

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**GRASIELLE SILVA DE OLIVEIRA
JÉSSIKA OLIVEIRA**

**RECOBRIMENTO RADICULAR POR MEIO DA
TÉCNICA DE ZUCHELLI ASSOCIADA AO ENXERTO
DE CONJUNTIVO: REVISÃO DE LITERATURA E
RELATO DE CASO CLÍNICO**

**PATOS DE MINAS
2015**

**GRASIELLE SILVA DE OLIVEIRA
JÉSSIKA OLIVEIRA**

**RECOBRIMENTO RADICULAR POR MEIO DA
TÉCNICA DE ZUCHELLI ASSOCIADA AO ENXERTO
DE CONJUNTIVO: REVISÃO DE LITERATURA E
RELATO DE CASO CLÍNICO**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de
Minas como requisito parcial para a
Conclusão do Curso de Odontologia

Orientador: Prof.º Esp. Eduardo Moura
Mendes

**PATOS DE MINAS
2015**

RECOBRIMENTO RADICULAR POR MEIO DA TÉCNICA DE ZUCHELLI ASSOCIADA AO ENXERTO DE CONJUNTIVO: REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO CLÍNICO

Grasielle Silva de Oliveira e Jéssika Oliveira*

Eduardo Moura Mendes**

RESUMO

A recessão gengival é um deslocamento apical da margem gengival que causa um grande desconforto ao paciente. A literatura apresenta sua etiologia como multifatorial. Recessões gengivais podem ser tratadas com cirurgias periodontais que podem ser indicadas de acordo com as características clínicas do caso, preferência do operador, habilidade manual, classificação da recessão, dentre outros. O objetivo deste trabalho é revisar a literatura, descrevendo as possíveis etiologias da recessão gengival, suas classificações e as principais técnicas de recobrimento de recessões múltiplas. Objetiva também, relatar um caso clínico de recobrimento de recessões múltiplas utilizando a Técnica de Zuchelli associada ao enxerto de tecido conjuntivo sub epitelial. Embora os defeitos do referido caso apresentassem diferentes dimensões, o resultado mostrou-se satisfatório, com recobrimento total de uma recessão, recobrimento parcial de outras três e aumento da espessura de tecido queratinizado, concluindo-se que a técnica pode ser empregada com sucesso no tratamento de recessões múltiplas.

Palavras-chave: Recessão gengival. Técnica de Zuchelli. Recobrimento radicular.

*Alunas do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas (FPM). grasi.silva@hotmail.com e jessika_ptu@hotmail.com

** Graduado em Odontologia pela Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia – MG. Especialista em Periodontia pela Associação Brasileira de Odontologia de Uberlândia – Minas Gerais. Professor de Periodontia no curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas. E-mail: duibia@hotmail.com

ABSTRACT

The receding gum is an apical displacement of the gingival margin that causes a great discomfort to the patient. The literature presents its etiology as multifactorial. Gingival recessions can be treated with periodontal surgeries that can be indicated according to the clinical characteristics of the case, operator's preference, handicraft, classification of recession, among others. The aim of this paper is to review the literature, describing the possible etiologies of gingival recession, their ranks and the main techniques of covering multiple recessions. Objective too, report a clinical case of covering multiple recessions using Zuchelli technique associated with the discussion connective tissue graft. Although the defects of this case present different dimensions, the result proved to be satisfactory, with total covering of one recession, partial covering of three other and increased thickness of keratinized tissue, concluding that the technique can be used successfully in the treatment of multiple recessions.

Keywords: Receding gums. Zuchelli technique. Root coating.

1 INTRODUÇÃO

Na busca por um sorriso estético devemos levar em consideração a harmonia entre dentes, lábios e gengiva. Quando levamos em consideração o contorno da gengiva, a recessão gengival tem grande destaque, já que sua presença pode prejudicá-lo. A recessão gengival, denominada recessão do tecido marginal, é definida como a condição em que esse tecido se encontra localizado apicalmente à junção cimento-esmalte (JCE) com resultante exposição da superfície radicular. ⁽¹⁾

Dentre os principais fatores desencadeantes da recessão gengival, podemos citar: escovação traumatogênica, doença periodontal causada por biofilme bacteriano, trauma oclusal, movimentações ortodônticas, violação do espaço biológico e tração de freios e bridas. ⁽²⁾

As recessões gengivais podem ser classificadas em função da profundidade, largura e quanto ao prognóstico. A classificação preconizada por Miller em 1985 baseia-se em medidas entre a margem gengival, a junção mucogengival e a perda óssea interdentária. Desta maneira, essa classificação permite uma maior precisão no prognóstico com relação ao tratamento de cobertura radicular. ⁽³⁾

O desenvolvimento da recessão gengival pode ocasionar grande desconforto ao paciente como: sensibilidade a alimentos doces, quentes e frios e sensibilidade à fricção das cerdas das escovas. Na tentativa de prevenir a sensibilidade dentária e devolver a estética ao paciente surgiram várias técnicas cirúrgicas cujo objetivo era recobrir as raízes expostas e devolver o contorno gengival adequado. Dentre elas podemos citar os enxertos gengivais, reposição lateral do retalho, reposição coronal do retalho, regeneração tecidual guiada e enxerto de tecido conjuntivo sub epitelial, o retalho de papila dupla, o retalho semilunar e o enxerto alógeno. As técnicas existentes podem ou não incluir o uso de enxertos e também podem ser combinadas. Inicialmente os procedimentos para recobrimento radicular incluíam enxerto gengival livre e retalho pediculado. Entretanto, essas técnicas possuíam desvantagens como recessão de área doadora, previsibilidade de recobrimento duvidoso e quadro maior de dor no caso do enxerto epitelial livre. Com o passar do tempo, as técnicas foram aprimoradas e a introdução do enxerto de tecido conjuntivo sub epitelial tornou-se mais vantajoso, aumentando a previsibilidade de recobrimento e a estética. ⁽²⁾

