICO**

**LOURENÇO RODRIGO TEIXEIRA DE SOUSA**

**RECOBRIMENTO RADICULAR E AUMENTO PERI-IMPLANTAR  
COM ENXERTO AUTÓLOGO DE TECIDO CONJUNTIVO:  
RELATO DE CASO**

**FORTALEZA, CE  
2025**

LOURENÇO RODRIGO TEIXEIRA DE SOUSA

RECOBRIMENTO RADICULAR E AUMENTO PERI-IMPLANTAR  
COM ENXERTO AUTÓLOGO DE TECIDO CONJUNTIVO: RELATO  
DE CASO

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Elisa Quezado  
Lima Verde

FORTALEZA  
2025

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)

S725r Sousa, Lourenço Rodrigo Teixeira de.  
RECOBRIMENTO RADICULAR E AUMENTO  
PERI-IMPLANTAR COM ENXERTO AUTÓLOGO DE TECIDO  
CONJUNTIVO: RELATO DE CASO / Lourenço Rodrigo Teixeira de  
Sousa. - 2025.  
29 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro  
Universitário Christus - Unichristus, Curso de Odontologia,  
Fortaleza, 2025.

Orientação: Profa. Dra. Maria Elisa Quezado Lima Verde.

1. EATC. 2. peri-implantar. 3. recessão gengival. 4. volume  
tecidual. 5. implantodontia. I. Título.

CDD 617.6

**LOURENÇO RODRIGO TEIXEIRA DE SOUSA**

**RECOBRIMENTO RADICULAR E AUMENTO PERI-IMPLANTAR  
COM ENXERTO AUTÓLOGO DE TECIDO CONJUNTIVO: RELATO  
DE CASO**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Elisa Quezado  
Lima Verde

Aprovado em: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

Profa. Dra. Maria Elisa Quezado Lima Verde (Orientadora)  
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Me. Carlos Eduardo de Albuquerque Gomes  
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

João Emanuel Sousa de Almeida  
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por guiar cada passo da minha vida, pela força nos dias difíceis e pela esperança que me sustentou quando tudo parecia pesado. Sem Ele, nada disso teria sido possível.

Agradeço profundamente à minha mãe, que sempre foi meu porto seguro e meu maior exemplo de amor e dedicação. Ela esteve comigo em todos os momentos importantes, desde o início da graduação até os dias mais cansativos desta reta final. Cada palavra de apoio, cada conselho e cada gesto de carinho foram essenciais para que eu chegasse até aqui. Sou imensamente grato por tudo que ela fez e continua fazendo por mim.

À minha irmã, deixo meu carinho e gratidão. Mesmo nos momentos em que estive distante por causa dos estudos, ela sempre demonstrou compreensão e me trouxe leveza. Sua presença tornou minha caminhada mais tranquila.

À minha namorada, agradeço pelo amor, paciência e incentivo. Ela esteve ao meu lado nos dias de ansiedade e vibrou comigo em cada pequena vitória. Seu cuidado fez toda a diferença para que eu me mantivesse firme até o fim.

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Elisa Quezado, agradeço pela orientação atenciosa, pela disponibilidade e pelas contribuições fundamentais para a construção deste trabalho. Sua postura acolhedora e dedicada marcou minha formação.

Agradeço aos meus amigos, que estiveram comigo ao longo da graduação, seja nos estudos, nas conversas ou nos momentos de descontração. Cada um deles tornou essa jornada mais leve e especial.

E por fim, agradeço a mim mesmo. Agradeço pela força, pela persistência e por não desistir, mesmo diante das dificuldades. Foram anos de esforço, dúvidas e superação, e hoje me orgulho do caminho que trilhei.

A todos que fizeram parte desta história e contribuíram para este momento, deixo o meu mais sincero obrigado.

## RESUMO

O recobrimento radicular e o aumento de volume peri-implantar constituem desafios clínicos relevantes na odontologia contemporânea, especialmente em áreas estéticas, onde pequenas discrepâncias no contorno gengival podem comprometer o resultado final da reabilitação. Em relação aos implantes, não apenas a estabilidade, mas a harmonia dos tecidos moles peri-implantares são determinantes não apenas para o sucesso funcional, mas também para a satisfação estética do paciente. Este relato de caso descreve a aplicação do enxerto autólogo de tecido conjuntivo (EATC) como estratégia previsível para a correção de deficiência tecidual peri-implantar na região do dente 24 e recobrimento radicular do dente 23. Paciente JXD, sexo feminino, apresentou-se à clínica com queixa estética nos dentes 23 e 24. Apresentava retração gengival no dente 23 e insatisfação com o volume reduzido da mucosa vestibular do 24, afetando a estética do sorriso. O procedimento cirúrgico incluiu a obtenção de um enxerto de tecido conjuntivo da região palatina, adaptado e estabilizado sobre o leito receptor com suturas reabsorvíveis, seguido do reposicionamento coronal do retalho. O pós-operatório transcorreu sem intercorrências, e o acompanhamento clínico em 30, 60 e 90 dias demonstrou excelente integração tecidual, aumento da espessura e da faixa de mucosa queratinizada, além de melhora significativa do contorno e da textura gengival peri-implantar. Os resultados obtidos reforçam a previsibilidade e a eficácia do EATC na reconstrução de defeitos de tecidos moles, destacando sua capacidade de promover resultados estéticos e funcionais duradouros. Conclui-se que o uso do EATC representa uma alternativa segura, biocompatível e altamente eficiente para o aprimoramento estético periodontal e peri-implantar.

**Palavras-chave:** enxerto autólogo de tecido conjuntivo; estética peri-implantar; recessão gengival; volume tecidual; implantodontia.

