

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL  
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

**DIOGO ANDRADE BEZERRA**

**ASSOCIAÇÃO DE TÉCNICAS CIRÚRGICAS PARA RECOBRIMENTO  
RADICULAR DE RECESSÃO CLASSE III: RELATO DE CASO**

**PATOS - PB  
2015**

**DIOGO ANDRADE BEZERRA**

**ASSOCIAÇÃO DE TÉCNICAS CIRÚRGICAS PARA RECOBRIMENTO  
RADICULAR DE RECESSÃO CLASSE III: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG como parte dos pré-requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

**ORIENTADOR:** Prof. Dr. João Nilton Lopes de Sousa.

**PATOS - PB  
2015**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

B574a Bezerra, Diogo Andrade

Associação de técnicas cirúrgicas para recobrimento radicular de recessão classe III: relato de caso / Diogo Andrade Bezerra. – Patos, 2015.  
47f.: il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2015.

"Orientação: Prof. Dr. João Nilton Lopes de Souza".

Referências.

1.Recessão gengival. 2.Cirurgia plástica. 3. Sensibilidade da dentina.

I. Título.

CDU 616.311.2

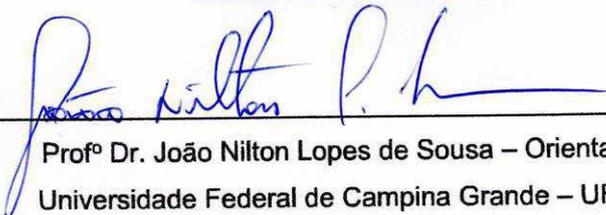
**DIOGO ANDRADE BEZERRA**

**ASSOCIAÇÃO DE TÉCNICAS CIRÚRGICAS PARA RECOBRIMENTO  
RADICULAR DE RECESSÃO CLASSE III: RELATO DE CASO**

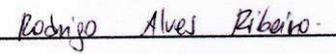
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado à Coordenação do Curso de  
Odontologia da Universidade Federal de  
Campina Grande - UFCG como parte dos  
pré-requisitos para obtenção do título de  
Bacharel em Odontologia.

Aprovado em: 03/11/15

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
Profº Dr. João Nilton Lopes de Sousa – Orientador  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

  
\_\_\_\_\_  
Profª Msc. Rachel de Queiroz Ferreira Rodrigues – 1º Membro  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

  
\_\_\_\_\_  
Profº Dr. Rodrigo Alves Ribeiro – 2º Membro  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus pais e a minha avó. Louvo inteiramente a Deus por suas vidas e pela presença e atenção que me dedicaram no decorrer desta caminhada.

Aos meus amigos, professores e colegas de turma, pelo apoio e encorajamento.

## **AGRADECIMENTOS**

Certamente este é um dos momentos mais emocionantes de todo o trabalho. Momento de tentar expressar por meio de palavras tudo que vivi e senti durante minha longa trajetória.

Agradeço sobretudo a Deus, o mentor de toda esta caminhada, pois sem a crença de sua existência nada seria possível de se concretizar. Por permitir que eu alcançasse esta vitória, sempre me dando forças pra prosseguir e superar todas as dificuldades, sem fraquejar.

Aos meus pais, Avani e Egilmário, por todo apoio durante minha vida de estudante, por jamais terem se omitido diante das minhas dificuldades, por em nenhum instante terem se calado quando eu mais precisava ouvir e por nunca terem falado quando o que eu mais precisava naqueles momentos era um olhar e gesto carinhoso de vocês. Sou imensamente grato por nunca duvidarem que este dia realmente chegaria e por todo amor que nunca me deixaram faltar. Amo bastante vocês!

A minha avó Maria, que embora não se faça presente fisicamente entre nós, sempre cuidou de mim e torceu como ninguém para que esse meu sonho se tornasse realidade. Creio que, independentemente de onde esteja, acompanha minha felicidade e aplaude de pé esta conquista.

Aos meus demais familiares, avós, irmãos, tios, primos e primas, pelo carinho e companheirismo.

A todos os professores, pelo conhecimento e dedicação a nós transmitidos e em especial ao meu orientador Professor João Nilton, por toda disponibilidade a ajudar, pela paciência e por todos os conhecimentos que me auxiliaram tanto. Sou extremamente grato a cada um, individualmente, por me proporcionarem aprendizado e crescimento, não apenas como futuro profissional, mas como ser humano, através de seus ensinamentos e histórias de vida. Tenham certeza que carrego um pouco de cada um comigo e que onde quer que esteja, levarei o exemplo de profissionais íntegros e seres humanos maravilhosos que são.

Ao meu motorista e amigo, Seu Manoel, por ter estado comigo durante esse período tão longo, sempre com paciência de Jó e boa vontade, não só para comigo, mas com todas as pessoas que, por ventura, andavam juntamente conosco. O senhor foi um anjo que Deus colocou em meu caminho.

Aos funcionários do Campus e da Clínica-escola, em especial a Damião (Night), Dona Socorro (xérox), Poliana, Patrícia, Cledinalda, Islane, Jéssica, Seu Antônio, Francisco, Diana, Maria José (protocolo), Vânia, Ana (biblioteca), enfim, a todos, por toda paciência, amizade e trabalho prestados com tanto amor e dedicação. Jamais esquecerei vocês!

Aos meus amigos e amigas, que sempre se mostraram presentes e fiéis em minha vida, em especial à Ana Paula Almeida, Yanka Soares, Monike Matias, Bruna Manoela, Tiago Figueiredo e Maria Luciene.

Por último, mas não menos importante, aos meus colegas de curso, em especial à minha dupla e companheira Dayane Siqueira; Luana Balduino, Kyara Dayse, Karina Gomes, Nelmara Sousa e Ryanny Rodrigues e aos demais colegas de sala, que participaram dessa etapa tão importante em minha vida e que sei que posso contar com absolutamente todos, além da vida universitária.

Muito obrigado e que Deus e o Divino Espírito Santo abençoe e proteja imensamente a cada um de vocês.

*“Lembre da minha ordem: Seja forte e corajoso! Não fique desanimado. Nem tenha medo, porque eu, o Senhor, seu Deus, estarei com você em qualquer lugar para onde você for.”*  
Josué 1:9

## RESUMO

Objetivo deste estudo foi relatar um caso clínico de tratamento cirúrgico de recessão gengival classe III de Miller. Paciente feminina, L. L. A, de 44 anos de idade apresentou-se com uma recessão gengival de 7 mm, com ausência de mucosa ceratinizada apical à recessão. Relatou apresentar hipersensibilidade ao frio e ao quente, dor e ulceração da mucosa alveolar a escovação. Indicou-se inicialmente a cirurgia de enxerto gengival livre para criar mucosa ceratinizada na região apical a recessão, objetivando prevenir a progressão do defeito e favorecer a higiene da região. O enxerto gengival promoveu a formação de 4 mm de mucosa ceratinizada e recobriu 3,5 mm da superfície radicular desnudada, correspondendo a 50% da recessão. Como houve a formação de uma boa faixa de mucosa ceratinizada adjacente à recessão após a técnica de enxerto gengival livre e o defeito não foi totalmente recoberto, optou-se por deslocar lateralmente o retalho com objetivo de melhorar o prognóstico da recessão. Após a técnica do retalho posicionado lateralmente, observou-se um aumento de 1 mm de mucosa ceratinizada e de gengiva inserida. No entanto, não houve recobrimento radicular adicional. Apesar da baixa previsibilidade dos resultados para cobertura radicular de recessão gengival classe III de Miller, o enxerto gengival livre apresentou previsibilidade para proporcionar recobrimento radicular e, principalmente, aumento do tecido queratinizado, favorecendo o prognóstico do elemento com esta classe de recessão.

**Descritores:** Recessão gengival. Cirurgia plástica. Sensibilidade da dentina

## **ABSTRACT**

The aim of this study was to report a case of surgical treatment of gingival recession Class III Miller. Female patient, L. L. A., 44 years old, presented with a 7mm gingival recession with no apical keratinized mucosa in relation to the recession. The patient reported having hypersensitivity to cold and hot, pain and ulceration of the alveolar mucosa to tooth brushing. It was noted initially the free gingival graft surgery to create keratinized mucosa in the apical region of the recession, aimed at preventing the progression of the defect and foster care in the region. The gingival graft promoted the formation of 4mm keratinized mucosa and overlaid 3.5mm of bare root surface, corresponding to 50% of the recession. As there was the formation of a good range of keratinized mucosa adjacent to the recession after the free gingival graft technique and the defect was not completely covered, it was decided to move laterally the flap in order to improve the prognosis of recession. After the technique of laterally positioned flap, there was an increase of 1mm keratinized mucosa and attached gingiva. However, no additional root coverage. Despite the low predictability of the results for root coverage on a Class III Miller gingival recession, the free gingival grafts presented to provide predictable root coverage, and especially increased keratinized tissue, favoring the prognosis of the tooth with this recession class.

**Key words:** Gingival recession. Plastic surgery. Dentin sensitivity.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> - Periograma do sextante 5	<b>28</b>
<b>Figura 1</b> - Exame clínico e radiográfico da região	<b>28</b>
<b>Figura 2</b> - Preparo do sítio receptor do enxerto gengival livre	<b>29</b>
<b>Figura 3</b> - Remoção do enxerto gengival livre do palato	<b>30</b>
<b>Figura 4</b> - Tratamento da superfície radicular da recessão	<b>30</b>
<b>Figura 5</b> - Adaptação do enxerto no sítio receptor	<b>31</b>
<b>Figura 6</b> - Pós-operatório de 8 dias	<b>31</b>
<b>Figura 7</b> - Resultado clínico após o enxerto gengival livre	<b>32</b>
<b>Figura 8</b> - Técnica cirúrgica do retalho posicionado deslocado lateralmente	<b>33</b>
<b>Figura 9</b> - Pós-operatório do retalho deslocado lateralmente após 8 e 30 dias	<b>34</b>
<b>Figura 10</b> - Aspecto clínico da recessão gengival no elemento 31 antes e depois dos procedimentos cirúrgicos	<b>35</b>

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Comparação das medidas da recessão e morfologia do tecido gengival no elemento 31 antes e após 30 dias do enxerto gengival livre (EGL). **32**
- Tabela 2** - Comparação das medidas da recessão e morfologia do tecido gengival no elemento 31 após o Enxerto Gengival Livre (EGL) e do Retalho Posicionado Lateralmente (RPL). **34**

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>15</b>
2.1	RECESSÕES GENGIVAIS: ETIOLOGIA E CLASSIFICAÇÃO	15
2.2	TRATAMENTOS CIRÚRGICOS DAS RECESSÕES GENGIVAIS	18
2.2.1	Enxerto Gengival Livre ou Epitélioconjuntivo	20
2.2.2	Enxerto de tecido conjuntivo	21
2.2.3	Retalhos pediculados	22
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>23</b>
<b>3</b>	<b>ARTIGO</b>	<b>26</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>40</b>
	<b>ANEXO A – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO – Revista Saúde &amp; Ciência</b>	<b>41</b>
	<b>ANEXO B – CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO CEP</b>	<b>44</b>
	<b>APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL</b>	<b>45</b>
	<b>APÊNDICE B - CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA</b>	<b>46</b>
	<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	<b>47</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Dentre as patologias que acometem a cavidade oral, as doenças periodontais são apontadas em índices epidemiológicos bastante abrangentes na população mundial, atingindo consideravelmente a população adulta. A recessão gengival, por sua vez, caracteriza-se por meio de uma condição clínica de perda de inserção do periodonto sendo constatada como uma enfermidade de alto predomínio na rotina clínica da periodontia e pode ser descrita como um descobrimento parcial da superfície radicular mediante à migração em direção apical da gengiva marginal (PAREDES et al., 2008; NASSER; SOUZA, 2012). Pode apresentar-se de forma localizada ou generalizada, encontrando-se relacionadas a uma ou mais superfícies dentárias (OLIVEIRA et al., 2011).