As principais técnicas associadas ao enxerto conjuntivo sub epitelial para o recobrimento radicular de múltiplas recessões são: Técnica de Langer e Langer e Técnica de Bruno. Uma modificação recente dessas técnicas foi apresentada por Zucchelli, que propôs a realização de incisões oblíquas que permitem a formação de papilas cirúrgicas, as quais facilitarão a cicatrização por primeira intenção e a devolução de um contorno gengival adequado. ⁽⁴⁾

O presente trabalho tem como objetivo revisar a literatura referente a recessões gengivais e procedimentos de recobrimento radicular de recessões múltiplas, assim como apresentar um caso clínico de recobrimento radicular por meio da aplicação da Técnica de Zucchelli associada ao enxerto de conjuntivo subepitelial.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Recessão gengival é a migração da gengiva marginal em direção apical em relação à junção cimento-esmalte, tendo como resultante a exposição da superfície radicular ao meio bucal. Pode ser classificada em localizada quando afeta apenas um dente ou um grupo de dentes e generalizada quando ocorre em toda a boca. A recessão não afeta apenas esteticamente o paciente, mas provoca a sensibilidade dentinária, a qual dificulta a escovação, tornando-se um fator retentor do biofilme bacteriano. ⁽⁵⁾

2.1. Etiologia da recessão gengival

Diante da incidência da recessão gengival e dos problemas clínicos associados, justifica-se a importância do conhecimento dos fatores relacionados à etiologia da mesma, que devem ser considerados durante o diagnóstico, planejamento e execução do tratamento. ⁽⁶⁾

Na atualidade, a etiologia das recessões gengivais é considerada multifatorial, e está relacionada à presença de fatores anatômicos que predispõem a ação de fatores desencadeantes para a patogenia das recessões gengivais. Fatores predisponentes e desencadeantes estão envolvidos no surgimento da recessão gengival. Os fatores predisponentes são aqueles que favorecem o aparecimento das

recessões gengivais como o envelhecimento, a etnia e o sexo. Os fatores desencadeantes são aqueles que induzem ou iniciam o mecanismo de destruição da margem gengival. ⁽⁷⁾

2.1.1 Escovação traumática

A causa mais frequente da recessão gengival é a escovação com força excessiva que provoca abrasão dos tecidos gengivais. Uma vez associada com outra causa ela se torna ainda mais grave, como por exemplo, associada à fina camada de gengiva e mau posicionamento dentário. Embora a escovação seja de grande importância para a saúde gengival, a técnica inadequada ou escovação com escovas de cerdas duras pode levar a recessões gengivais. ⁽⁸⁾

Alguns estudos mostram um elevado índice de recessão em jovens e que tal condição estaria mais relacionada com a técnica de escovação do que ao acúmulo de placa. Desta forma, as recessões encontradas seriam consequência da frequência exagerada de escovação associada à força extrema em alguns elementos dentários, resultando em trauma repetitivo localizado que, por sua vez, geraria uma inflamação crônica, em que as respostas teciduais levariam à destruição da inserção e de osso subjacente. ⁽⁹⁾

2.1.2. Mau posicionamento dentário

O mau posicionamento dentário é outra causa significativa de recessão gengival. Um dente que protuiu por apinhamento pode, como resultado, ser recoberto por um osso maxilar inadequado, fino. Alguns estudos clínicos determinaram que as recessões relacionadas ao mau posicionamento dentário, ocorrem devido à rotação ou vestibularização dos dentes, resultando em redução da altura e espessura dos tecidos moles e duros subjacentes. ^(8,10)

2.1.3 Doença periodontal causada por biofilme bacteriano

A doença periodontal é uma doença infecciosa que ocorre nos tecidos periodontais, caracterizando-se por uma inflamação causada pela presença de bactérias no biofilme dentário, que leva à destruição do suporte periodontal, com

perda do osso alveolar e inserção das fibras. Como consequência da doença há formação de bolsas periodontais e recessão gengival. ⁽¹¹⁾

2.1.4 Trauma Oclusal

Trauma oclusal pode ser definido como alteração patológica ou adaptativa que ocorre nas estruturas de suporte do dente (gengiva, osso e ligamento periodontal) em consequência de forças excessivas produzidas durante a mastigação. Esta sobrecarga pode levar a vários problemas, tanto de ordem gengival (recessão gengival e fissura de Stillman), dentária (sensibilidade, desgastes, lesões na polpa) e do sistema mastigatório (lesões na articulação temporomandibular e nos músculos da mastigação). Porém, o trauma oclusal não é o único fator desencadeador desses problemas; quando associado à presença de placa bacteriana e doença periodontal (gengivite e periodontite), seus resultados são mais severos. ⁽¹³⁾

2.1.5 Movimentação ortodôntica

A relação entre a gengiva inserida e a movimentação ortodôntica é controversa, devendo-se levar em consideração três fatores importantes: o volume inadequado do tecido ceratinizado, a direção do movimento e o controle do processo inflamatório gengival durante a movimentação ortodôntica. É de grande importância no tratamento ortodôntico, a definição da sequência que irá produzir resultados mais previsíveis para os pacientes, uma vez que grande parte deles é beneficiada com o tratamento periodontal prévio, como a correção das áreas com significativa ausência do periodonto de proteção ou defeito ósseo. Havendo ou não a comprovação desta relação entre a movimentação ortodôntica e o aparecimento das recessões gengivais, o fato é que, em ambiente clínico, um cuidadoso exame dos tecidos gengivais dos pacientes deve ser realizado como parte do planejamento da terapêutica ortodôntica. ^(3,13)