## **ABSTRACT**

Root coverage and peri-implant soft tissue augmentation represent significant clinical challenges in dentistry, particularly in esthetic areas where minor discrepancies in gingival contour can compromise the final outcome of rehabilitation. In implant therapy, not only the stability but also the harmony of peri-implant soft tissues are decisive for both functional success and patient satisfaction. This case report describes the use of an autologous connective tissue graft (ACTG) as a predictable strategy for the correction of a peri-implant soft tissue deficiency in the region of tooth 24 and root coverage of tooth 23. The patient, JXD, female, presented to the dental clinic with an esthetic complaint involving teeth 23 and 24. Clinical examination revealed gingival recession on tooth 23 and reduced vestibular mucosal thickness around the implant at tooth 24, affecting smile esthetics. The surgical procedure involved harvesting a connective tissue graft from the palatal donor site, which was adapted and stabilized over the recipient bed using resorbable sutures, followed by coronal repositioning of the flap. The postoperative period was uneventful, and clinical follow-up at 30, 60, and 90 days demonstrated excellent tissue integration, increased thickness and width of keratinized mucosa, and a significant improvement in the contour and texture of the peri-implant gingiva. The outcomes reinforce the predictability and effectiveness of ACTG in reconstructing soft tissue defects, emphasizing its ability to achieve long-term esthetic and functional results. It is concluded that the ACTG represents a safe, biocompatible, and highly efficient alternative for periodontal and peri-implant esthetic enhancement.

**Keywords:** autologous connective tissue graft; peri-implant esthetics; gingival recession; tissue volume; implant dentistry.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2. OBJETIVO .....</b>	<b>11</b>
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>12</b>
<b>3.1. Defeitos mucogengivais: causas e fatores de risco.....</b>	<b>12</b>
<b>3.2. Abordagens Terapêuticas: Enxerto Autólogo de Tecido Conjuntivo</b>	<b>12</b>
<b>3.3. Componentes para o êxito do tratamento .....</b>	<b>13</b>
<b>4. MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>15</b>
<b>4.1. Natureza do estudo .....</b>	<b>15</b>
<b>4.2. Aspectos éticos .....</b>	<b>15</b>
<b>4.3. Coleta de dados do caso clínico .....</b>	<b>15</b>
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>16</b>
<b>6. DISCUSSÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>7. CONCLUSÕES .....</b>	<b>22</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>23</b>
<b>ANEXO I. Aprovação no Comitê de Etica em Pesquisa .....</b>	<b>27</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A implantodontia e a periodontia são especialidades da odontologia voltadas ao estudo, manutenção e reabilitação das estruturas que suportam dentes naturais e implantes osseointegrados. Nas últimas décadas, os implantes dentários passaram por um avanço expressivo em materiais, técnicas e previsibilidade clínica, permitindo reabilitações orais com altos índices de sucesso e estabilidade funcional (BUSER, D. et al., 2017). A periodontia, por sua vez, dedica-se à prevenção e ao tratamento das alterações dos tecidos gengivais e periodontais, enquanto a implantodontia foca na reposição de elementos dentários ausentes por meio da instalação de implantes osseointegrados (LANG, N.P. & BERGLUNDH,T., 2011). Apesar do progresso científico e tecnológico, a manutenção da estética e da estabilidade dos tecidos moles peri-implantares ainda representa um desafio constante, especialmente em regiões estéticas, onde a harmonia do contorno gengival exerce papel determinante na satisfação do paciente e no sucesso a longo prazo da reabilitação.

A recessão gengival é uma condição multifatorial caracterizada pelo deslocamento apical da margem gengival, levando à exposição da superfície radicular e das interfaces peri-implantares (ZUCCHELLI, G. & MOUNSSIF,I., 2015). Essa condição pode resultar em repercussões estéticas e funcionais, como hipersensibilidade dentinária, predisposição à cárie radicular, acúmulo de biofilme e prejuízo na higiene oral (JEPSEN, S. et al., 2018). Em implantes, a recessão ou a deficiência tecidual vestibular podem comprometer não apenas o aspecto estético, mas também a estabilidade biológica do conjunto implante-tecido mole, impactando diretamente a qualidade de vida dos pacientes. Diante disso, o manejo das deficiências teciduais peri-implantares tornou-se um tema de grande relevância clínica e científica, impulsionando o desenvolvimento de técnicas cada vez mais previsíveis e minimamente invasivas.

Diversos métodos cirúrgicos têm sido propostos para o recobrimento radicular e o aumento da espessura dos tecidos moles peri-implantares, com o objetivo de restabelecer o volume, a estabilidade e a estética gengival. Entre eles, o enxerto autólogo de tecido conjuntivo (EATC), frequentemente associado ao retalho posicionado coronalmente, é amplamente considerado o padrão-ouro para o tratamento dessas condições, devido à sua biocompatibilidade, previsibilidade e

estabilidade dos resultados a longo prazo (CAIRO, F.; NIERI;M., PAGLIARO, U., 2014; CHAMBRONE, L. & TATAKIS,D. N., 2015). Contudo, essa técnica apresenta limitações, como a necessidade de um segundo sítio cirúrgico para obtenção do enxerto, o que aumenta o tempo operatório, a morbidade e o desconforto pós-operatório (CHAMBRONE, L. A. & CHAMBRONE, L., 2006).

Com o intuito de reduzir tais limitações, novas abordagens vêm sendo estudadas, incluindo o uso de matrizes de colágeno xenogênico, substitutos teciduais e concentrados plaquetários autólogos, como a fibrina rica em plaquetas (PRF), que demonstram potencial para modular a inflamação e favorecer a regeneração tecidual (DOHAN, D. M. *et al.*, 2006; DE ANGELIS, P. *et al.*, 2023). Apesar dos resultados promissores, ainda há escassez de evidências robustas quanto à equivalência dessas alternativas em relação ao EATC, especialmente no aumento da espessura de tecidos moles peri-implantares (ARUNACHALAM, M.; PULIKKOTIL, S. J. & NATH, S, 2016).