Dentre os fatores relacionados, a principal etiologia para a recessão gengival é o trauma proveniente da escovação traumática em associação com a presença de biofilme dentário e inflamação gengival induzida por placa (NUNES; KELLER; JR, 2010).

Para tanto, várias são as características observadas clinicamente e que estão diretamente ligadas à recessão gengival, sendo elas: sensibilidade dentinária, estética desfavorável, perda de suporte periodontal, dificuldade de manutenção da higiene oral e elevado risco de cárie na região (YARED; ZENOBIO; PACHECO, 2006).

As recessões gengivais são descritas através de defeitos periodontais, que para serem tratados com sucesso pode ser necessária a associação de diversas técnicas cirúrgicas. Desse modo, a ausência de tratamento de tais defeitos pode acarretar desde comprometimento estético local à insatisfação por parte do paciente. Se tratando de implantes dentários, apresenta o agravante de que a falta deste tecido de proteção pode acelerar uma perda óssea vestibular e levar à perda do implante (REIS et al. 2009).

Feitosa et al. (2008) relataram a utilização da técnica por meio do enxerto gengival livre para tratar casos de recessões múltiplas e isoladas, utilizando como área doadora a região do palato. Foi constatado que o enxerto gengival livre pode ser considerado um recurso aplicável para o recobrimento de raízes expostas e aumento na largura de tecido queratinizado em áreas periimplantares, permitindo assim atingir uma morfologia adequada e satisfatória.

Este estudo teve como objetivo relatar um caso clínico de tratamento cirúrgico de recessão gengival classe III de Miller por meio da técnica de enxerto gengival livre seguido de retalho posicionado lateralmente.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 RECESSÕES GENGIVAIS: ETIOLOGIA E CLASSIFICAÇÃO

Segundo Feltrin (1999), a estética desempenha um papel fundamental na prática odontológica. O bom entendimento da biologia tecidual e da saúde, associado à evolução dos materiais restauradores, tem sido utilizados para a obtenção de um ótimo resultado estético. Ao realizar estudo, na cidade de Florianópolis, com intuito de avaliar a possibilidade de criar novo tecido de inserção na terapia de recessões gengivais, concluiu que foram criadas recessões na superfície vestibular dos dentes submetidos e tratadas por meio de duas abordagens cirúrgicas distintas: no lado teste foi posicionada uma membrana de Teflon recoberta por um retalho posicionado lateralmente e no lado de controle foi utilizado também um deslize lateral do retalho. Como resultado histológico, tal estudo demonstrou expressivo aumento na quantidade de novo tecido conjuntivo de inserção no lado de teste, demonstrando que os princípios da regeneração tecidual guiada podem ser aplicados com relevância no tratamento de recessões gengivais.

Diversas medidas vêm sendo tomadas com o intuito de tratar problemas causados pela doença periodontal em associação com a cárie dentária. Por meio de um questionário, visando avaliar o conhecimento e as atitudes de professores de ensino fundamental da rede pública, da cidade de Araraquara, SP- Brasil, elaborou-se questionário relativo à etiologia, prevenção e evolução da doença periodontal e cárie dentária. Concluiu-se que, apesar das atitudes relacionadas à saúde bucal da população em questão tenham se mostrado favoráveis, o conhecimento odontológico apresentou limitações, sugerindo que é muito mais fácil evitar o aparecimento dessas doenças do que tratá-las após sua instalação (SANTOS; RODRIGUES; GARCIA, 2003).

Araújo; Sukekava (2007) afirmam que a doença periodontal trata-se de uma infecção dos tecidos, podendo culminar na perda do periodonto de forma irreversível e, se tratando de níveis mais elevados, acarreta a perda do elemento dentário. Com base nos resultados e observações dos trabalhos apresentados, visando analisar os aspectos epidemiológicos desta doença e, indivíduos de várias idades e localidades geográficas, assim como a sua distribuição na América Latina, a doença periodontal

na forma de gengivite ou periodontite, parece ser altamente prevalente na população avaliada nos estudos em questão.

Um problema constante é a recessão gengival, usualmente caracterizada quando a linha alta do sorriso revela excessiva quantidade de gengiva exposta durante o ato de sorrir (FELTRIN, 1999). Experimento realizado em pacientes sob tratamento ou indivíduos que procuravam atendimento odontológico na Faculdade de Odontologia de Bauru constatou o aumento da prevalência, extensão e severidade desta condição clínica com o avanço da idade. A recessão gengival foi encontrada em pelo menos uma superfície dentária, em aproximadamente 89% dos indivíduos avaliados. Os dentes inferiores tiveram mais superfícies com recessão do que os superiores, e os mais comumente envolvidos foram os incisivos inferiores. Concluiu-se que, diante da elevada prevalência de recessão gengival em adultos, os cirurgiões-dentistas devem estar atentos à relevância clínica destas alterações e ao diagnóstico de forma eficaz de seus fatores causais (MARINI et al., 2004).

Segundo Pasin (2014) a recessão gengival é considerada uma característica comum tanto em populações que apresentam um elevado padrão de higiene oral, quanto nas que retratam uma higiene oral precária. Em estudo, relatou a escovação realizada de forma traumática como um dos fatores etiológicos mais prevalentes, resultando em complicações estéticas e hipersensibilidade dentinária. Ao realizar estudos discutindo possíveis diferenças obtidas através das técnicas de enxerto para recobrimento radicular, a partir de uma revisão de literatura e casos clínicos comparativos, foi possível concluir que a técnica utilizando enxerto autógeno possui alta previsibilidade ao comparar-se com o alógeno. Porém, os resultados clínicos e estéticos foram favoráveis em ambas as técnicas, possibilitando alto nível de recobrimento radicular e ganho de mucosa ceratinizada.

Para Landim et al. (2009), as recessões gengivais promovem a exposição da superfície radicular ao meio bucal, contribuindo para o desenvolvimento de alterações funcionais dos tecidos periodontais. Em trabalho desenvolvido com o objetivo de expor a técnica do enxerto subepitelial de tecido conjuntivo para cobertura radicular de recessões múltiplas de caninos e pré-molares, classe I de Miller, concluiu que a técnica descrita merece ser considerada efetiva em alcançar resultados satisfatórios do ponto de vista clínico. No entanto, algumas indicações são necessárias para realização do recobrimento de recessões gengivais, dentre elas: hipersensibilidade dentinária, comprometimento estético,

avanço nos resultados de tratamentos restauradores estéticos, cuidado ou controle de cáries radiculares e abrasões cervicais, prevenção do avanço da doença em áreas em que o controle do biofilme é comprometido.

Por meio de estudos realizados por Rodrigues; Alves; Segundo (2010), com objetivo de analisar o recobrimento da superfície radicular por meio de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, comprovou-se que a recessão gengival pode causar alterações que podem levar a distúrbios relacionados à mastigação e escovação, colaborando para o desenvolvimento de doença periodontal. Além disso, alguns fatores anatômicos preponderantes são considerados predisponentes na etiologia das recessões gengivais e incluem: cortical óssea fina, deiscência e fenestração ósseas, mau posicionamento dentário, vestibulo raso, tração de freios e bridas, altura e espessura de tecido gengival queratinizado. No que diz respeito aos fatores considerados desencadeantes, temos: inflamação do tecido gengival; escovação traumatogênica; lesões cervicais não cariosas; prótese fixa mal adaptada; traumatismo oclusal; incisão relaxante mal localizada; violação do espaço biológico; fumo e hábitos nocivos; grampo, sela ou barra compressível relacionado ao uso de prótese parcial removível; e movimentos ortodônticos fora dos limites ósseos.

Gusmão et al. (2011) relataram a importância clínica da inter-relação diagnóstica entre Periodontia e Ortodontia, principalmente para os especialistas, pois o diagnóstico precoce de qualquer tipo de anomalia dentária viabiliza o direcionamento terapêutico, impedindo assim o acometimento dos tecidos periodontais. Esta análise permite inferir que a Ortodontia, ao atuar diretamente no reposicionamento dentário, apresenta íntima relação com os tecidos periodontais, reduzindo a probabilidade dos elementos dentários e de infecções gengivais decorrentes do mau posicionamento dentário. Concluíram que os dentes mal posicionados contribuíram negativamente para a saúde dos tecidos periodontais, ressaltando a importância da abordagem multidisciplinar.

Reis et. al. (2009) desenvolveram estudo relatando a realização de uma técnica de enxerto de tecido conjuntivo em associação ao preenchimento da superfície vestibular com biomaterial, para prevenção de uma recessão gengival em implante imediato com carregamento imediato. Após três anos de avaliação, foi possível concluir que a associação das técnicas permite resultados satisfatórios para a prevenção da recessão gengival. Relatam que na grande parte dos casos, essas recessões possuem caráter multifatorial e o tratamento relaciona-se com a remoção

do fator causal. No caso de dentes naturais, esse tratamento objetiva a prevenção da sensibilidade e acúmulo de biofilme dentinário, restabelecimento da normalidade estética e conseqüente surgimento de lesões cariosas, no caso de recessões gengivais. Em casos em que apresenta defeito ósseo, são utilizadas técnicas de enxerto, proporcionando o contorno do rebordo alveolar, constituindo um melhor suporte para o tecido gengival.

Pode-se observar que nas classes I e II, há inexistência de perda óssea interproximal e a cobertura radicular pode ser alcançada na sua totalidade. Na classe III, a perda óssea interproximal estende-se de leve à moderada, no entanto, a cobertura radicular pode ser alcançada. Já na classe IV, por apresentar elevada perda óssea interproximal, a cobertura da superfície radicular é inviável (LANDIM et al., 2009).

Em estudo realizado por Araújo et al. (2007), no intuito de avaliar, quantitativamente, os níveis de recessão gengival em 108 estudantes de odontologia da Universidade Federal do Pernambuco, concluiu-se que a prevalência da recessão gengival foi alta na população estudada, sendo um dos principais fatores predisponentes a escovação traumática. Os dentes mais acometidos foram os incisivos inferiores (quanto ao grupo de dentes), caninos e pré-molares inferiores (por sextante), e a face em que encontraram uma maior prevalência de recessão foi a face vestibular.