2.1.6 Violação do espaço biológico

O espaço biológico, é a distância entre a base do sulco histológico e a crista óssea alveolar. O espaço biológico é formado pelo epitélio juncional e inserção conjuntiva. O epitélio juncional é ligado ao dente por hemidesmossomos e geralmente mede 0,97mm, sendo mais largo na sua porção coronal, tornando-se mais estreito na junção amelo-cementária. A inserção conjuntiva mede 1,07mm e está localizada apicalmente ao epitélio juncional, sendo ligada ao dente através de fibras colágenas. Sendo assim, o espaço biológico mede ao todo 2,04mm e, uma invasão desse espaço pode provocar inflamação gengival (Gengivite) com posterior perda óssea (Periodontite), formação de bolsa periodontal e recessão gengival. (12,14,15)

2.1.7 Tração de Freios e Bidas

No que diz respeito à associação da recessão gengival com a inserção inadequada do freio, estudiosos consideram a inserção como fator predisponente à recessão. Neste sentido é importante acrescentar que existem vários fatores que são atrelados com esta patologia. A presença de freios e bridas não interfere na saúde gengival, mas, na presença de inflamação, tensões provocadas por estas estruturas podem resultar em recessões gengivais, principalmente em regiões onde a faixa de gengiva inserida é fina ou ausente. ⁽⁸⁾

2.2 Classificação das recessões gengivais

Sullivan, em 1968, foi o primeiro a propor uma classificação para as recessões gengivais. O autor levava em consideração a profundidade e a largura da recessão, considerando-a profunda quando sua medida era maior que 3mm no sentido cérvico-oclusal e larga, quando sua medida era maior que 3mm no sentido méso-distal. Sendo assim, Sullivan classificou as recessões gengivais em recessão profunda e larga, recessão rasa e larga, recessão profunda e estreita e recessão rasa e estreita. ⁽⁴⁾

Posteriormente, Bequé classificou as recessões fazendo uma analogia às letras do alfabeto, atribuindo a cada tipo um valor prognóstico. Estas recessões são

classificadas como em “U” (prognóstico ruim), em “V” (prognóstico favorável) e em “I” (prognóstico bom).⁽²⁾

Miller, em 1985, propôs uma classificação que considera a altura do osso interproximal e a extensão apical da recessão em relação à linha mucogengival. Esta é a classificação mais usada atualmente.⁽¹⁶⁾

Classe I: Recessão gengival que não atinge a linha mucogengival, não havendo perda tecidual interproximal. (Fig.1).⁽¹⁶⁾

Classe II: Recessão gengival que atinge ou ultrapassa a linha mucogengival, não havendo perda óssea interproximal. (Fig.1).⁽¹⁶⁾

Fig. 1 – Recessões Classe I e Classe II de Miller.



Fonte: (14)

Classe III: Recessão gengival que atinge ou ultrapassa a linha mucogengival. Na região interproximal há perda tecidual que se localiza apicalmente à junção amelocementária, mas os tecidos ainda permanecem numa posição coronal em relação à base da recessão gengival (Fig.2).⁽¹⁶⁾

Fig. 2 – Recessão Classe III de Miller.



Fonte: (14)

Classe IV: Recessão que atinge ou ultrapassa a linha mucogengival. Há perda tecidual interproximal localizada apicalmente à junção amelocementária com a mesma situando-se no nível da base da recessão gengival. Há envolvimento de mais de uma face do dente (Fig.3). ⁽¹⁶⁾

Fig. 3 – Recessões Classe IV de Miller



Fonte: (14)

2.3 Técnicas para recobrimento radicular

O tratamento de recessões gengivais simples ou múltiplas pode ser realizado por meio de inúmeras técnicas cirúrgicas com maior ou menor

possibilidade de resultados. As técnicas incluem basicamente enxertos pediculados, enxertos livres e enxertos combinados. ⁽¹⁷⁾

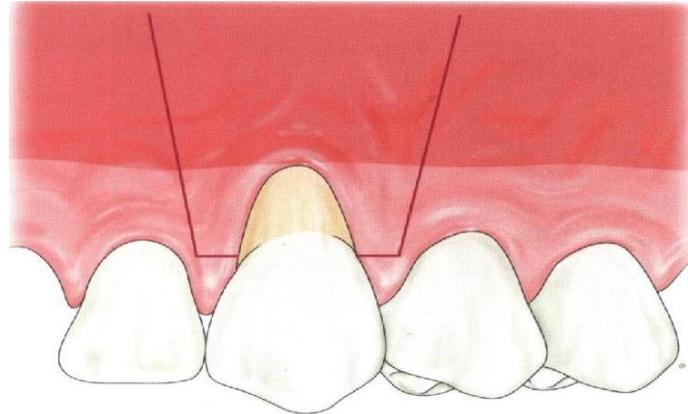
Nas técnicas descritas a seguir, o retalho coronal colocado isolado e o associado ao enxerto de tecido conjuntivo parecem ser os procedimentos mais usados. Trabalhos que compararam essas abordagens consideram que ambos são efetivos e previsíveis. A decisão clínica quanto ao emprego do enxerto de tecido conjuntivo parece bem justificado em casos de presença de lesões cervicais cariosas ou não cariosas, ausência ou pequena quantidade de tecido queratinizado, e espessura gengival fina. Em condições de tecido mais espesso, o uso do enxerto parece ser desnecessário, ao passo que em biotipos teciduais intermediários e finos os enxertos são importantes para o aumento das dimensões gengivais. ⁽²⁾