Diante desse cenário, o presente relato de caso descreve a aplicação do enxerto autólogo de tecido conjuntivo para o recobrimento radicular e o aumento do volume peri-implantar, destacando sua previsibilidade clínica, estabilidade tecidual e potencial estético. O caso ilustra, ainda, a importância de uma abordagem integrada entre periodontia e implantodontia para alcançar resultados estéticos e funcionais duradouros, fornecendo subsídios clínicos para o manejo de deficiências teciduais em situações semelhantes.

## 2. OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de recobrimento radicular e aumento peri-implantar utilizando um enxerto autólogo de tecido conjuntivo, destacando sua eficácia clínica, previsibilidade e possíveis limitações.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1. Defeitos mucogengivais: causas e fatores de risco

A integridade dos tecidos moles peri-implantares é essencial para o sucesso estético, funcional e biológico das reabilitações com implantes dentários. Alterações nesses tecidos podem comprometer tanto o resultado visual quanto a manutenção da saúde peri-implantar. Entre as condições mais desafiadoras está a recessão peri-implantar, definida como o deslocamento apical da margem gengival, resultando na exposição da superfície do implante ou do componente protético (CORTELLINI, P. & BISSADA, N. F., 2018).

Sua etiologia é multifatorial, envolvendo fatores biológicos, mecânicos e iatrogênicos. Entre os principais estão o acúmulo de biofilme, o trauma decorrente de técnicas de escovação inadequadas, forças oclusais excessivas, volume tecidual insuficiente e o posicionamento incorreto do implante (HECKMANN, G. A., 2025).

O fenótipo gengival exerce papel decisivo nesse contexto. Pacientes com fenótipo fino, caracterizado por espessura reduzida do tecido e faixa estreita de mucosa queratinizada, apresentam maior predisposição à retração e à perda de volume tecidual (KOPPOLU, P. *et al.*, 2023). Essa vulnerabilidade é intensificada na ausência do ligamento periodontal, o que limita a capacidade adaptativa e a vascularização dos tecidos frente a traumas ou remodelações ósseas (GUO, T. *et al.*, 2018).

Além disso, a presença de uma tábua óssea vestibular delgada e a instalação de implantes em posições mais vestibularizadas aumentam o risco de recessão mucogengival e comprometimento estético. Assim, o diagnóstico preciso do fenótipo tecidual e o planejamento tridimensional adequado da instalação do implante são fundamentais para reduzir a ocorrência de defeitos peri-implantares e otimizar os resultados clínicos (CHEN, S. T. *et al.*, 2023).

#### 3.2. Abordagens Terapêuticas: Enxerto Autólogo de Tecido Conjuntivo

O tratamento dos defeitos mucogengivais busca não apenas recobrir a área exposta, mas também aumentar a espessura e a estabilidade dos tecidos moles, garantindo resultados duradouros. Entre as técnicas cirúrgicas disponíveis, o EATC associado ao retalho avançado coronariamente é amplamente reconhecido como o padrão-ouro para o manejo dessas condições (CHAMBRONE, L. *et al.*, 2022).

A previsibilidade clínica dessa técnica está relacionada à sua biocompatibilidade, ao suprimento vascular e à estabilidade volumétrica ao longo do tempo. Além de promover ganho de espessura tecidual, o enxerto autólogo permite uma coloração e textura mais compatíveis com os tecidos adjacentes, o que é especialmente importante em áreas estéticas (ZUCCHELLI, G. et al., 2019).

Sua principal limitação é a morbidade do sítio doador, geralmente do palato, que pode resultar em dor, edema, sangramento e desconforto pós-operatório (TAVELLI, L. et al., 2023). Com o objetivo de reduzir esses efeitos, têm sido propostos substitutos como matrizes de colágeno, biomateriais alogênicos e concentrados plaquetários, como a fibrina rica em plaquetas (ANDERSON, L. E. et al., 2014; KULKARNI, M. R. et al., 2014; ANDRADE, G. S. A. & SBRANA, M. C., 2022). Essas alternativas reduzem a morbidade e favorecem a cicatrização, embora os resultados volumétricos e estéticos ainda não sejam equivalentes aos obtidos com o tecido conjuntivo autólogo (ASHURKO, I. et al., 2023; MONTERO, E. et al., 2022). Além disso, a ausência de componentes celulares nos enxertos xenogênicos os torna relativamente inferiores quando comparados aos autólogos, no que diz respeito ao potencial de sucesso clínico (ASHURKO, I. et al., 2023).

Dessa forma, o EATC continua sendo a abordagem mais previsível e documentada para o aumento de volume e recobrimento tecidual em regiões peri-implantares críticas, especialmente em casos com alta demanda estética (CAIRO, F. et al., 2017; TOMMASATO, G. et al., 2024).

### **3.3. Componentes para o êxito do tratamento**

O sucesso no tratamento de defeitos mucogengivais depende de uma abordagem abrangente, que inclui planejamento cirúrgico, protético e comportamental. O êxito clínico não se restringe à técnica operatória, mas envolve um conjunto de fatores inter-relacionados (CHEN, S. T. et al., 2023).

O planejamento protético é fundamental para a formação e manutenção dos tecidos moles ao redor de implantes. O uso de próteses provisórias com contornos adequados (subcontornos) permite o condicionamento progressivo da mucosa, favorecendo o perfil de emergência e a estabilidade da margem gengival após o enxerto (CAIRO, F. et al., 2017; TOMMASATO, G. et al., 2024).

Da mesma forma, a higiene bucal rigorosa e o comprometimento do paciente com o acompanhamento pós-operatório são determinantes para a longevidade dos resultados (HOERLER, S. B. *et.al.*, 2024). A experiência do cirurgião, a seleção correta da técnica e o manejo delicado dos tecidos influenciam diretamente a vascularização do enxerto e sua integração. (CHEN, S. T. *et al.*, 2023)

Os achados clínicos e experimentais recentes continuam a demonstrar que o enxerto autólogo é o método mais eficaz para o aumento e preservação da estabilidade dos tecidos peri-implantares. A ausência de complicações pós-operatórias e a manutenção estética e funcional a longo prazo confirmam sua superioridade em relação às demais opções terapêuticas disponíveis (ROKN, A. *et al.*, 2016).