Apesar da existência de uma ampla literatura avaliando as técnicas utilizadas para recobrimento de recessões gengivais, nem todos seguem os mesmos padrões, portanto, não existe uma homogeneização dos parâmetros clínicos estudados (PASIN, 2014).

## 2.2 TRATAMENTOS CIRÚRGICOS DAS RECESSÕES GENGIVAIS

Na Odontologia, os enxertos de tecidos moles autógenos vêm se caracterizando como métodos bastante qualificados para o alcance da estética gengival e obtenção de um sorriso harmônico. Diversas técnicas têm sido descritas e utilizadas como grandes aliadas de profissionais clínicos para obtenção da estética favorável, como nos recobrimentos radiculares, aumento de rebordos alveolares,

formação de papilas gengivais, terapias mucogengivais relacionadas com implantes, dentre outros (Reis, 2007). A face caracteriza-se como um segmento extremamente relevante na composição individual e os dentes, respectivamente, assumem um papel fundamental na estética da face (FELTRIN, 1999).

Reis (2007) realizou trabalho a fim de evidenciar os principais recursos da cirurgia plástica periodontal através de uso de enxertos autógenos de tecidos moles nos mais diversos casos clínicos que os cirurgiões-dentistas deparam-se corriqueiramente, por meio do método de revisão bibliográfica. Foi concluído que nas diversas técnicas apresentadas, o uso das mesmas vem a ser uma opção positiva na busca de uma estética gengival satisfatória, mediante profissionais capacitados.

Segundo Farias et al. (2009), inúmeras queixas são frequentemente relatadas por pacientes nos consultórios odontológicos, referentes a cor, aspecto gengival, posicionamento dentário e tamanho, portanto a cirurgia periodontal estética passou a ser considerada um procedimento clínico habitual. Dentre as principais queixas com indicação de realização das cirurgias plásticas periodontais observa-se a presença de sorriso gengival, hiperpigmentação gengival, recessões gengivais e até mesmo a presença de freios anômalos. Ao realizar estudos, através de uma revisão de literatura, com o objetivo de discutir as cirurgias plásticas periodontais mais executadas na prática odontológica contemporânea, concluiu-se, portanto, que a avaliação estética dento-facial demanda não apenas critérios clínicos, mas também a concepção de estética do avaliador e do próprio paciente. Além disso, constataram, através dessas cirurgias a possibilidade de devolver função, estética e satisfação para o paciente.

No decorrer do tempo, inúmeros procedimentos foram utilizados com o intuito de recobrir as superfícies radiculares dentárias expostas, no entanto, sem muita previsibilidade. Dentre estes podemos destacar os enxertos livres e pediculados, retalhos posicionados coronariamente, e, mais recentemente, a regeneração óssea guiada (KAHN; EGREJA; MENEZES, 2010).

Para Piccinin et al. (2002), a cirurgia plástica periodontal apresenta inúmeras técnicas, que associadas a procedimentos restauradores, visam alcançar o contorno adequado, a cor e o equilíbrio da margem gengival, relacionando-se com a dentição adjacente, por meio da restituição das estruturas periodontais danificadas ou perdidas. No entanto, a literatura afirma que existem diversos fatores que podem

estar relacionados diretamente com o grau de recobrimento radicular, sendo eles: fatores relacionados à técnica utilizada, ao paciente e ao defeito (PASIN, 2014).

### **2.2.1 Enxerto Gengival Livre ou Epitélioconjuntivo**

O enxerto gengival livre, também denominado enxerto gengival epitélioconjuntivo, consiste na remoção de um fragmento de tecido da região do palato e sua conseqüente transferência para a área com deficiência de tecido gengival queratinizado ou desnudamento da superfície radicular (SEGUNDO; ALVES, 2005).

Feitosa et al. (2008), realizaram trabalho cujo objetivo foi relatar três casos clínicos tratados através da técnica do enxerto gengival livre. Dois pacientes apresentavam recessões gengivais de forma múltipla e isolada, sendo classes II e III de Miller, na região ântero-inferior, e o terceiro caso apresentou ausência de gengiva ceratinizada na região vestibular adjacente ao implante ósseo integrado. Essa técnica cirúrgica apresenta algumas limitações e complicações, dentre as quais se destaca a cor do tecido utilizado, que pode apresentar-se aquém do ideal, visto que este procedimento tende a promover um reparo semelhante a uma cicatriz. Portanto, em alguns casos, a estética pode ser considerada uma característica imprevisível. Concluiu-se que a técnica de enxerto gengival livre pode ser indicada com sucesso para obtenção de recobrimento de recessões múltiplas ou isoladas, assim como para aumento da largura de tecido ceratinizado periimplantar.

Para obtenção de uma correta análise dos resultados clínicos obtidos a partir de um estudo torna-se indispensável o questionamento de quais os critérios a serem adotados, de modo a caracterizar o sucesso da técnica adotada (PASIN, 2014).

Para Segundo; Alves (2005), as recessões gengivais são condições clínicas que causam dor, aspecto antiestético e receio de perda do elemento dentário em questão. As principais indicações da utilização da técnica por meio do enxerto gengival livre: aumento de tecido queratinizado, recobrimento da superfície radicular, correção periimplantar e de cristas edêntulas, curativo biológico, auxílio à cirurgia maxilofacial, associação aos retalhos posicionados lateralmente. A indicação clássica do uso do enxerto gengival epitélio-conjuntivo para recobrimento da

superfície radicular é em sítios mandibulares que possuem desnudações radiculares com ausência de gengiva inserida, principalmente na região de canino à pré-molar. Seus estudos afirmam que o emprego da técnica por meio do enxerto gengival livre proporciona além de recobrimento da superfície radicular, um aumento satisfatório de tecido gengival ceratinizado.

A sobrevivência e manutenção do enxerto dependem de três pontos de circulação colateral resultante do tecido conjuntivo e do espaço periodontal, ou seja, circulação colateral, plasmática e proveniente do ligamento periodontal (SEGUNDO; ALVES, 2005).

### **2.2.2 Enxerto de tecido conjuntivo**

A técnica cirúrgica utilizando o enxerto de tecido conjuntivo vem sendo bastante utilizada no âmbito odontológico, sendo considerado padrão ouro para realização de determinados procedimentos (REINO et al., 2011). Além disso, apresenta relevante previsibilidade no tratamento de recessões gengivais (JUNIOR et al., 2009).

Segundo Kahn; Egreja; Menezes (2010), a cirurgia plástica periodontal tem como objetivo a correção de vários defeitos mucogengivais, dentre eles, a recessão gengival. Em trabalho realizado por meio de caso clínico, utilizando enxerto de tecido conjuntivo subepitelial no tratamento de recessões classe III de Miller em um dente pilar de prótese fixa, concluíram que o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial é considerado um recurso altamente aplicável no tratamento de raízes expostas de pilares de prótese fixa.

De acordo com Rodrigues; Alves; Segundo (2010), o tratamento de recessões gengivais através da técnica de tecido conjuntivo subepitelial favorece a previsibilidade clínica devido ao seu caráter bilaminar. Estudo realizado através de caso clínico, relatou que a técnica permite um elevado resultado estético. Contudo, alguns fatores podem influenciar o sucesso desse procedimento, são eles: escolha da lesão; característica do defeito em relação à profundidade e largura da recessão, quanto mais profunda e larga a recessão, pior o prognóstico; e também a presença de restaurações. É imprescindível atentar para os fatores etiológicos da recessão, pois o sucesso da técnica deve estar alicerçado a possíveis fatores que possam influenciar sua previsibilidade, respeitando assim os princípios básicos das cirurgias mucogengivais.

Segundo Aroeira (2009), a aplicação da técnica por meio do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial na implantodontia tem sido bastante utilizada para aprimorar resultados estéticos e funcionais. Ao realizar estudos, por meio de caso clínico, utilizando enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, concluiu que a utilização desta técnica aperfeiçoa biótipos periodontais finos, melhorando a quantidade e qualidade de mucosa periimplantar, sendo, portanto, capaz de ampliar significativamente o tratamento de defeitos de tecidos moles na periodontia.

### **2.2.3 Retalhos pediculados**

Bouchard, Malet e Borghetti (2000) citaram dentre as técnicas cirúrgicas utilizadas para promover o recobrimento de superfícies radiculares expostas, os retalhos pediculados de tecidos moles (retalho posicionado lateralmente, retalho de dupla papila, retalho reposicionado coronalmente e retalho semilunar).

Segundo Oliveira et al. (2010), nos casos de recobrimento radicular diversas técnicas cirúrgicas podem ser utilizadas, dentre elas, o retalho posicionado lateralmente e o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial. Por meio de estudo, com objetivo de avaliar caso clínico mediante a técnica de retalho posicionado lateralmente e enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, concluiu que através desta combinação observou-se, após 35 dias, completa cobertura da superfície radicular e aumento de tecido ceratinizado de 4 a 5 mm.

Para Kahn; Egreja; Menezes (2010), a técnica de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial em associação com retalho reposicionado coronariamente proporciona um ganho de tecido ceratinizado, com contorno estético e coloração adequada, caracterizando o sucesso do tratamento. Após 6 meses de acompanhamento, observou-se o recobrimento total da raiz.

Menezes et al. (2009) desenvolveram trabalho no intuito de analisar o recobrimento gengival utilizando retalho deslocado lateral combinado a enxerto de conjuntivo para recobrimento de recessão gengival classe III de Miller. Foi obtido aproximadamente 80% de recobrimento da recessão gengival com a aplicação da referida técnica, aliado a uma diminuição relevante da profundidade de sondagem e sangramento à sondagem e mobilidade. Verificou-se que, apesar de baixa previsibilidade dos resultados cirúrgicos para a terapêutica proposta, obteve-se um recobrimento da superfície radicular satisfatório.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A.C.S.; et al. Avaliação dos níveis de recessão gengival em estudantes de odontologia da Universidade Federal de Pernambuco. **RGO**, v. 55, n.2, p. 139-142, abr./jun. 2007.

ARAÚJO, M.G.; SUKEKAVA, F Epidemiologia da doença periodontal na América Latina. **R Periodontia**. v. 17, n. 2, p.7-13, jun. 2007.

AROEIRA, P.R.; **Utilização do Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial na Implantodontia**. (Monografia) Centro de Pós-graduação da Academia de Odontologia do Rio de Janeiro, 2007, 66p.

BOUCHARD, P.; MALET, J.; BORGHETTI, A. **Decision-making in aesthetic: root coverage revised**. J Periodontol. v. 27, p. 97-120, 2000- 2001.

FARIAS, B.C.; et al. Cirurgias periodontais estéticas: revisão de literatura. **Int J Dent**, v.8, n.3, p.160-166, jul./set. 2009.