2.3.1 Técnica de Langer e Langer

A técnica consiste em colocar o enxerto de conjuntivo associado ao retalho com deslocamento coronal em uma posição sub epitelial ou submersa. Inicialmente são realizadas incisões horizontais intra-sulculares em torno da recessão e ao lado da junção amelocementária. São feitas duas incisões verticais oblíquas relaxantes que devem ultrapassar a linha mucogengival, formando um retalho trapezoidal (Fig.4). Faz-se a remoção do epitélio papilar para facilitar a vascularização. Posteriormente o enxerto é colocado sobre a raiz e suturado; em seguida o retalho dividido é reposicionado coronalmente sobre o enxerto, que deve ficar totalmente coberto. As suturas são feitas nas áreas interproximais e devem englobar o tecido papilar, o enxerto e o retalho. ⁽⁴⁾

Esta técnica apresenta como vantagens: elevada previsibilidade, abundante suprimento sanguíneo tanto da superfície do retalho como da superfície do periósteo, fechamento da ferida cirúrgica após colheita de tecido conjuntivo do palato, favorecendo uma fácil hemostasia e rápida cicatrização. Há também menos desconforto e dor para o paciente, bom envolvimento estético com os tecidos adjacentes e é aplicável para as recessões gengivais que afetam vários dentes. Pode-se destacar como desvantagem a necessidade de segunda cirurgia de gengivoplastia por vestibular para obtenção de uma melhor morfologia. ⁽¹⁸⁾

Fig. 4 - Incisões relaxantes verticais e incisões horizontais com preservação das papilas



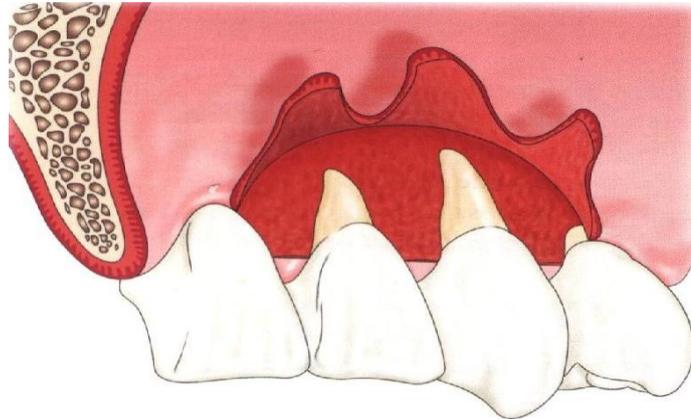
Fonte: (14)

2.3.2 Técnica de Bruno

Bruno propôs algumas modificações à técnica original de Langer e Langer sugerindo que não fossem feitas incisões relaxantes no sítio receptor. As incisões são horizontais intra-sulculares, em torno da recessão e perpendiculares nas áreas interdentárias, devendo ficar situada ao nível da junção ameloementária e se estender intrasulcularmente até o dente vizinho. Faz-se uma dissecação de espessura parcial, em direção apical, até ultrapassar a junção mucogengival. Remove-se o enxerto que é posicionado dentro desta bolsa, ao nível da junção ameloementária. Parte do epitélio presente pode ser removido ou não. O enxerto é suturado em posição e o retalho é reposicionado coronalmente e suturado. ⁽⁴⁾

Pode-se citar como vantagens desta técnica: resultado estético satisfatório, recobrimento radicular de 80 a 90%, grandes chances de sobrevivência do enxerto, aumento do tecido queratinizado em altura e espessura. No entanto, esta técnica apresenta como desvantagens: técnica complexa, sobretudo na remoção do enxerto, dores pós-operatórias ao nível do sitio doador (Fig.5). ⁽²⁾

Fig.5: Modificação da técnica original de Langer & Langer.



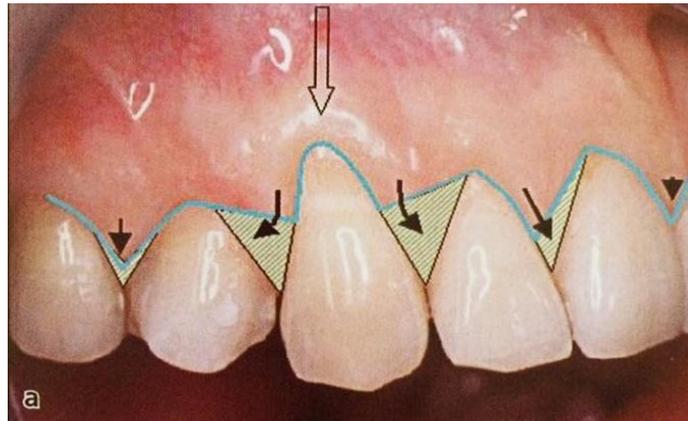
Fonte: (18)

2.3.3 Técnica de Zucchelli

A técnica de Zucchelli & De Sanctis é bastante positiva nos casos de recobrimento radicular de recessões múltiplas que atingem dentes em áreas estéticas e vem sendo bastante utilizada, difundindo ótimos resultados. ⁽²⁾

Nesta técnica (Fig.6), a abordagem depende do número de dentes com recessão. Quando o número de recessões é ímpar, a referência para as incisões oblíquas paramarginais é o dente do meio. Nos casos em que o número de recessões é par, a mais profunda entre as duas centrais define o dente de referência. As incisões oblíquas paramarginais partem da JCE deste dente em direção à margem gengival dos dentes adjacentes (mesial e distal). Todas as outras incisões seguem paralelas entre si. As incisões oblíquas separam a papila anatômica (cervical à incisão) da papila cirúrgica (apical à incisão). Após as incisões oblíquas e intrasulculares, faz-se um retalho dividido nas papilas. Posteriormente, um retalho de espessura total até a crista óssea e após, retalho de espessura parcial até atingir a mucosa alveolar, proporcionando mobilidade adequada ao retalho. Em seguida, a papila anatômica é desepitelizada, o retalho é deslocado coronalmente e suturado. A vantagem desta técnica está na cicatrização por primeira intenção, já que as incisões oblíquas permitem a formação de papilas cirúrgicas em formato triangular. Além disso, o pós-operatório é melhor, já que não são feitas incisões relaxantes. ^(2,19)

Fig.6 - Incisões oblíquas



Fonte: (10)

3 RELATO DO CASO CLÍNICO

A paciente F.C.F.S, 31 anos, sexo feminino, compareceu à Policlínica da Faculdade Patos de Minas queixando-se de desconforto estético e sensibilidade nos elementos 32, 31, 41 e 42. Foi feito um prontuário no qual foram preenchidos todos os dados da paciente. Procedeu-se à anamnese, com levantamento da história médica pregressa da paciente, na qual não foram observados problemas de saúde (ANEXO A).