## **4. MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1. Natureza do estudo**

Estudo documental e clínico com delineamento do tipo observacional, descritivo, do tipo relato de caso.

### **4.2. Aspectos éticos**

Para o relato de caso clínico, foi realizada inicialmente a submissão do caso ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), com posterior aprovação (protocolo 7.603.893) (ANEXO I), para posterior descrição do relato e publicação em repositório digital.

### **4.3. Coleta de dados do caso clínico**

Para a coleta de dados, foram obtidos dados contidos no prontuário odontológico da paciente, localizado no serviço da Clínica Escola de Odontologia Unichristus. Além disso, foi realizada a documentação radiográfica da paciente no pré-operatório, e documentação fotográfica e nos momentos pré, trans e pós-operatórios.

## 5. RESULTADOS

Paciente JXD, do sexo feminino, 35 anos, leucoderma, sem comorbidades sistêmicas conhecidas, com histórico de exodontia do dente 24 por motivos ortodônticos, e posterior cirurgia ortognática e instalação concomitante de implante na região correspondente ao dente 24.

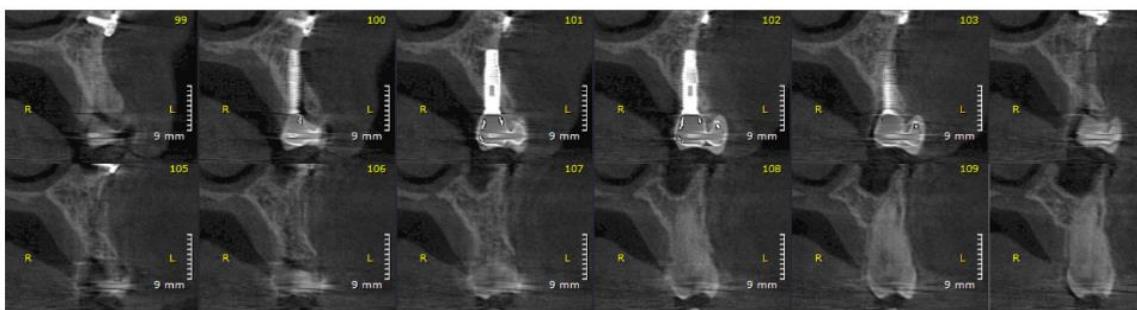
A paciente relatava insatisfação estética devido à presença de defeito gengival na região do dente 23, caracterizado por redução do volume tecidual vestibular e recessão gengival de 4 mm, classificada como Classe I de Miller (Figura 1). Além disso, observava-se sobrecontorno excessivo da prótese sobre implante na região do dente 24, com deficiência em espessura do rebordo alveolar e tecido vestibular subjacente (no entanto, sem a presença de sombras acinzentadas geradas por translucidez na mucosa). O implante apresentava estabilidade biomecânica e sinais clínicos de osseointegração satisfatória, além de ausência de inflamação peri-implantar.



**Figura 1.** Aspecto clínico intraoral inicial, paciente com lesão Classe I de Miller no dente 23 e defeito em espessura do tecido vestibular na região do dente 24.

A tomografia computadorizada revelou presença de implante HE na região do dente 24, instalado há mais de 10 anos, apresentando sinais radiográficos de osseointegração e saúde peri-implantar (ausência de halo radiolúcido, ausência de desincônia óssea). No entanto, observou-se discreta fenestração óssea vestibular na região do terço apical do implante (Figura 2).

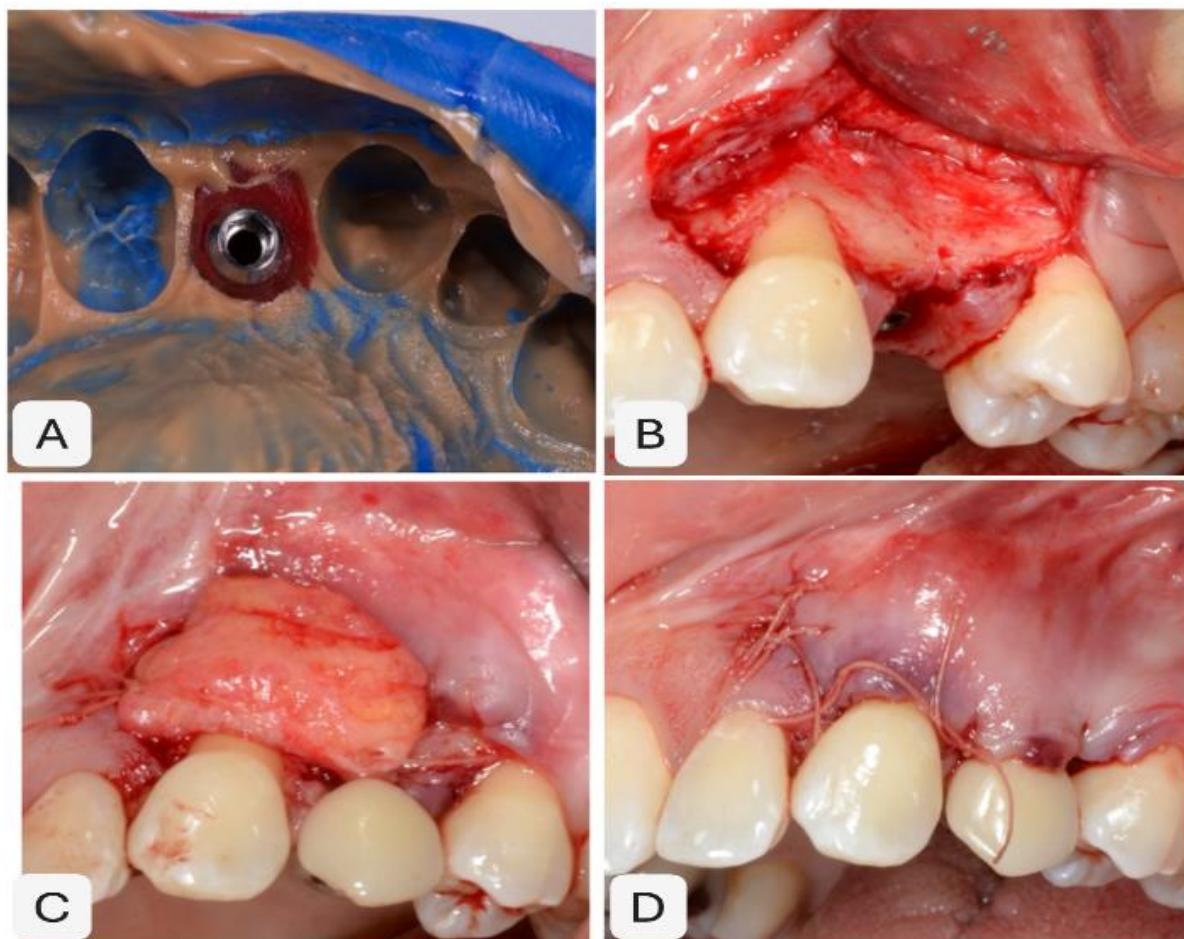
Em razão da estabilidade do implante e a falta de doença inflamatória peri-implantar (associado a ausência de profundidade à sondagem), foi planejado um procedimento de enxertia com tecido conjuntivo autólogo, obtido da região de palato duro, para recobrimento radicular do dente 23 concomitante à correção do defeito em espessura do rebordo na região do dente 24.