FEITOSA, D.S.; et al. Indicações atuais dos enxertos gengivais livres. **RGO**. v.56 n.2, p. 1-6, abr./jun. 2008.

FELTRIN, V. **Periodontia estética recessão gengival**. (Monografia) Universidade Federal de Santa Catarina. 1999. 43p.

GUSMÃO, E.S.; et al. Relação entre dentes mal posicionados e a condição de tecidos periodontais. **Dental Press J Orthod**. v.16, n.4, p.87-94, jul./ago. 2011.

JÚNIOR, A.B.N. et al. Comparação clínica entre enxerto de matriz Dérmica acelular e enxerto de tecido Conjuntivo em procedimentos de recobrimento Radicular. **R. Periodontia**. v. 19, n. 2, p. 93-99, jun. 2009.

KAHN, S.; EGREJA, A.M.C.; MENEZES, C.C. Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial associado à recessão gengival em pilares de prótese parcial fixa: relato de caso clínico. **Rev. bras. odontol**. v. 67, n. 2, p. 199-202, jul./dez. 2010.

- LANDIM, F.S.; et al. Enxerto subepitelial de tecido conjuntivo para recobrimento radicular. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac.**, v.9, n.4, p. 31-38, out./dez. 2009.
- MARINI, M.G.; et al. Gingival recession: prevalence, extension and severity in adults. **J Appl Oral Sci.** v. 12, n. 3, p.250-255, jan. 2004.
- MENEZES, D.J.B.; et al. Recobrimento Radicular em Recessão Classe III de Miller. **R. Brasileira de Ciência da Saúde.** v. 13, n. 1, p.71-76, 2009.
- NASSER, K.R.P.; SOUZA, D.M. Relação entre características mucogengivais e ocorrência de recessão gengival. **Braz J Periodontol.** v.22, n.4, p. 72-78, dez., 2012.
- NUNES, M.A.B.C.; KELLER, A.P.; HALLA JR, R. Lesões cervicais não-cariosas associadas ao recobrimento radicular : quando restaurar?. **R. Periodontia.** v.20, n.4, p. 20-29, nov. 2010.
- OLIVEIRA, G.H.C.; et al. Retalho Posicionado Lateralmente e Enxerto de Tecido Conjuntivo Subepitelial no Tratamento das Recessões Teciduais Marginais. **Rev Odontol Bras Central.** v.20, n.52, p. 99-102, 2011.
- PAREDES, S.O.; et al. Estudo das recessões gengivais em pacientes adultos atendidos na faculdade de odontologia da ufma: etiologia, prevalência e severidade. **R. Periodontia**, v.18, n.1, p.85-91, fev. 2008.
- PASIN, C.R. **Recobrimento radicular: enxerto autógeno ou alógeno? Revisão de literatura e casos clínicos comparativos.** (Monografia) Universidade Federal de Santa Catarina. 2014. 57p.
- PICCININ et. al., Recobrimento radicular múltiplo relato de caso. **Passo Fundo**, v. 7, n.1, p. 33-37, jan./jun. 2002.
- REINO, D.M.; et al. Uso de substitutos de enxerto de tecido mole na odontologia. **Braz J Periodontol.** v.21, n.4, p.39-45, dez. 2011.
- REIS, A.C.; et al. Prevenção estética com enxerto conjuntivo e biomaterial. **RGO**, v. 57, n.2, p.235-239, abr./jun. 2009.

REIS, D.Z. **Utilização de enxertos autógenos de tecidos moles na cirurgia plástica periodontal. A Busca Pela Estética Gengival.** (Monografia) Unidade de Ensino Superior Ingá, 2007, 51p.

RODRIGUES, D.C.; ALVES, R; SEGUNDO, T. K. Emprego do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial no recobrimento radicular. **RGO**, v.58, n.1, p.115-118, jan./mar. 2010.

SANTOS, P.A.; RODRIGUES, J.A.; GARCIA, P. P. N. S Conhecimentos sobre prevenção de cárie e doença periodontal e comportamento de higiene bucal de professores de ensino fundamental. **R Cienc Odontol Bras.** v. 6, n. 1, p.67-74, jan./mar. 2003.

SEGUNDO, T.K.; ALVES, R. Emprego do Enxerto Gengival Epitélio- Conjuntivo no Recobrimento Radicular. **RGO**, v. 54, n. 1, p. 81-83, jan,/mar. 2005.

YARED, K. F. G.; ZENOBIO, E. G.; PACHECO, W. A etiologia multifatorial da recessão periodontal. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial.** v. 11, n. 6, p.45-51, nov./dez. 2006.

### 3. ARTIGO

#### ASSOCIAÇÃO DE TÉCNICAS CIRÚRGICAS PARA RECOBRIMENTO RADICULAR DE RECESSÃO CLASSE III: RELATO DE CASO

#### ASSOCIATION OF SURGICAL TECHNIQUES FOR ROOT COVERAGE OF RECESSION CLASS III: CASE REPORT

*Diogo Andrade Bezerra<sup>1</sup>, Felipe Figueiredo Rosas<sup>1</sup>, Renato Lopes de Sousa<sup>2</sup>, Rachel Queiroz Ferreira Rodrigues<sup>3</sup>, Rodrigo Alves Ribeiro<sup>3</sup> e João Nilton Lopes De Sousa<sup>3</sup>*

1. Discente do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, campus Patos, Paraíba-Brasil;
2. Discente do curso de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba, campus João Pessoa, Paraíba-Brasil;
3. Docentes do curso de Odontologia. Universidade Federal de Campina Grande, campus Patos, Paraíba-Brasil.

#### **Endereço para correspondência:**

João Nilton L. de Sousa - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural. Avenida dos Universitários, S/N, Rodovia Patos/Teixeira, km1, Jatobá, CEP: 58700-970 – Patos-Paraíba - Brasil

Email: [jnlopesodonto@gmail.com](mailto:jnlopesodonto@gmail.com)

#### **RESUMO**

Objetivo deste estudo foi relatar um caso clínico de tratamento cirúrgico de recessão gengival classe III de Miller. Paciente feminina, L. L. A., de 44 anos de idade apresentou-se com uma recessão gengival de 7 mm, com ausência de mucosa ceratinizada apical à recessão. Relatou apresentar hipersensibilidade ao frio e ao quente, dor e ulceração da mucosa alveolar a escovação. Indicou-se inicialmente a cirurgia de enxerto gengival livre para criar mucosa ceratinizada na região apical a recessão, objetivando prevenir a progressão do defeito e favorecer a higiene da região. O enxerto gengival promoveu a formação de 4 mm de mucosa ceratinizada e recobriu 3,5 mm da superfície radicular desnudada, correspondendo a 50% da recessão. Como houve a formação de uma boa faixa de mucosa ceratinizada adjacente à recessão após a técnica de enxerto gengival livre e o

defeito não foi totalmente recoberto, optou-se por deslocar lateralmente o retalho com objetivo de melhorar o prognóstico da recessão. Após a técnica do retalho posicionado lateralmente, observou-se um aumento de 1 mm de mucosa ceratinizada e de gengiva inserida. No entanto, não houve recobrimento radicular adicional. Apesar da baixa previsibilidade dos resultados para cobertura radicular de recessão gengival classe III de Miller, o enxerto gengival livre apresentou previsibilidade para proporcionar recobrimento radicular e, principalmente, aumento do tecido queratinizado, favorecendo o prognóstico do elemento com esta classe de recessão.

**Descritores:** Recessão gengival. Cirurgia plástica. Sensibilidade da dentina.

### **ABSTRACT**

The aim of this study was to report a case of surgical treatment of gingival recession Class III Miller. Female patient, L. L. A., 44 years old, presented with a 7mm gingival recession with no apical keratinized mucosa in relation to the recession. The patient reported having hypersensitivity to cold and hot, pain and ulceration of the alveolar mucosa to tooth brushing. It was noted initially the free gingival graft surgery to create keratinized mucosa in the apical region of the recession, aimed at preventing the progression of the defect and foster care in the region. The gingival graft promoted the formation of 4mm keratinized mucosa and overlaid 3.5mm of bare root surface, corresponding to 50% of the recession. As there was the formation of a good range of keratinized mucosa adjacent to the recession after the free gingival graft technique and the defect was not completely covered, it was decided to move laterally the flap in order to improve the prognosis of recession. After the technique of laterally positioned flap, there was an increase of 1mm keratinized mucosa and attached gingiva. However, no additional root coverage. Despite the low predictability of the results for root coverage on a Class III Miller gingival recession, the free gingival grafts presented to provide predictable root coverage, and especially increased keratinized tissue, favoring the prognosis of the tooth with this recession class.

**Key words:** gingival recession. Plastic surgery. Dentin sensitivity.

## INTRODUÇÃO

Dentre as patologias que acometem a cavidade bucal, as doenças periodontais são apontadas em índices epidemiológicos bastante abrangentes na população mundial, atingindo consideravelmente a população adulta. A recessão gengival, por sua vez, caracteriza-se por meio de uma condição clínica de perda de inserção do periodonto sendo constatada como uma enfermidade de alto predomínio na rotina clínica da periodontia e pode ser descrita como um descobrimento parcial da superfície radicular mediante à migração em direção apical da gengiva marginal (1-2). Pode apresentar-se de forma localizada ou generalizada, encontrando-se relacionadas a uma ou mais superfícies dentárias (3).

Dentre os fatores relacionados, a principal etiologia para a recessão gengival é o trauma proveniente da escovação traumática em associação com a presença de biofilme dentário e inflamação gengival induzida por placa (4). Para tanto, várias são as características observadas clinicamente e que estão diretamente ligadas à recessão gengival, sendo elas: sensibilidade dentinária, estética desfavorável, perda de suporte periodontal, dificuldade de manutenção da higiene bucal e elevado risco de cárie na região (5).

As recessões gengivais são descritas através de defeitos periodontais, que para serem tratados com sucesso pode ser necessária a associação de diversas técnicas cirúrgicas. Desse modo, a ausência de tratamento de tais defeitos pode acarretar desde comprometimento estético local à insatisfação por parte do paciente (6). A técnica do enxerto gengival livre pode ser escolhida para aumentar as dimensões gengivais, prevenir o desenvolvimento das recessões gengivais, facilitando a higiene oral. Ainda pode ser utilizado para o recobrimento radicular, usando a técnica direta ou indireta. A técnica direta é realizada em um único passo cirúrgico, na qual o leito é preparado para receber o enxerto retirado do palato. A técnica indireta consiste na criação de gengiva inserida pela técnica direta do enxerto gengival livre e, posteriormente, reposicionamento do tecido enxertado (7).

Este estudo teve como objetivo relatar um caso clínico de tratamento cirúrgico de recessão gengival classe III de Miller por meio da técnica de enxerto gengival livre seguido de retalho posicionado lateralmente.