Durante o exame clínico intra-oral, observou-se recessões múltiplas nos dentes em questão e também em outros elementos, causadas por escovação traumática. Ao exame periodontal, as recessões foram classificadas de acordo com a classificação de Miller em: Classe I no dente 42 e classe III nos dentes 31, 32 e 41 (Fig.7). Constatou-se também, presença de pequena quantidade de cálculo supragengival nas mesiais dos dentes 31 e 41, ausência de bolsas periodontais e pouca espessura de tecido queratinizado. Foi realizado um exame radiográfico para avaliação dos dentes e tecido ósseo da região, sendo constatada perda óssea proximal nos dentes 32, 31 e 41 (Fig.8).

O tratamento proposto, primeiramente, foi orientação quanto à escovação e tipo de escova, raspagem supragengival e, posteriormente, recobrimento radicular utilizando a Técnica de Zuchelli associada ao enxerto de tecido conjuntivo sub epitelial, visando o recobrimento radicular e aumento de espessura de tecido queratinizado. A paciente foi esclarecida quanto aos riscos cirúrgicos e

previsibilidade do recobrimento, concordou com o tratamento proposto e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B).



Fig.7 – Aspecto inicial das recessões.



Fig. 8 – Aspecto radiográfico

Após os procedimentos iniciais, em outra sessão, procedeu-se à cirurgia. O procedimento cirúrgico seguiu todos os princípios, iniciando pelo preparo do ambiente cirúrgico, montagem da mesa cirúrgica utilizando material esterilizado e preparo do paciente realizando os procedimentos antissépticos básicos (Fig.9).



Fig.9 – Mesa cirúrgica

Realizou-se anestesia infiltrativa terminal do nervo incisivo direito e esquerdo (Fig.10), utilizando 3 tubetes de lidocaína HCl 2% com epinefrina 1:100.000 (Alphacaine 100 – DFL, Jacarepaguá, Brasil).



Fig.10 Anestesia

A incisão iniciou-se no dente 41, o qual possuía a recessão mais profunda, utilizando lâmina de bisturi 15c (Solidor, China). As incisões oblíquas paramarginais partem da JCE deste dente, apicalmente, em direção à margem gengival dos dentes adjacentes (mesial e distal), sendo que as outras incisões seguem paralelas entre si (Fig.11). Logo após, são feitas incisões intrasulculares que se ligam às incisões oblíquas (Fig.12).



Fig. 11 – Incisões oblíquas



Fig.12 – Incisões intrasulculares

Em seguida, primeiramente divide-se o retalho na região das novas papilas criadas cirurgicamente e, posteriormente, faz-se uma dissecação roma, elevando-se apicalmente um retalho de espessura total ao nível das exposições radiculares, a fim de permitir um reposicionamento coronário sobre as raízes com uma espessura máxima de tecido mole. Após a sutura, o retalho deve ser capaz de alcançar o nível da junção cemento-esmalte em cada dente. Para eliminar a tensão muscular e promover mobilidade ao retalho, fez-se uma incisão no perióstio, na porção apical do retalho, promovendo um retalho dividido (Fig.13).



Fig.13 – Aspecto do retalho

As dimensões do futuro enxerto são mensuradas na área receptora, utilizando a sonda milimetrada. Uma gaze umedecida com soro fisiológico é colocada na área receptora para protegê-la; enquanto isso, é realizada a remoção do enxerto de tecido conjuntivo do palato.

Na área doadora, foi realizada a anestesia do nervo palatino maior e anestesia infiltrativa complementar na região (Fig.14), utilizando-se meio tubete de lidocaína HCl 2% com epinefrina 1:100.000 (Alphacaine 100 – DFL, Jacarepaguá, Brasil).



Fig.14 – Anestesia da área doadora

As dimensões do enxerto foram transferidas para a área doadora (Fig.15). Em seguida foi feita a primeira incisão linear, (Fig.16) logo após, a segunda incisão separando o tecido epitelial do tecido conjuntivo, com lâmina de Bisturi 15c (Solidor, China).



Fig.15 – Transferência das dimensões do enxerto



Fig.16 – Aspecto da área incisada

O tecido conjuntivo foi descolado do osso (Fig.17) e uma incisão na base do enxerto foi feita para liberá-lo (Fig.18).



Fig.17 – Tecido conjuntivo sendo descolado do osso.



Fig.18 – Remoção do enxerto

Após a remoção do enxerto, o tecido adiposo foi removido de sua superfície; o enxerto é então colocado em uma gaze embebida com soro fisiológico estéril. A área doadora foi irrigada com soro fisiológico e suturada com pontos simples (Fig.19), utilizando fio de Nylon 5-0 (TechNew, Rio de Janeiro, Brasil).



Fig.19 – Área doadora após a sutura

Previamente à colocação do enxerto, o epitélio vestibular da papila interdental remanescente é removido, para criar um leito de tecido conjuntivo, no qual o retalho será suturado. A área receptora foi então preparada para receber o enxerto através de raspagem das superfícies radiculares com curetas de Gracey 5-6 (Fig.20).