**Figura 2.** Tomografia da região do implante, demonstrando altura óssea adequada, com osseointegração e boa estabilidade.

O planejamento pré cirúrgico envolveu a moldagem funcional prévia ao procedimento cirúrgico (Figura 3A), com cópia do perfil de emergência da prótese que a paciente fazia uso, e confecção de um provisório subcontornado, a fim de auxiliar no posterior condicionamento da gengiva e guiando a cicatrização.

O protocolo cirúrgico consistiu na anestesia com 1,5 tubetes de mepivacaína 2% + epinefrina 1:100.000, raspagem e alisamento radicular do dente 23, confecção de um retalho triangular de espessura dividida (mucoso), com preservação (Figura 3B) e posterior desepitelização das papilas interdentais. Obteve-se, posteriormente, o enxerto conjuntivo autólogo da região do palato, com dimensões favoráveis que englobavam os dois defeitos (Figura 3C). O enxerto foi fixado na área receptora através de suturas reabsorvíveis, sendo ajustado para estimulação do crescimento tecidual na área peri-implantar. Por fim, o retalho foi reposicionado coronalmente à posição de origem, com suturas suspensórias (fio de sutura reabsorvível de poligalactina 910 (Vicryl®)) para estabilizar a área operada (Figura 3D).



**Figura 3.** Moldagem prévia e técnica cirúrgica. A. Moldagem para a confecção do provisório. B. Exposição da área receptora na região do elemento 24, com foco no preparo para o recebimento do enxerto conjuntivo autólogo. C. Enxerto de tecido conjuntivo retirado da área do palato, demonstrando o posicionamento na área receptora antes da fixação. D. Pós-operatório imediato, com tracionamento e sutura do retalho com fio reabsorvível.

Para o protocolo medicamentoso foi prescrito a administração prévia de dexametasona 4mg sendo administrados 2 comprimidos 1 hora antes do procedimento a fim de atenuar a resposta inflamatória. A escolha do antibiótico foi a amoxicilina 500 mg para uso a cada 8 horas durante 7 dias. Como anti-inflamatório foi indicado a nimesulida 100 mg a cada 12 horas por 3 dias, e para sintomatologia dolorosa a dipirona 1 g a cada 6h, por 3 dias em caso de dor.

O acompanhamento pós-operatório foi realizado em 30, 60 e 90 dias, demonstrando boa cicatrização tecidual, com melhora do contorno gengival e estética do elemento 23, além de ganho de volume do tecido mole da região do implante, devolvendo a estética, sem demonstrar sinais de inflamação ou reabsorção do tecido enxertado. O mesmo padrão foi mantido em todos os acompanhamentos e, a partir do 30º dia pós-operatório, foram feitos acréscimos em resina acrílica para trabalhar o

perfil de emergência da prótese sobre implante e condicionar a gengiva subjacente (Figura 4AB).

No terceiro mês de acompanhamento, a gengiva se mostrava condicionada, as papilas mantidas e integração do contorno peri-implantar e dentes próximos. Observou-se discreta recidiva da recessão gengival (menos de 2 mm) no dente 23. O progresso clínico da paciente foi notável, com correção do defeito, sem apresentar reabsorção tecidual (Figura 4CD).

A etapa de finalização protética definitiva visou a consolidação do resultado, com a moldagem com transfer personalizado, buscando manter o perfil de emergência alcançado com a provisionalização.



**Figura 4.** A. Aspecto clínico pós-cirúrgico de 30 dias, mostrando ganho de volume na região. B. Aspecto clínico após 60 dias, demonstrando melhor contorno gengival C. Aspecto clínico após 90 dias, com aumento de espessura de tecido mole e recobrimento radicular estabilizado. D. Vista frontal do sorriso depois de 90 dias, demonstrando o ganho estético e o recobrimento radicular estável.

## 6. DISCUSSÃO

No caso apresentado, a paciente apresentava recessão gengival Classe I de Miller no dente 23 associada à deficiência de espessura tecidual na região peri-implantar do dente 24. A condição clínica estava relacionada à presença de uma cortical óssea vestibular delgada e à atrofia do tecido mole peri-implantar, fatores reconhecidos como determinantes para o surgimento de defeitos e comprometimento estético periodontal e peri-implantar.