## RELATO DE CASO

Paciente, feoderma, do gênero feminino e 44 anos de idade procurou atendimento odontológico queixando-se inicialmente de dor nos elementos dentários. Ao exame clínico inicial, observou-se a presença de inflamação gengival por meio de sangramento à sondagem e cálculo supra e subgengival no sextante 5. O periograma do sextante pode ser observado no quadro 1.

Quadro 1 – Periograma do sextante 5.

ELEMENTOS			SÍTIOS VESTIBULARES						SÍTIOS LINGUAIS					
Face Vestibular			MV		V		DV		ML		L		DL	
n°	MC	GI	PS	R	PS	R	PS	R	PS	R	PS	R	PS	R
33	5	4	2	2	1	3	2	3	2	1	2	3	1	1
32	7	6	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1
31	0	0	3	3	2	7	2	3	2	1	1	1	2	1
41	5	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1
42	5	4	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1

Inicialmente foi planejada a realização dos seguintes procedimentos periodontais básicos: raspagem e alisamento coronorradicular, remoção dos fatores de retenção de placa e orientação de higiene bucal.

Durante a reavaliação, após 2 semanas da terapêutica periodontal inicial, verificou-se ausência de sangramento à sondagem e que a paciente manteve um padrão de higiene bucal satisfatório, no entanto ainda se queixava de dificuldade de escovação devido à presença de sintomatologia dolorosa na região do elemento 31. Foi realizado um exame periodontal da região e observou-se a presença de recessão gengival classe III de Miller no elemento 31, que apresentava hipersensibilidade e ausência de mucosa queratinizada e gengiva inserida (Figura 1).

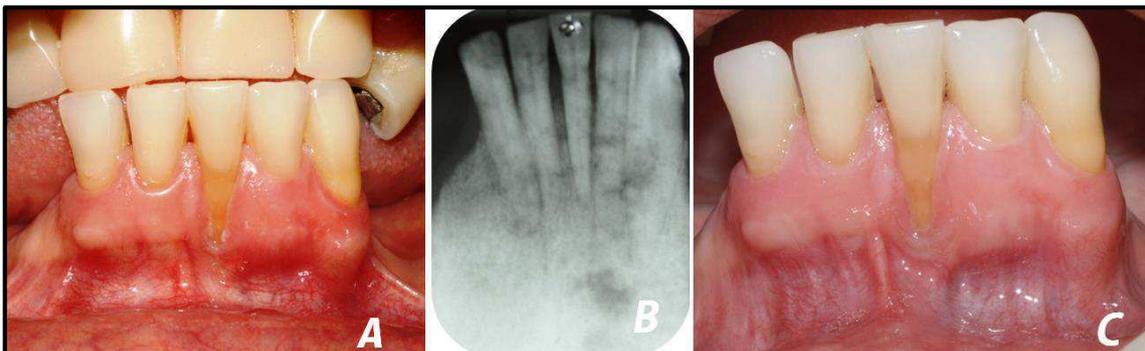


Figura 1 – Em A, observa-se o aspecto inicial da recessão gengival no elemento 31. Em B, radiografia dos elementos do sextante 5; e em C, área da recessão gengival após a terapia periodontal básica.

Ao concluir o exame da recessão, foi realizado o tratamento cirúrgico com o objetivo de recobri-la parcialmente e aumentar a faixa de tecido gengival queratinizado. A técnica cirúrgica utilizada para o caso foi a do enxerto gengival livre.

Após a anestesia da região de incisivos inferiores, com uma lâmina de bisturi 15 C, foi realizado o preparo do sítio receptor para facilitar a vascularização da região, englobando áreas interproximais adjacentes e apicais à recessão gengival. A largura do sítio correspondeu ao dobro da recessão, 14 mm. Foram realizadas incisões horizontais estendendo-se de um lado ao outro da junção amelo-cementária nas papilas, margeando a recessão. A preparação das bordas do leito foi realizada com incisões perpendiculares à primeira incisão horizontal, divergindo apicalmente na mucosa alveolar. A totalidade do retalho foi dissecado e reposicionado no sentido apical, expondo o tecido conjuntivo periosteal (Figura 2)

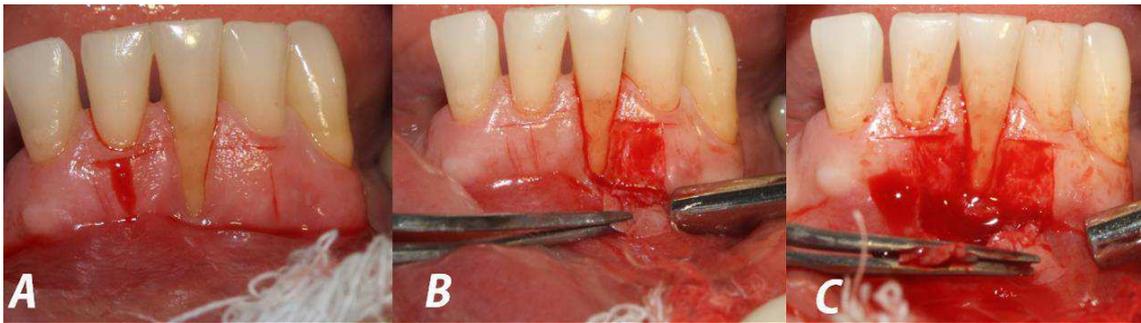


Figura 2 – Preparo do sítio receptor do enxerto gengival livre: em A, observam-se as linhas das incisões horizontais na base das papilas do elemento 31; em B, divisão do retalho e em C, remoção do tecido epitelial dissecado.

O enxerto foi removido do palato e sua dimensão correspondeu à do leito receptor. Para a aferição desta dimensão, foi utilizado um molde com papel estéril de envelope de fio de sutura, que foi colocado no leito e recortado no tamanho correto e, em seguida, levado ao palato para demarcar o tamanho do enxerto. Sendo importante ressaltar que o enxerto deve ser testado e adaptado ao sítio receptor. Após a demarcação das dimensões do enxerto, o mesmo foi removido com auxílio de lâmina de bisturi 15C. Depois da remoção, o enxerto foi submerso em solução fisiológica estéril durante o tempo em que estava sendo realizada a sutura do sítio doador, que foi feita em forma de malha para reter o coágulo (Figura 3).

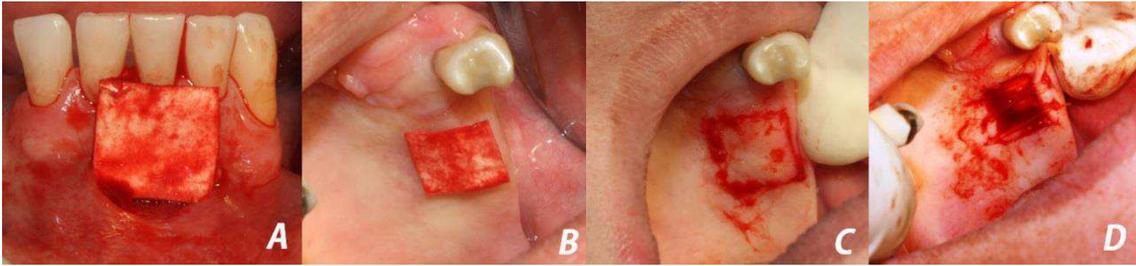


Figura 3 – Remoção do enxerto gengival livre do palato: em A, confecção do molde nas dimensões do sítio receptor; em B, escolha da área doadora e adaptação do molde; em C, demarcação das dimensões do enxerto e em D, remoção do enxerto gengival livre.

No sítio receptor do enxerto, foi realizado o tratamento e descontaminação da superfície radicular por meio de raspagem e alisamento, e com aplicação de ácido cítrico a 1% por 3 minutos. Após este período a área foi irrigada abundantemente com solução salina a 0,9% e o enxerto foi regularizado removendo-se o excesso de tecido adiposo com auxílio de uma tesoura (Figura 4)

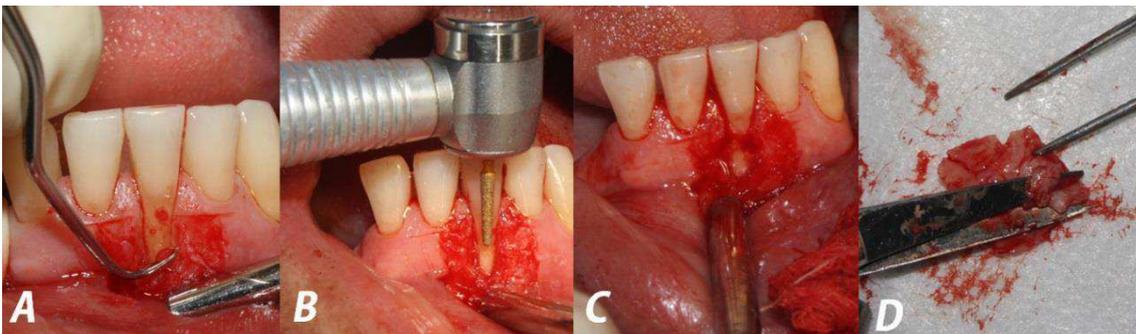


Figura 4 - Tratamento da superfície radicular da recessão: (em A) com raspagem, (em B) com broca para remover as irregularidades superficiais da raiz, (em C) quimicamente com ácido cítrico a 1% e (Em D) observa-se a o enxerto com tesoura para remover excesso de tecido adiposo.

Em seguida, o enxerto foi estabilizado no sítio receptor com suturas horizontais nas laterais do enxerto e com suturas suspensórias em torno do colo do dente e fixadas no tecido conjuntivo no fundo do vestibulo, assegurando o assentamento vertical do enxerto em seu leito periosteal e radicular. Após a fixação do enxerto, foi colocado o cimento cirúrgico para evitar o seu deslocamento e das suturas, favorecendo também a homeostasia e conforto para o paciente (Figura 4).

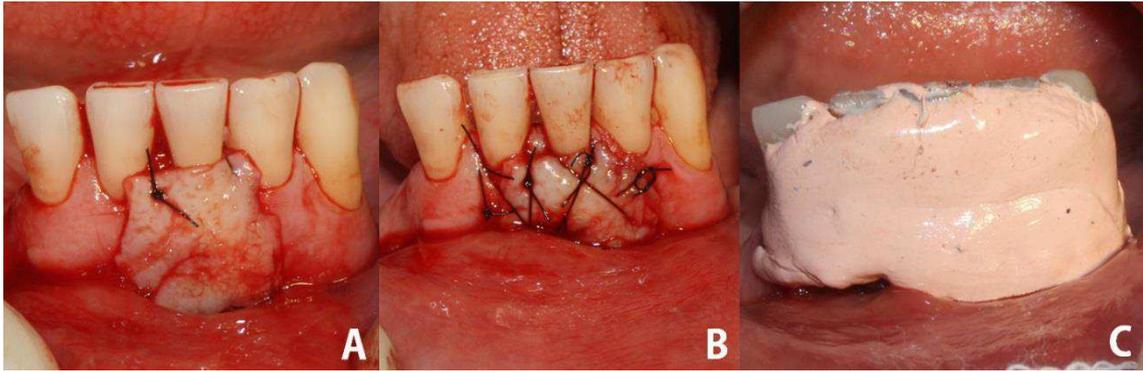


Figura 5 – Adaptação do enxerto no sítio receptor com sutura horizontal (em A), fixação do enxerto com sutura nas laterais do enxerto e com suturas suspensórias em torno do colo do dente e fixadas no tecido conjuntivo no fundo do vestibulo (em B) e proteção da área com cimento cirúrgico (em C).