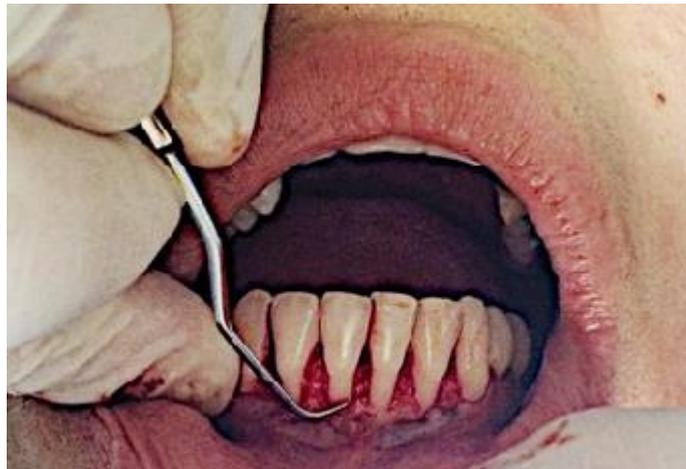


Fig.20 – Raspagem das superfícies radiculares

Posteriormente à raspagem, realizou-se o condicionamento da superfície radicular com ácido cítrico associado à tetraciclina, durante 3 minutos (Fig.21) e logo após, lavagem abundante da área com soro fisiológico estéril durante 1 minuto. Este procedimento é feito para que haja a desmineralização da superfície radicular, remoção da smear layer e das endotoxinas, promovendo uma descontaminação radicular adicional à raspagem e alisamento radicular, contribuindo para a formação e adesão do coágulo de fibrina. Além disso, proíbe a migração apical do epitélio juncional e expõe as fibras colágenas da matriz orgânica do cemento ou dentina, estimulando a regeneração ou reparo das estruturas periodontais de suporte por meio da exposição do colágeno tipo I existente, que parece ser quimiotático para neutrófilos polimorfonucleares, macrófagos e fibroblastos. ⁽²¹⁾ O enxerto é então levado em posição recobrimdo as raízes dos dentes 31, 41 e 42, sendo suturado com fio de nylon 5-0 (TechNew, Rio de Janeiro, Brasil) (Fig.22).



Fig. 21 – Descontaminação das superfícies radiculares

O enxerto é então levado em posição recobrendo as raízes dos dentes 31, 41 e 42, sendo suturado com fio de nylon 5-0 (TechNew, Rio de Janeiro, Brasil) (Fig.22).



Fig. 22 – Enxerto em posição

O retalho foi então deslocado coronalmente e sua sutura realizada (Fig. 23). Foi feita sutura simples em oito na mesial dos elementos 31 e 41 devido a presença do freio labial; e sutura tipo suspensório nos elementos 32 e 42, com fio de nylon 5-0 (TechNew, Rio de Janeiro, Brasil), a fim de manter o retalho em posição coronal.



Fig. 23 – Aspecto após a sutura

Por fim, foi colocado o cimento cirúrgico sem Eugenol (Pericem, TechNew, Rio de Janeiro, Brasil) que permaneceu sobre a área durante 7 dias (Fig. 24).



Figura 24 – Aspecto após colocação do cimento cirúrgico

Foram prescritos: amoxicilina 500mg de 8 em 8 horas por 7 dias, nimesulida 100mg de 12 em 12 horas por 3 dias e dipirona 500mg de 6 em 6 horas por 3 dias. As suturas foram removidas após um período de 7 dias (Fig.25).



Fig. 25 – Pós-operatório de 7 dias

As figuras 26, 27 e 28 mostram o aspecto pós-operatório após 15, 30 e 60 dias, respectivamente. A figura 29 mostra o aspecto inicial e final do caso.



Fig. 26 – Pós-operatório de 15 dias.



Fig. 27 – Pós-operatório de 30 dias.



Fig. 28 – Pós-operatório de 60 dias.



Fig. 29 – Aspecto inicial (esq.) e aspecto final (dir.)

4 DISCUSSÃO

Para que o recobrimento radicular seja bem sucedido, é importante preservar a anatomia das papilas interdentais realizando-se incisões oblíquas. As técnicas de Bruno e de Langer & Langer desfavorecem a manutenção das papilas, pois as incisões são horizontais na altura da junção cemento-esmalte, adjacentes às raízes a serem recobertas. Além disso, a espessura parcial do retalho obtido nessas técnicas impede que haja um ganho de mucosa queratinizada. ⁽²⁰⁾

Inicialmente a Técnica de Bruno não preconizava o posicionamento do retalho sobre as papilas anatômicas, mas depois o mesmo autor modificou a técnica, preconizando a desepitelização das papilas e sutura do retalho sobre elas. No entanto, esta técnica ainda desfavorece a estética porque, devido às incisões horizontais, o retalho não assume a forma triangular das papilas. ⁽²⁰⁾

Na técnica de Langer & Langer, são feitas incisões relaxantes que desfavorecem o pós-operatório e a estética, podendo comprometer o suprimento sanguíneo, tornando a cicatrização mais lenta. ⁽²¹⁾

Ao utilizar-se a técnica de Zucchelli & De Sanctis associada com o enxerto de tecido conjuntivo sub epitelial, tem-se como resultado, o aumento em espessura de tecido queratinizado, o qual favorece a estética e proporciona conforto ao paciente durante a higiene bucal, visto que a mucosa alveolar não estará com mobilidade. Esta técnica ainda possui a vantagem de promover uma cicatrização por primeira intenção, já que as incisões oblíquas permitem a formação de papilas cirúrgicas com formato triangular. ⁽²¹⁾

5 CONSIDERAÇÕES

A técnica de Zucchelli & De Sanctis vem sendo muito utilizada por apresentar ótimos resultados no recobrimento radicular de recessões múltiplas que afetam dentes em áreas estéticas da cavidade oral.