O EATC, combinado a retalho avançado coronariamente, é amplamente visto como o padrão-ouro para o recobrimento radicular e aumento de espessura dos tecidos moles, especialmente devido a sua previsibilidade e alta taxa de sucesso clínico (CAIRO; NIERI; PAGLIARO, 2014; CHAMBRONE & TATAKIS, 2015).

O enxerto obtido da região palatina permitiu o aumento da espessura mucosa, resultando em integração adequada, coloração compatível e textura uniforme em relação aos tecidos adjacentes. No entanto, essa abordagem apresenta limitações significativas, principalmente no que diz respeito à morbidade da área doadora, maior duração do procedimento e desconforto após a cirurgia (CHAMBRONE, L. A. & CHAMBRONE, L. *et al.*, 2006). Ainda que matrizes xenogênicas de colágeno e biomateriais regenerativos venham sendo recomendados por diminuir a morbidade do procedimento, pesquisas evidenciam que, em muitas situações clínicas, essas alternativas não demonstram a mesma previsibilidade do enxerto autólogo (TOMMASATO *et al.*, 2024; THOMA, D. S. *et al.*, 2018).).

Neste caso, a opção do EATC foi acertada considerando a necessidade de ganho do volume peri-implantar. A coleta do enxerto do palato possibilitou a inserção de um tecido de excelente qualidade, trazendo uma integração e cicatrização favorável. Durante os acompanhamentos realizados com 30, 60 e 90 dias, foi observado uma melhoria significativa no contorno gengival, aumento de espessura dos tecidos moles e resultado estético considerado satisfatório pela paciente. Esses resultados estão alinhados com estudos anteriores que justificam a eficácia e garantia dessa técnica (ZUCCHELLI *et al.*, 2019).

Outro aspecto importante é a função do provisório subcontornado planejado anteriormente à cirurgia, que ajudou na previsibilidade do procedimento cirúrgico de forma maximizar o ganho tecidual e possibilitar a posterior construção de um perfil de emergência satisfatório para a nova prótese da paciente. A literatura revela que o

manuseio adequado dos tecidos com próteses provisórias pode melhorar a resposta dos tecidos moles e promover a estabilidade pós-operatória (KAN, J. Y. K. *et al.*, 2011).

Durante o acompanhamento pós-operatório, tanto no imediato como no tardio, não foram observadas intercorrências relevantes, como necrose parcial do enxerto, deiscência da sutura ou inflamação peri-implantar, o que confirma a eficiência da técnica. Revisões sistemáticas recentes confirmam que o EATC ainda segue sendo a opção mais confiável para aumento do volume de tecidos peri-implantares, com resultados consistentes em até 10 anos de acompanhamento (THOMA, D. S. *et al.*, 2018).

Mesmo que os benefícios sejam claros, é fundamental ressaltar que o êxito desse tipo de tratamento depende de aspectos como a competência do cirurgião, a cooperação do paciente em relação a higiene oral e o acompanhamento profissional a longo prazo. A literatura, validada por estudos como os de Montero, E. *et al.* (2022), Chambrone, L. *et al.* (2022) e Ashurko, I. *et al* (2023), destaca que, apesar das alternativas menos invasivas estarem sendo desenvolvidas, ainda não existem evidências sólidas que superam a eficácia do enxerto autólogo na preservação da estabilidade tecidual peri-implantar.

O êxito do presente caso deve-se, portanto, à soma de fatores como o diagnóstico preciso, o planejamento interdisciplinar entre as etapas protética e cirúrgica, a execução técnica cuidadosa e o acompanhamento pós-operatório rigoroso. Essa abordagem integrada assegura, por conseguinte, resultados funcionais e estéticos mais estáveis e previsíveis a longo prazo.

## 7. CONCLUSÕES

O presente relato de caso demonstrou que o EATC, associado ao retalho reposicionado coronariamente, constitui uma abordagem eficaz e previsível para o tratamento combinado da recessão gengival e da deficiência de espessura tecidual peri-implantar. A técnica possibilitou ganho significativo de volume tecidual, melhora do contorno e da textura dos tecidos moles, promovendo uma espessura adequada e integração estética com os tecidos adjacentes. A estabilidade clínica e a ausência de complicações, como inflamação, necrose ou reabsorção do enxerto, foram observadas durante os três meses de acompanhamento e permitiram uma excelente adequação tecidual para a futura prótese definitiva.

Dessa forma, foi observado que o EATC se apresenta como alternativa eficaz para o aumento dos tecidos moles em regiões estéticas peri-implantares, proporcionando resultados duradouros, biocompatíveis e altamente satisfatórios, tanto do ponto de vista funcional quanto estético.

## REFERÊNCIAS

- ANDERSON, L. E. *et al.* Implant-associated soft tissue defects in the anterior maxilla: a randomized controlled trial comparing subepithelial connective tissue graft and acellular dermal matrix allograft. **Implant Dentistry**, v. 23, n. 4, p. 416–425, 2014. DOI: 10.1097/ID.0000000000000122. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/264008305>. Acesso em: 4 mar. 2025.
- ANDRADE, G. S. A.; SBRANA, M. C. **Utilização de enxertos substitutos de tecido mole na região peri-implantar: uma revisão de literatura.** In: ENCONTRO DA CULTURA E EXTENSÃO DO HRAC-USP, 6., 2022, Bauru. *Anais [...]*. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – Universidade de São Paulo (HRAC-USP), 2022. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/0d10c406-a7cb-40b1-b8cd-18f03c4903b4/3161598>. Acesso em: 3 mar. 2025.
- ARUNACHALAM, M.; PULIKKOTIL, S. J.; NATH, S. Platelet rich fibrin in periodontal regeneration. **The Open Dentistry Journal**, v. 10, p. 174–181, 2016. DOI: 10.2174/1874210601610010174. Disponível em: <https://benthamopen.com/contents/pdf/TODENTJ/TODENTJ-10-174.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2025.
- ASHURKO, I. *et al.* Comparative analysis of xenogeneic collagen matrix and autogenous subepithelial connective tissue graft to increase soft tissue volume around dental implants: a systematic review and meta-analysis. **BMC Oral Health**, v. 23, p. 741, 2023. DOI: 10.1186/s12903-023-03475-0. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12903-023-03475-0>. Acesso em: 8 mar. 2025.
- BUSER, D. *et al.* **ITI Treatment Guide: Implant Therapy in the Edentulous Patient.** Berlin; São Paulo: Quintessence Publishing Company, 2017.
- CAIRO, F.; NIERI, M.; PAGLIARO, U. Efficacy of periodontal plastic surgery procedures in the treatment of localized facial gingival recessions. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 41, supl. 15, p. S44–S62, 2014. DOI: 10.1111/jcpe.12182. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12182>. Acesso em: 8 mar. 2025.
- CAIRO, F. *et al.* Xenogeneic collagen matrix versus connective tissue graft for buccal soft tissue augmentation at implant site. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 44, n. 7, p. 769–776, 2017. DOI: 10.1111/jcpe.12750. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6820582/>. Acesso em: 8 mar. 2025.
- CHAMBRONE, L. A.; CHAMBRONE, L. Subepithelial connective tissue grafts in the treatment of multiple recession-type defects. **Journal of Periodontology**, v. 77, n. 5, 2006. DOI: 10.1902/jop.2006.050249. Disponível em: <https://doi.org/10.1902/jop.2006.050249>. Acesso em: 12 mar. 2025.