No pós-operatório imediato, foi prescrito antibiótico por 7 dias e analgésico, durante 3 dias. Recomendou-se a paciente fazer bochecho de clorexidina a 0,12%, duas vezes ao dia, durante uma semana. E, ainda foram repassadas as devidas instruções pós-operatórias. Após 8 dias do procedimento, o cimento cirúrgico foi removido e observou-se a presença de tecido esbranquiçado recobrando o enxerto formado por tecido epitelial necrótico e biofilme, que foi removido com auxílio de gaze e com peróxido de hidrogênio ( $H_2O_2$ ) a 10 volumes, deixando visível tecido conjuntivo em início de reepitelização. A paciente foi reorientada com relação a higiene bucal. No sítio doador do enxerto, também foi removido o cimento cirúrgico, onde se observou um bom padrão de cicatrização por segunda intenção e início da reepitelização do palato. Aos 30 dias, observa-se a completa cicatrização do sítio receptor e do enxerto (figura 5).



Figura 6 – Pós-operatório de 8 dias na área receptora (em A) e na área doadora do enxerto (em B). Em C, cicatrização do enxerto após 30 dias.

Como resultado, observou-se que, após a realização do enxerto gengival livre houve alterações consideráveis na morfologia do tecido gengival e no tamanho da recessão

(Figura 6). Houve um ganho de mucosa ceratinizada, apical a recessão, de 4 mm e de 2 mm de gengiva inserida. Recessão foi reduzida em 3,5 mm (Tabela 1).



Figura 7 – Resultado clínico após o enxerto gengival livre: em A, medida da recessão e em B e C, medida da mucosa ceratinizada formada após o enxerto.

Tabela 1 – Comparação das medidas da recessão e morfologia do tecido gengival no elemento 31 antes e após 30 dias do enxerto gengival livre (EGL).

Critérios avaliados	Períodos de avaliação	
	Inicial	30 dias após o enxerto
Recessão:	7 mm	3.5 mm
Profundidade de sondagem	2 mm	2 mm
Gengiva queratinizada	0 mm	4 mm
Gengiva inserida	0 mm	2 mm

Como houve formação de uma boa faixa de mucosa ceratinizada adjacente a recessão, que não foi totalmente recoberta, optou-se por realizar uma segunda etapa cirúrgica, por meio de deslocamento lateral de retalho, no intuito de auxiliar o recobrimento da recessão classe III de Miller. Durante o preparo das bordas da recessão, avivou-se com lâmina de bisturi 15C a borda mais distante da zona doadora, traçando-se um bisel externo de modo a desnudar o conjuntivo. Manteve-se o aporte vascular dessa borda do retalho deslocado e bisel compreendendo cerca de 2 a 3 mm de largura. O traçado da incisão representa uma incisão intrassulcular no lado do sítio doador e uma incisão horizontal na base das papilas para delimitar um retalho pelo menos uma vez e meia mais largo que a recessão. Em seguida, foi efetuada uma incisão relaxante e vertical até a linha mucogengival e, depois, oblíqua no sentido da recessão em mucosa alveolar. Uma outra

incisão em mucosa no prolongamento da recessão veio liberar o retalho. O tecido gengival é elevado por deslocamento em espessura total, seguido de uma dissecação em mucosa alveolar. A superfície radicular foi regularizada com raspagem e alisamento radicular e com broca diamantada e, quimicamente, com ácido cítrico a 1%. Depois, o retalho foi deslocado lateralmente e testado, colocando-o na posição desejada e verificando que não houve deslocamento do mesmo. O retalho foi finalmente suturado por um ponto suspensório e por pontos separados na borda externa e área recoberta com cimento cirúrgico (figura 7).

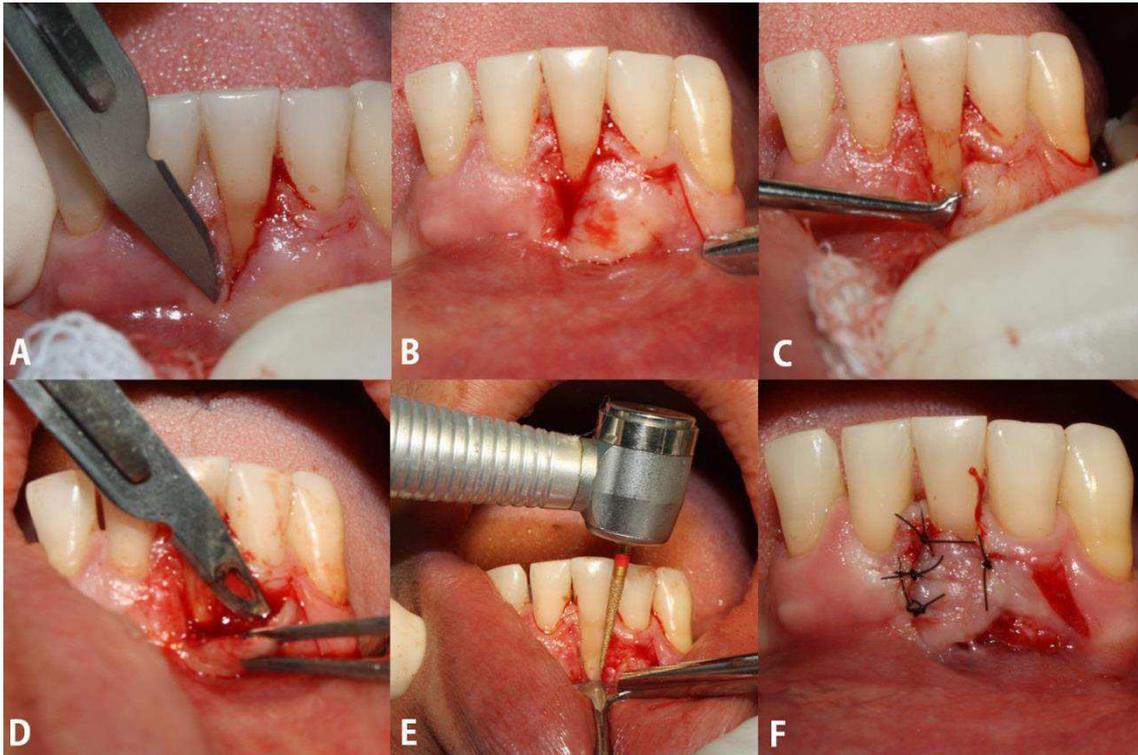


Figura 8 – Técnica cirúrgica do retalho posicionado deslocado lateralmente: em A, preparo das bordas da recessão em bisel externo na margem distante do retalho e interno na margem do retalho; em B, traçado das incisões para obtenção do retalho; em C, deslocamento total do retalho na área próxima à recessão; em D, divisão do retalho; em E, regularização da superfície radicular e em F, deslocamento lateral e sutura do retalho.

A sutura foi removida 8 dias após o procedimento e aos 30 dias do pós-operatório, observou-se completa cicatrização da área (figura 8).



Figura 9 – Pós-operatório do retalho deslocado lateralmente após 8 (em A) e 30 dias (em B).

Após a realização da cirurgia do retalho posicionado lateralmente (RPL), Houve um ganho de 1 mm mucosa ceratinizada e de gengiva inserida apical a recessão (Tabela 1).

Tabela 2 – Comparação das medidas da recessão e morfologia do tecido gengival no elemento 31 após o Enxerto Gengival Livre (EGL) e do Retalho Posicionado Lateralmente (RPL).

<b>Crítérios avaliados</b>	<b>Medidas do EGL</b>	<b>Medidas do RPL</b>
Recessão:	3.5 mm	3.5 mm
Profundidade de sondagem	2 mm	2 mm
Gengiva queratinizada	4 mm	5 mm
Gengiva inserida	2 mm	3 mm

Em comparação com o quadro clínico inicial da recessão, observou-se que os procedimentos cirúrgicos proporcionaram uma cobertura radicular de 50% e, principalmente, formação de 5 mm de mucosa ceratinizada e 3 mm de gengiva inserida, o que estabilizou a recessão e favoreceu o controle mecânico do biofilme sem traumatizar a mucosa alveolar, uma vez que não existiam mucosa ceratinizada, nem gengiva inserida. O antes e o depois do tratamento podem ser observados na figura 9.



Figura 10 – Aspecto clínico da recessão gengival no elemento 31 antes (em A) e depois dos procedimentos cirúrgicos (em B).

## DISCUSSÃO

A recessão gengival é definida como migração apical da margem gengival em relação à junção amelocementária, expondo a superfície radicular e está associada a alterações estéticas, hipersensibilidade dentinária e dificuldade de higienização (8). A formação de recessão gengival pode estar relacionada a inúmeros fatores como inflamação do tecido gengival proveniente da placa bacteriana, trauma durante o ato de escovação, posição dos elementos dentários, quantidade de mucosa ceratinizada e outros, sendo improvável associar clinicamente a sua presença a um fator de forma individual e isolada (1). A recessão gengival pode também estar presente, caso haja a invasão do espaço biológico e trauma direto aos tecidos circunjacentes à superfície radicular decorrente da terapia restauradora (9).

A paciente deste caso clínico apresentou-se com uma recessão gengival de 7 mm classe III de Miller, ausência de mucosa ceratinizada apicalmente à recessão com etiologia de trauma de escovação em periodonto fino e inflamação nos tecidos gengivais adjacentes. Relatou apresentar hipersensibilidade ao frio e ao quente, dor e ulceração da mucosa alveolar a escovação. Um estudo que relacionou características mucogengivais e a presença de recessão em 50 indivíduos observou que as recessões gengivais são mais prevalentes no sexo feminino devido à correlação com o biótipo periodontal destes indivíduos (2).

As queixas estéticas referentes a posicionamento dentário, cor, tamanho e aspecto gengival estão se tornando cada vez mais comuns, e com isso a cirurgia plástica periodontal passou a ser considerada um procedimento habitual no cotidiano do cirurgião-dentista (10).

As recessões gengivais podem ser tratadas por meio de cirúrgicas mucogengivais e muitas vezes, para recobrir as superfícies radiculares desnudas, o profissional deve associar técnicas, dentre elas se destacam o enxerto gengival livre (EGL), enxerto de tecido conjuntivo subepitelial e os retalhos pediculados (3).