É importante salientar que os fatores etiológicos devem ser eliminados antes do procedimento cirúrgico a fim de prevenir o agravamento e recidiva após o tratamento.

De acordo com a classificação de Miller, as recessões Classe I recobrem totalmente, como ocorreu no dente 42. Ainda segundo Miller, as recessões Classe III recobrem parcialmente, como ocorreu nos dentes 32, 31 e 41. O retalho de espessura total associado ao enxerto de conjuntivo promoveu um aumento em espessura da mucosa queratinizada. A paciente relatou estar satisfeita, pois houve uma melhora na estética e na sensibilidade dentária. Assim, podemos concluir que o resultado do tratamento foi satisfatório.

REFERÊNCIAS

1 Valle,CAC. Análise clínica de correlação entre interferência oclusal, alinhamento dental e largura da mucosa ceratinizada com ocorrência de recessão gengival [dissertação] [internet]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlandia;2007. [acesso em 2015 jun 01]. Disponível em:

<http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/2564/1/Analise%20ClinicaCorrelacao.pdf>.

2 Lacerda ACQ, Alves ACBA, Rocha PG, Menezes SAUF. Recobrimento radicular pela técnica de Zucchelli e De Sanctis. RGO, Rev. gaúch. odontol. (Online) [periódico na Internet]. 2011 Jun [citado 2015 nov. 16] ; 59(2): p.313-317.

Disponível em:

http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372011000200021&lng=pt.

3 Cimões R, Gusmão ES, Donos N. Manual prático para cirurgia periodontal e periimplantar. Nova Odessa: Napoleão; 2013.

4 Leal ZTC, Solis ACO. Técnicas cirúrgicas mucogengivais de retalho deslocado coronalmente: revisão de literatura. Enc. Lat. Amer. Inic. Cient. [periódico na internet]. 2007 [acesso em 23 jul 2015]; p. 1294-1297 Disponível em:

http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2007/trabalhos/saude/inic/INICG00487_01C.pdf

5 Yared KFG, Zenobio EG, Pacheco W. A etiologia multifatorial da recessão periodontal. R Dental Press Ortodon Facial. [periódico na Internet]; 2006 [acesso em 19 jul 2015]; 11 (6) 45-51.

6 Aguiar.VLF. Incidência de recessão gengival e mudança da inclinação dos incisivos inferiores após tratamento ortodôntico: um estudo corte retrospectivo. [Dissertação] [Internet]. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Minas Gerais; 2013 [acesso em 2015 abr 21]. Disponível em:http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS9JWHWM/disserta__o.pdf?sequence=1

7 Cazelato LS. Etiologia e Classificação das Resseções Gengivais [dissertação] [Internet]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2011. [acesso em 2015 abril 21]. Disponível em: [file:///C:/Users/Notebook/Downloads/CazelatoLeonardoSchiavuzzo_2011%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Notebook/Downloads/CazelatoLeonardoSchiavuzzo_2011%20(2).pdf)

8 Ferraz BFR. Recobrimento radicular: avaliação clínico de nova abordagem terapêutica regenerativa em humanos. Acompanhamento longitudinal de 9 meses [dissertação] [Internet]. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru; 2009 [acesso em 2015 jun 03]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25135/tde-02042009-144133/pt-br.php>.

9 Cortelli JR, Cortelli SC. Periodontite crônica e agressiva: prevalência subgengival e frequência de ocorrência de patógenos periodontais. Rev. Biocienc., 2003; 9(2): 916.

10 Lindhe J, Karring T, Lang NP. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 4º ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2005

11 Suaid FF, Sallum AW, Saullum EA. Inter relação entre a movimentação dentária ortodôntica e a recessão gengival: relato de um caso clínico com dois anos de acompanhamento. Ver. Bras. Pesqui. Saúde. 2009; 11 (2): 55-60.

12 Sandes S. [homepage na internet]. Anatomia fisiológica do periodonto [acesso em 29 out 2015]. Disponível em:

<https://resumosdosegunda.wordpress.com/2012/02/21/anatomia-e-fisiologia-doperiodonto-por-suzymille-sandes/>.

13 Ribeiro A. [homepage na internet]. Ortodontia respeitem o espaço biológico [acesso em 29 out 2015]. Disponível em

<http://www.anibalribeiro.com/2012/06/respeitem-o-espaco-biologico.html>

14 Sani Neto J. Periodontia Especializada [homepage na internet] Perioclinic-periodontia especializada e implantodontia [acesso em 26 agosto de 2015].

Disponível em: <http://perioclinic.blogspot.com.br/2009/06/o-periodonto.html>

15 Tavares CAR. Técnicas de recobrimento radicular [dissertação] [internet].

Fernando Pessoa. Universidade Fernando Pessoa; 2013. [acesso em 2015 jul 21].

Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/3933>.

16 Cotter AVBB. Procedimentos de aumento gengival e recobrimento radicular: revisão bibliográfica e apresentação de um caso clínico. [dissertação] [Internet].

Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2011. [acesso em 2015 jul 23]. Disponível

em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2611/3/TM_12926.pdf

17 Magenis RB. Recobrimento radicular através da técnica de retalho posicionado coronalmente com conjuntivo subepitelial: técnica de Bruno [monografia] [Internet].

Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014. [acesso em 2015 jul

23]. Disponível em: <http://tcc.bu.ufsc.br/Espodonto213433.PDF>

18 Joy JC, Carvalho PFM, Silva RC. Alternativa cirúrgicas para o tratamento das recessões gengivais. Odontol. Clín. P. Exérc. Profis. Dif. [periódico na

internet][acesso em 23 de jul 2015]; 1 (2): 30. Disponível em:

http://www.implanteperio.com.br/publicacoes/capitulo-livro/CIOSP_recobrimento.pdf.