CHAMBRONE, L.; TATAKIS, D. N. **Periodontal plastic surgery: rationale, treatment goals and clinical steps of the decision-making process.** New York: Springer, 2015.

CHAMBRONE, L. *et al.* Does the subepithelial connective tissue graft in conjunction with a coronally advanced flap remain as the gold standard therapy for the treatment of single gingival recession defects? A systematic review and network meta-analysis. **Journal of Periodontology**, v. 93, n. 9, p. 1336–1352, 2022. DOI: 10.1002/JPER.22-0167. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/JPER.22-0167>. Acesso em: 12 mar. 2025.

CHEN, S. T. *et al.* Complications and treatment errors in implant positioning in the aesthetic zone: diagnosis and possible solutions. **Periodontology 2000**, v. 92, n. 1, p. 220–234, 2023. DOI: 10.1111/prd.12474. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/prd.12474>. Acesso em: 13 mar. 2025.

CORTELLINI, P.; BISSADA, N. F. Mucogingival conditions in the natural dentition: narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. **Journal of Periodontology**, v. 89, supl. 1, p. S204–S213, 2018. DOI: 10.1002/JPER.16-0671. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/JPER.16-0671>. Acesso em: 10 mar. 2025.

DE ANGELIS, P. *et al.* Xenogeneic collagen matrix versus connective tissue graft for soft tissue augmentation at immediately placed implants: a prospective clinical trial. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 52, p. 1097–1105, 2023. DOI: 10.1016/j.ijom.2023.01.019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2023.01.019>. Acesso em: 13 mar. 2025.

DOHAN, D. M. *et al.* Platelet-rich fibrin (PRF): a second-generation platelet concentrate. Part I: technological concepts and fabrication. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 101, n. 3, p. e37–e44, 2006. DOI: 10.1016/j.tripleo.2005.07.008. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2005.07.008>. Acesso em: 7 mar. 2025.

GUO, T. *et al.* Tissue preservation through socket-shield technique and platelet-rich fibrin in immediate implant placement: a case report. **Medicine (Baltimore)**, v. 97, n. 50, e13175, 2018. DOI: 10.1097/MD.00000000000013175. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000013175>. Acesso em: 7 mar. 2025.

HECKMANN, G. A. Complicações peri-implantares: fatores de risco e estratégias de prevenção. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 4, p. 1303–1323, 2025. DOI: 10.36557/2674-8169.2025v7n4p1303-1323. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n4p1303-1323>. Acesso em: 6 mar. 2025.

HOERLER, S. B. *et al.* Survey on patient perception of at-home bacterial biofilm control in relation to peri-implant soft tissue health. **International Dental Journal**, v. 23, n. 2, p. 415–421, maio 2024. DOI: 10.1111/idh.12860. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/idh.12860>. Acesso em: 17 mar. 2025.

JEPSEN, S. *et al.* Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: consensus report of Workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. **Journal of Periodontology**, v. 89, supl. 1, p. S237–S248, 2018. DOI: 10.1002/JPER.17-0733. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/JPER.17-0733>. Acesso em: 17 mar. 2025.

KAN, J. Y. K. *et al.* Facial gingival tissue stability following immediate placement and provisionalization of maxillary anterior single implants: a 2- to 8-year follow-up. **International Journal of Oral & Maxillofacial Implants**, v. 26, n. 1, p. 179–187, 2011. DOI: 10.1016/S0022-3913(11)60143-1. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0022-3913\(11\)60143-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3913(11)60143-1). Acesso em: 11 mar. 2025.

KOPPOLU, P. *et al.* Correlation between gingival thickness and occurrence of gingival recession. **Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences**, v. 15, supl. 1, p. S495–S501, 2023. DOI: 10.4103/jpbs.jpbs\_585\_22. Disponível em: [https://doi.org/10.4103/jpbs.jpbs\\_585\\_22](https://doi.org/10.4103/jpbs.jpbs_585_22). Acesso em: 10 mar. 2025.

KULKARNI, M. R. *et al.* Platelet-rich fibrin as an adjunct to palatal wound healing after harvesting a free gingival graft: a case series. **Journal of Indian Society of Periodontology**, v. 18, n. 3, p. 399–402, 2014. DOI: 10.4103/0972-124X.134591. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/0972-124X.134591>. Acesso em: 11 mar. 2025.

LANG, N. P.; BERGLUNDH, T. Peri-implant diseases: where are we now? Consensus of the Seventh European Workshop on Periodontology. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 38, supl. 11, p. 178–181, 2011. DOI: 10.1111/j.1600-051X.2010.01674.x. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2010.01674.x>. Acesso em: 10 mar. 2025.