Antes dos procedimentos cirúrgicos, a paciente foi submetida a um protocolo de tratamento periodontal com orientação de higiene bucal e raspagem e alisamento radicular. Estes procedimentos são indispensáveis para o alcance do sucesso durante o tratamento odontológico no intuito de minimizar a quantidade de placa bacteriana. Esses cuidados devem ser realizados através do uso de estratégias e iniciativas adequadas de motivação e, principalmente reforço de informações, promovendo a sedimentação de conhecimentos (11).

Como no caso em questão a recessão gengival localizava-se no elemento 31 e a estética não era uma contra-indicação importante, indicou-se inicialmente a cirurgia de enxerto gengival livre, também conhecida como enxerto de epitélioconjuntivo, para criar mucosa ceratinizada na região apical a recessão, objetivando prevenir a progressão do defeito e favorecer a higiene da região.

A técnica de enxerto gengival livre é uma boa opção para aumentar a largura da faixa da gengiva inserida em pacientes que apresenta ausência ou deficiência, prevenir e paralisar o desenvolvimento de recessões e facilitar a higienização oral sem traumas na mucosa alveolar (11-13).

Na avaliação pós-operatória de 30 dias, o enxerto gengival promoveu a formação de 4 mm de mucosa ceratinizada e recobriu 3,5 mm da superfície radicular, correspondendo a 50% da recessão. Em estudo, que avaliou opções de tratamento de recessões gengivais, observou-se que o enxerto gengival livre é uma boa opção para este tipo de tratamento, pois além de aumentar o tecido queratinizado conseguiu o recobrimento radicular de forma adequada (14).

Como houve a formação de uma boa faixa de mucosa ceratinizada adjacente à recessão após a técnica de enxerto gengival livre e a recessão não foi totalmente recoberta, optou-se por deslocar lateralmente o retalho com objetivo de melhorar o prognóstico da recessão.

No pós-operatório de 30 dias da técnica do retalho posicionado lateralmente, observou-se um aumento de 1 mm de mucosa ceratinizada e de gengiva inserida. No entanto, não houve recobrimento radicular adicional. O planejamento do tratamento e o prognóstico do recobrimento radicular estão intimamente relacionados à classificação da recessão gengival. Nas classes I e II de Miller a previsibilidade é de 100% de cobertura radicular. Na classe III, devido a perda do tecido ósseo e/ou gengival na região interproximal, 100% de cobertura radicular pode não ser alcançado. Já na classe IV Não há previsão de cobertura radicular pelos métodos cirúrgicos convencionais (15). Em um caso

clínico de recobrimento radicular utilizando retalho deslocado lateral associado ao enxerto de tecido conjuntivo para recobrimento de recessão gengival classe III de Miller em um elemento 41, também não houve o recobrimento total da recessão, mas houve formação de larga faixa de mucosa ceratinizada (16).

Como o recobrimento radicular de recessão gengival classe III apresenta baixa previsibilidade, considerou-se, neste caso, que os procedimentos apresentaram resultados satisfatórios devolvendo à paciente uma boa condição clínica, melhorando sobremaneira o prognóstico do elemento dentário.

## **CONCLUSÃO**

Apesar da baixa previsibilidade dos resultados cirúrgicos para cobertura radicular de recessão gengival classe III de Miller, o enxerto gengival livre pode apresentar uma previsibilidade para proporcionar recobrimento radicular e, principalmente, aumento do tecido queratinizado, favorecendo o prognóstico do elemento com esta classe de recessão.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Paredes SO, Silva VS, Pereira AFV, Alves CMC, Pereira ALA. Estudo das recessões gengivais em pacientes adultos atendidos na faculdade de odontologia da ufma: etiologia, prevalência e severidade. R. Periodontia. 2008; 18(1): 85-91.
2. Nasser KRP, Souza DM. Relação entre características mucogengivais e ocorrência de recessão gengival. Braz J Periodontol. 2012; 22(4): 72-78.
3. Oliveira GHC, Soares MS, Borges GJ, Fernandes JMA. Retalho Posicionado Lateralmente e Enxerto de Tecido Conjuntivo Subeptelial no Tratamento das Recessões Teciduais Marginais. Rev Odontol Bras. 2011;20(52): 99-102.
4. Nunes MABC, Keller AP, Halla JRR. Lesões cervicais não-cariosas associadas ao recobrimento radicular : quando restaurar?. R. Periodontia. 2010; 20(4): 20-29.
5. Yared KFG, Zenobio EG, PACHECO W. A etiologia multifatorial da recessão periodontal. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2006;11(6):45-51.
6. Reis AC, Junior EM, Margonar R, Silva LJ. Prevenção estética com enxerto conjuntivo e biomaterial. RGO. 2009; 57(2):235-239.
7. Silva CO, Casati MZ, Sallum AW, Avaliação critica do uso do enxerto gengival livre para o recobrimento radicular e para o aumento da faixa de tecido queratinizado. R. Periodontia, 2006; 13(03): 55-60.

8. American academy of periodontology, Glossary of periodontal terms. The American academy of periodontology, 4 th. Chicago; 2001.
9. Almeida AMFL. Recessões gengivais e lesões cervicais não cariosas: Relato de caso clínico (Monografia) Universidade Federal da Bahia. 2013; 30p.
10. Farias BC, Ferreira B, Melo RSA, Moreira M F. Cirurgias periodontais estéticas: revisão de literatura. Int J Dent. 2009; 8(3):160-166.
11. Santos PA, Rodrigues JA, Garcia PPN.S. Conhecimentos sobre prevenção de cárie e doença periodontal e comportamento de higiene bucal de professores de ensino fundamental. R Cienc Odontol Bras. 2003; 6(1):67-74.
12. Feitosa DS, Santamaria MP, Sallum EA, Junior FHN, Casati MZ, Toledo S. Indicações atuais dos enxertos gengivais livres. RGO. 2008; 56(2): 1-6.
13. Feitosa DS, Santamaria MP, Sallum EA, Nociti Junior FH, Casati MZ, Toledo S. Indicações atuais dos enxertos livres. RGO, 2008; 56(2): 1-6
14. Segundo TK, Alves R. Emprego do Enxerto Gengival Epitélio- Conjuntivo no Recobrimento Radicular. RGO. 2005; 54(1):81-83.
15. Miller PD. A classification of marginal tissue recession. The International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry. 1985;2:9-13.
16. Menezes DOJ, Silva ESC, Paulo JR, Lira Júnior R, Diniz AC, Silva SC, Brito RL. Recobrimento Radicular em Recessão Gengival Classe III de Miller. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2009;13(1):71-76.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A restauração estética do sorriso representa um ideal para recuperar a satisfação do paciente e reintegrar o indivíduo de forma ativa no convívio social. Atualmente, as cirurgias mucogengivais visam à correção dos defeitos na morfologia periodontal, devolvendo a função e estética aos elementos dentários envolvidos, promovendo resultados agradáveis e compensatórios.

## ANEXO A – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO – Revista Saúde & Ciência

### NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A Revista Saúde & Ciência *on line*, órgão oficial do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS/UFCG) é uma publicação quadrimestral destinada, prioritariamente, à difusão de trabalhos científicos, desenvolvidos pela comunidade acadêmica do CCBS-UFCG. Objetiva também a publicação de artigos de interesse para as Ciências da Saúde, realizados por pesquisadores de outros setores da UFCG bem como de outras Universidades e instituições de pesquisa.

A Revista publicará: artigos originais de natureza clínica ou experimental com informações novas ou relevantes; artigos de revisão sintéticos e interdisciplinares com análise crítica do material pesquisado; relatos de casos diferenciados com proposição de abordagem inovadora; cartas ao editor com críticas e/ou sugestões, além de informações de interesse aos profissionais de saúde. Os trabalhos enviados para a Revista não devem ter sido publicados antes, nem submetidos simultaneamente para outro periódico. O conteúdo dos textos enviados (resultados, análises, conceitos, opiniões etc.) é de exclusiva responsabilidade dos respectivos autores.

Todos os trabalhos recebidos pela Revista Saúde & Ciência *on line* serão analisados por pelo menos dois revisores (membros do corpo editorial e especialistas na área do trabalho). Sempre que julgar necessário, o comitê editorial da revista poderá solicitar o parecer de consultores "ad hoc". O resultado da análise de cada texto poderá ser: trabalho recusado; trabalho aceito mediante correções e trabalho aceito como recebido. Apenas serão publicados os trabalhos aceitos como recebidos ou aqueles aceitos mediante correções, desde que as eventuais pendências sejam resolvidas. A identidade dos revisores será mantida em absoluto sigilo, do mesmo modo que esses receberão os artigos sem a especificação de autoria.

Os autores que tiverem seus trabalhos aprovados para publicação deverão assinar o termo de responsabilidade e de cessão de direitos autorais de tal modo que a utilização de textos, ou parte deles, publicados na Revista Saúde & Ciência *on line*, dependerá do consentimento dos editores. Os originais não serão devolvidos, mesmo quando recusados para publicação.

Os trabalhos devem ser encaminhados para a Revista Saúde & Ciência *on line* como anexo em mensagem eletrônica para o endereço [saude.ciencia.ccb@ufcg.edu.br](mailto:saude.ciencia.ccb@ufcg.edu.br) ou mediante submissão eletrônica na plataforma SEER ([www.ufcg.edu.br/revistaasaudeeciencia](http://www.ufcg.edu.br/revistaasaudeeciencia)).

#### APRESENTAÇÃO GERAL:

Os textos devem ser apresentados como arquivo elaborado no programa Word for Windows, escritos em língua portuguesa, em fonte Arial, tamanho 11, espaçamento de 1,5 entre linhas, recuo de 1,0 cm em primeira linha de parágrafo, margens de 3,0 cm em cada lado. Os textos devem ter no máximo 20 laudas, incluindo os anexos. Os trabalhos devem conter as seguintes partes:

#### **Título**

Deve vir em negrito, centralizado, fonte 12 e em caixa alta. Os trabalhos devem conter a versão em inglês do título (title), logo abaixo do resumo.

#### **Autores e Vínculo Institucional**

O nome completo do (s) autor (es), em um máximo de 6 (seis) por artigo, deve vir logo abaixo do título, centralizados, em itálico e com indicação de função na instituição a que pertence (em). Também junto com essas informações, deve constar o endereço completo (inclusive eletrônico) do autor responsável pela correspondência.

### Resumo e Descritores

O resumo, posicionado logo abaixo do nome do (s) autor (as), deve conter, em no máximo 250 palavras, as informações mais relevantes sobre objetivos, métodos, resultados e conclusões do trabalho. Logo após o resumo podem ser listados até 4 descritores.

### Abstract e Keywords

Correspondem à versão para a língua inglesa do resumo e dos descritores, respectivamente, posicionados logo abaixo desses. Os descritores (e *keywords*) devem, obrigatoriamente, ser extraídos entre os disponíveis em <http://decs.bvs.br>.