19 Kúmar A. Modificação da técnica de incisão única para a colheita do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial. J Indian Soc Periodontol. 213[acesso em 17 out.2015]; (5)676-680. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC380828/>

20 Sato N. Cirurgia Periodontal: atlas clínico. Espanha: Quinte ence books;2002

21 Sampaio JEC, Fontanari LA, Pinto SCS, Biomodificação Radicular: Uma revisão de Literatura. RP, Rev. Perio. (Online) [periódico na Internet]. 2015 Dez [citado 2015 Nov 23]; 19(4): p.37-43. Disponível em:
http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/dez_2009/artigo6.pdf

AGRADECIMENTOS

A Deus por transformar nossas fraquezas em força, derrotas em vitórias e nos permitir vivenciar essa experiência.

Aos nossos pais pelo amor incondicional, e por sempre nos incentivar, torcendo sempre pelas nossas vitórias.

Aos nossos irmãos, pela cumplicidade e carinho de sempre.

Ao nosso orientador, Prof. Eduardo Moura Mendes pelo carinho, atenção, comprometimento para conosco, e por estar sempre presente.

Aos nossos amigos, em especial a Nayara Lagares, Paulo Henrique Araújo e Michael Douglas pelo companheirismo, e por nunca medirem esforços para nos ajudar.

Aos nossos Mestres por compartilharem dos seus conhecimentos.

Aos membros da banca examinadora por aceitarem nosso convite.

E aos nossos familiares pelo incansável incentivo, compreensão e apoio em toda nossa vida.

ANEXOS

Anexo A- Prontuário Odontológico

PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO:

1 - IDENTIFICAÇÃO

Data: ___/___/___
 Nome: _____ Alteração: _____
 Gênero: Feminino Masculino Data de Nascimento: 19/06/84 Idade: 34 a ___m
 Cidade: Patos de Minas
 Nascimento: Patos de Minas Estado: MG
 Endereço: Rua: Osvaldo Cruz, s/n, Patos de Minas
 Bairro: Três Dezenove de Setembro Cidade: Patos de Minas Estado: MG Cep: 38100-000
 Telefone Residencial: (34) 3825 8336 Trabalho: _____ Recado com Sr. (a) (_____)

2- História Familiar:

3 - História Médica

Foi Hospitalizado? não sim Motivo: Doença desidratção
 Fez alguma cirurgia? não sim Qual (ais)? Caesário
 Está sob tratamento médico? não sim Motivo _____
 Está tomando algum medicamento? não sim Qual (ais)? Anti-concepcional
 É alérgico (a)? não não sabe sim Relacione a: _____
 Doenças da Infância:
 Sarampo Caxumba Poliomielite Outras - Especifique: _____
 Rúbeola Catapora Desidratação
 Doenças/Alterações:
 Respiratórias _____ Circulatória _____
 Neurológica _____ Gastroenterológica _____
 Cardíaca _____ Renal _____
 Endócrina _____ Infecto-contagiosa _____
 Hematológica _____ Outras Especifique: _____
 Alterações congênitas e síndromes _____
 Observações gerais sobre a saúde: _____

Pedido de parecer médico: Não Sim Motivo: _____ Data: ___/___/___

4 - HISTÓRIA ODONTOLÓGICA

Qual o motivo da visita? Orientação Cária Trauma Outros: Indicação para cirurgia periodontal
 Já foi ao dentista? não sim Quantas vezes? _____ Qual a idade do primeiro atendimento? _____
 Qual o motivo: _____ Data da última consulta: 20/09/15
 Recebeu algum tratamento? não sim Qual (ais)? Sanfona
 Quem prestou atendimento? Clínico geral Odontopediatra Alunos / Faculdade _____ Dentista do posto de saúde.
 Reação frente ao atendimento: colaborador colaborador com reservas não colaborador
 Já foi submetido à anestesia local para tratamento odontológico? não sim

4.1 - AVALIAÇÃO DA DIETA

Já recebeu alguma instrução de higiene bucal?
 não sim Qual? _____ Quem deu essa orientação? Dentista do Posto de Saúde
 Frequência: menos que 3x/dia 3x/dia mais que 3x/dia
 Faz uso do fio dental? as vezes não sim mais que 3x/dia vezes/dia
 Declaro serem verdadeiras as informações prestadas, de livre e espontânea vontade, sabendo que as informações são indispensáveis para saúde e segurança do paciente e que não omiti nenhuma informação sobre o estado de saúde do mesmo.
 Comprometo - me ainda a informar ao profissional qualquer ocorrência relacionada a saúde do paciente no decorrer do tratamento.

Patos de Minas: 03/09/15
 Nome do responsável: _____ Assinatura: _____

Anexo B – Termo de Consentimento



FPM – FACULDADE DE PATOS MINAS

CURSO DE ODONTOLOGIA

Clinica Integrada

TERMO DE CONSENTIMENTO

Por este termo de consentimento por mim assinado, autorizo a Faculdade de Patos de Minas, por meio dos seus professores, cirurgiões – dentistas, assistentes e alunos, a realizar os respectivos procedimentos: anamnese, exame radiográfico, tratamento restaurador e intervenções cirúrgica no paciente [REDACTED]. Estou ciente que toda a documentação produzida no diagnóstico pertence ao prontuário desta instituição, autorizando sua utilização para fins didáticos e de pesquisa científica, inclusive divulgação, respeitando o caráter confidencial das informações fornecidas e não sendo permitida a identificação.

Patos de Minas, 01 de Setembro de 2019.

[REDACTED]

Assinatura de Responsável

Nome: [REDACTED]

Telefone: (34) 3825 8336 / (34) 3628 9722 /

Documento: RG nº [REDACTED] CPF nº: [REDACTED]