MONTERO, E. *et al.* Efficacy of soft tissue substitutes, in comparison with autogenous grafts, in surgical procedures aiming to increase the peri-implant keratinized mucosa: a systematic review. **Clinical Oral Implants Research**, v. 33, supl. 23, p. 32–46, 2022. DOI: 10.1111/cir.13751. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35763018/>. Acesso em: 14 mar. 2025.

ROKN, A. *et al.* Long-term stability of soft tissue esthetic outcomes following conventional single implant treatment in the anterior maxilla: 10–12 years results. **The Open Dentistry Journal**, v. 10, p. 1–10, 2016. DOI: 10.2174/1874210601610010602. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5123127/>. Acesso em: 19 mar. 2025.

TAVELLI, L. *et al.* Wound healing dynamics, morbidity, and complications of palatal soft-tissue harvesting. **Periodontology 2000**, v. 92, n. 1, p. 90–119, 2023. DOI: 10.1111/prd.12466. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36583690/>. Acesso em: 5 mar. 2025.

THOMA, D. S. *et al.* Effects of soft tissue augmentation procedures on peri-implant health or disease: a systematic review and meta-analysis. **Clinical Oral Implants**

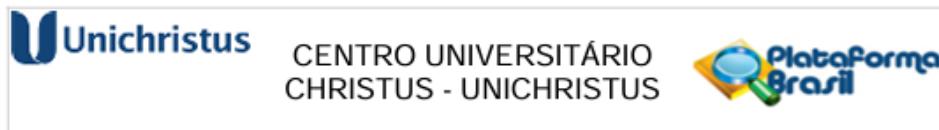
**Research**, v. 29, supl. 15, p. 32–49, 2018. DOI: 10.1111/CLR.13114. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29498129/>. Acesso em: 5 mar. 2025.

TOMMASATO, G. *et al.* Autogenous graft versus collagen matrices for peri-implant soft tissue augmentation: a systematic review and network meta-analysis. **Clinical Oral Investigations**, v. 28, p. 300, 2024. DOI: 10.1007/s00784-024-05684-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38704784/>. Acesso em: 10 mar. 2025.

ZUCCHELLI, G.; MOUNSSIF, I. Periodontal plastic surgery. **Periodontology 2000**, v. 68, n. 1, p. 333–368, 2015. DOI: 10.1111/prd.12059. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25867992/>. Acesso em: 10 mar. 2025.

ZUCCHELLI, G. *et al.* Autogenous soft tissue grafting for periodontal and peri-implant plastic surgical reconstruction. **Journal of Periodontology**, v. 91, n. 1, p. 9–16, 2019. DOI: 10.1002/JPER.18-0556. Disponível em: <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/153773>. Acesso em: 13 mar. 2025.

## ANEXO I. Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** RECOBRIMENTO RADICULAR E AUMENTO PERI-IMPLANTAR COM ENXERTO AUTÓLOGO DE TECIDO CONJUNTIVO: RELATO DE CASO

**Pesquisador:** Juliana Ximenes Damasceno

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 88615325.0.0000.5049

**Instituição Proponente:** Instituto para o Desenvolvimento da Educação Ltda-IPADE/Faculdade

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 7.607.893

#### Apresentação do Projeto:

O procedimento estético periimplantar é um desafio clínico frequente, especialmente em áreas estéticas. Este relato de caso descreve o uso do enxerto autólogo de tecido conjuntivo (EATC) para corrigir uma falha de tecido mole periimplantar na área do dente 24. A paciente tinha retração gengival e insatisfação estética por causa da espessura diminuída do tecido vestibular. O procedimento consistiu na coleta de enxerto da área palatina, feita a fixação com suturas reabsorvíveis e o reposicionamento do retalho para aprimorar o contorno gengival. A avaliação clínica revelou uma excelente integração do enxerto, aumento da espessura do tecido e melhoria estética da mucosa periimplantar. Os resultados destacam a previsibilidade do EATC como um método eficiente para a recuperação dos defeitos nos tecidos moles periimplantares.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Este relato de caso tem como objetivo descrever o tratamento de recobrimento radicular e aumento do volume peri-implantar por meio da técnica de enxerto autólogo de tecido conjuntivo, destacando sua eficácia clínica, previsibilidade e possíveis limitações

**Objetivo Secundário:**

Analizar a efetividade clínica do enxerto autólogo de tecido conjuntivo para o revestimento radicular e a expansão do volume peri-implantar, levando em conta fatores como o aumento da

**Endereço:** Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central

**Bairro:** Cacó **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: 7.607.893

espessura do tecido e a estabilidade do enxerto.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à dignidade.

**Benefícios:**

Esperamos que este estudo traga informações importantes sobre o tratamento de recobrimento radicular e aumento do volume peri-implantar por meio da técnica de enxerto autólogo de tecido conjuntivo , de forma que o conhecimento que será construído a partir deste trabalho possa vir a orientar na promoção de saúde bucal, onde o pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Esse estudo consiste em um relato de caso.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos foram enviados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todos os documentos foram enviados.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_2545773.pdf	13/05/2025 11:49:26		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_relato_de_caso_enxerto_conjunto.pdf	13/05/2025 11:32:27	Maria Elisa Quezado Lima Verde	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	05/05/2025 16:50:26	Juliana Ximenes Damasceno	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoTCC.pdf	29/04/2025 09:42:56	Juliana Ximenes Damasceno	Aceito

**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: 7.607.893

Outros	termodeautorizacao.pdf	25/04/2025 10:24:34	Juliana Ximenes Damasceno	Aceito
Outros	termodeanuencia.pdf	25/04/2025 10:24:22	Juliana Ximenes Damasceno	Aceito
Outros	termodefiel.pdf	25/04/2025 10:23:40	Juliana Ximenes Damasceno	Aceito
Outros	termoderesponsabilidade.pdf	25/04/2025 10:23:24	Juliana Ximenes Damasceno	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 30 de Maio de 2025

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