Além disso, os artigos originais de natureza clínica ou experimental devem conter também: introdução, material e métodos, resultados e discussão, conclusões, agradecimentos (opcional) e referências bibliográficas. Na metodologia de trabalhos experimentais com animais e de trabalhos envolvendo seres humanos, deve ser citado o número do processo de aprovação do projeto de pesquisa na comissão de ética no uso de animais (CEUA) ou no comitê de ética em pesquisa (CEP) da respectiva instituição, sendo que um documento comprobatório pode ser solicitado pelo comitê editorial como requisito para a publicação. As ilustrações (desenhos, gráficos, fotografias, plantas, mapas, entre outras) são consideradas figuras e devem ser limitadas a um máximo de quatro por artigo. As figuras serão apresentadas no corpo do texto, com legendas numeradas em sequência mediante algarismos arábicos precedidos do nome "Figura", logo abaixo da figura a que se refere.

### NORMAS BIBLIOGRÁFICAS:

#### Citações no Texto:

A revista adota a citação numérica. NÃO É PERMITIDA A CITAÇÃO DO NOME DO AUTOR NO TEXTO. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses. Números sequenciais devem ser separados por hífen (1-4); números aleatórios devem ser separados por vírgula (1, 3, 4, 8).

#### Referências Bibliográficas:

Devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver, conforme orientações fornecidas pelo *International Committee of Medical Journal Editors no Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*. A lista de referências deve ser escrita em espaço simples, em sequência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al.". Os sobrenomes dos autores devem ser seguidos pelos seus prenomes abreviados sem ponto ou vírgula. Usar a vírgula somente entre os nomes dos diferentes autores. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o *Index Medicus/ MEDLINE* e para os títulos nacionais, com LILACS e BBO. Referências a comunicação pessoal e artigos submetidos à publicação não devem constar da listagem de Referências.

### ALGUNS EXEMPLOS:

#### Artigo de Periódico:

Ahrar K, Madoff DC, Gupta S, Wallace MJ, Price RE, Wright KC. Development of a large animal model for lung tumors. *JVasc Interv Radiol*. 2002;13(9 Pt 1):923-8.

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop*. 2002;(401):230-8.

**Artigo em periódicos em meio eletrônico:**

Keeriyama E, Imai S, Usui Y, Hanada N, Takagi Y. Effect of bovine lactoferrin on enamel demineralization and acidfermentation by *Streptococcus mutans*. *Ped Dent J* [serial on the Internet]. 2007 Dec [cited 2008 Jan 15 12]; 17(2):116-26; Available from: [http://www.js ta g e. j s t. g o. j p / b r o w s e / p d f / 1 7 / 2 / \\_ c o n t e n t s .](http://www.js ta g e. j s t. g o. j p / b r o w s e / p d f / 1 7 / 2 / _ c o n t e n t s .)

**Livro:**

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4ª ed. St. Louis: Mosby; 2002.

**Capítulo de Livro:**

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editores. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

**Dissertações e Teses:**

Rubira CMF. Estudo longitudinal sobre similaridade, transmissão e estabilidade de colonização de *Streptococcus mutans* em famílias brasileiras. [Tese]. Bauri: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2007.

**Informações Sobre a Capa:**

O quadro de Rembrandt (Holanda, 1606-1669) intitulado "A Lição de Anatomia" do Dr. Tulp, retrata a dissecação de um cadáver (Adriaen Adriaensz), condenado à morte por enforcamento devido ao furto de um casaco. O fato retratado ocorreu em 31/01/1632. Na época, a dissecação só era permitida em cadáveres de criminosos, se realizada por eminente membro da Universidade e com propósitos educativos.

**Os Editores**

## ANEXO B – CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO CEP

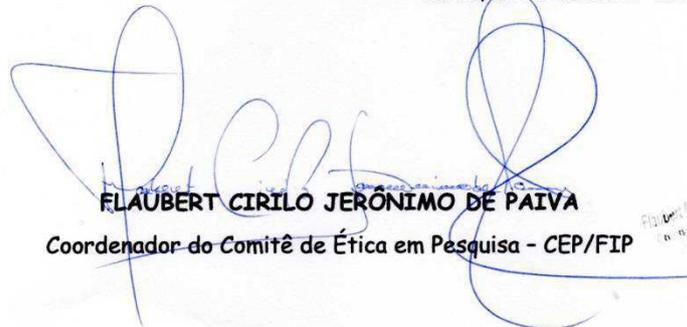


**FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS**  
**FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

### *CERTIDÃO*

Certificamos, para fins de publicação, que, em Reunião realizada no dia 14 de outubro de 2015, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, aprovou o relatório da pesquisa **ASSOCIAÇÃO DE TÉCNICAS CIRÚRGICAS PARA RECOBRIMENTO RADICULAR DE RECESSÃO CLASSE III: RELATO DE CASO** Protocolo CEP/FIP CAAE: 42919415.7.0000.5181, registrado em nome do (a) pesquisador (a): **João Nilton Lopes de Sousa**.

Patos, 21 de outubro de 2015.

  
**FLAUBERT CIRILO JERÔNIMO DE PAIVA**  
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FIP

FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS  
 Rua Horácio Nóbrega, S/N - Bairro Belo Horizonte - Patos-PB - CEP 58704-000 - Tel.: (83) 3421.7300

## APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

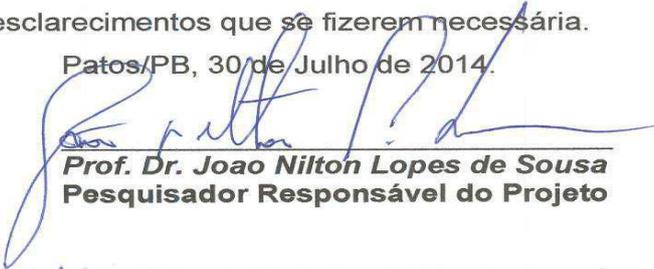
Ilmo Sr. Prof. Dr. Pedro Paulo de Andrade Santos

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada ***Recobrimento Radicular com Enxerto Gengival Livre: Relato de Caso*** a ser realizada na ***Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande***, pelo aluno de graduação ***Diogo Andrade Bezerra***, sob a orientação do ***Prof. Dr. João Nilton Lopes de Sousa*** com os seguintes objetivos: ***recobrimento radicular concomitantemente ao ganho de musosa ceratinizada por meio da técnica cirúrgica de enxerto gengival livre, estimar o efeito da luz laser na graduação de dor do sítio doador do enxerto, remoção de sutura, reavaliação e posterior reabilitação funcional e estética***. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta clínica possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Patos/PB, 30 de Julho de 2014.

  
**Prof. Dr. Joao Nilton Lopes de Sousa**  
**Pesquisador Responsável do Projeto**

Concordamos com a solicitação       Não concordamos com a solicitação

  
**Prof. Dr. Pedro Paulo de Andrade Santos**  
**Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas**

**APÊNDICE B - CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA**

Ilmo Sra Francisca Jéssica Gomes Braga

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada ***Recobrimento Radicular com Enxerto Gengival Livre: Relato de Caso*** a ser realizada na ***Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande***, pelo aluno de graduação ***Diogo Andrade Bezerra***, sob a orientação do ***Prof. Dr. João Nilton Lopes de Sousa*** com os seguintes objetivos: ***recobrimento radicular concomitantemente ao ganho de musosa ceratinizada por meio da técnica cirúrgica de enxerto gengival livre, estimar o efeito da luz laser na graduação de dor do sítio doador do enxerto, remoção de sutura, reavaliação e posterior reabilitação funcional e estética***. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta clínica possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Patos/PB, 30 de Julho de 2014.



---

**Prof. Dr. Joao Nilton Lopes de Sousa**

**Pesquisador Responsável do Projeto**

Concordamos com a solicitação       Não concordamos com a solicitação



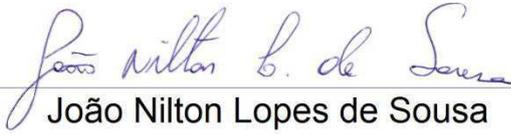
**Francisca Jéssica Gomes Braga**

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**Nome do Estudo:** Associação de técnicas cirúrgicas para recobrimento radicular de recessão classe III: Relato de Caso

**Pesquisadores responsáveis:** João Nilton Lopes de Sousa.

**Informações sobre a pesquisa:** Este estudo tem como objetivo reabilitar um paciente do gênero feminino, 44 anos, que compareceu à Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande com o elemento 31 apresentando recessão gengival, necessitando de uma cirurgia para recobrimento radicular utilizando a técnica cirúrgica de enxerto gengival livre. Com o resultado alcançado, poderemos contribuir com a literatura, visto que há poucos casos publicados, ao mesmo tempo em que contribuiremos também com a formação profissional e vida clínica dos cirurgiões-dentistas, visto que é um caso de fácil acontecimento.

  
 João Nilton Lopes de Sousa  
 (Pesquisador responsável)

Eu, \_\_\_\_\_, portador de RG: \_\_\_\_\_, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, concordo em participar da pesquisa, pois estou ciente de que terei de acordo com a Resolução 196/96 Cap. IV inciso IV.1 todos os meus direitos abaixo relacionados:

- A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre os procedimentos antes e durante o transcurso do tratamento, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está assegurado o absoluto sigilo das informações obtidas.
- A segurança plena de que não serei identificada mantendo o caráter oficial da informação, assim como, está assegurada que o tratamento não acarretará nenhum prejuízo.
- A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa.
- A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases do tratamento é dos pesquisadores, bem como, fica assegurado que poderá haver divulgação dos resultados finais em órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita.
- **Riscos e benefícios:** Esta pesquisa poderá lhe causar um risco mínimo, como dor no pós-operatório, mas que será prescrito analgésico e anti-inflamatório. O tratamento proposto já é consagrado na prática clínica periodontal e protética, o que irá devolver, com segurança, a estética e a função do elemento tratado sem custo algum, sem custo algum. Além disso, será acompanhada periodicamente para avaliar a efetividade do tratamento.
- A garantia de que todo o material resultante será utilizado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitado pelo entrevistado em qualquer momento.
- Além disso, sua participação é importante para o aumento do conhecimento a respeito das características do biótipo periodontal, o que pode colaborar nos tratamentos periodontais, podendo beneficiar outras pessoas.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar do relato de caso.  
Patos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

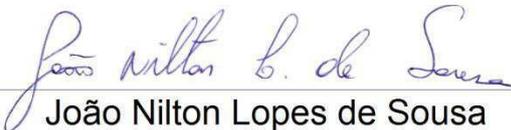
\_\_\_\_\_  
Assinatura da paciente

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em  
contato \_\_\_\_\_ como \_\_\_\_\_ (a) \_\_\_\_\_ pesquisador  
(a) \_\_\_\_\_ através do  
Endereço (Setor de trabalho) \_\_\_\_\_  
Telefone Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Atenciosamente,

---

  
\_\_\_\_\_  
João Nilton Lopes de Sousa  
Assinatura do Pesquisador responsável