

**TÉCNICA CIRURGICA PARA RECOBRIMENTO DE RETRAÇÕES MÚLTIPLAS:
RELATO DE CASO**

**SURGICAL TECHNIQUE FOR ROOT COVERAGE OF MULTIPLE RECESSIONS:
CASE REPORT**

**TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA EL RECUBRIMIENTO DE RECESIONES MÚLTIPLES:
RELATO DE UN CASO**

Tamires Szeremeske Miranda¹ André Vilela Barreto² Juliana da Mota Paiva³ Midiã Marques Pintos⁴ Stela Lima Farias de Miranda⁵ Belen Stephanie Retamal Valdes⁶ Poliana Mendes Duarte⁷

Submetido: 16/10/2016

Aprovado: 20/12/2016

RESUMO

Introdução: Retração gengival é definida como um deslocamento apical da margem gengival em relação à junção amelo-cementária. A mesma tem sido frequentemente associada à hipersensibilidade tátil e térmica, ao comprometimento estético e à um maior risco de desenvolvimento de cáries radiculares. **Objetivo:** O objetivo desse trabalho é apresentar um caso de tratamento de retrações gengivais múltiplas. **Relato de Caso:** Retrações classe I de Miller nos dentes 15, 14 e 13 foram submetidas ao recobrimento por meio da técnica descrita por Zucchelli e Sanctis (2000), modificada por Carvalho et al. (2006). **Resultado:** Os resultados demonstraram recobrimento radicular completo (100%) nos dentes 15 e 13 e uma pequena retração residual do elemento 14. Além disso, todos os dentes obtiveram um aumento da faixa de tecido gengival queratinizado. **Conclusão:** Assim, esse relato de caso demonstrou que a técnica descrita por Zucchelli e Sanctis (2000), modificada por Carvalho et al. (2006), foi capaz de promover um recobrimento radicular bem-sucedido em retrações gengivais múltiplas classe I de Miller. As queixas da paciente de hipersensibilidade dentinária e comprometimento estético foram resolvidas, em um período de acompanhamento de 6 meses.

DESCRITORES: retração gengival, periodontia, gengiva.

ABSTRACT

Introduction: *Gingival recession is defined as an apical displacement of the gingival margin in relation to the enamel cement junction. It has been often associated with thermal and tactile hypersensitivity, esthetic concern and increased risk for development of root caries.* **Objective:** *The aim of this work is to report a case of multiple gingival recessions treatment.* **Methods:** *Miller Class I gingival recessions in the teeth number 15, 14 and 13 were treated by a technique previously described by Zucchelli e Sanctis (2000), modified by Carvalho et al. (2006).* **Results:** *The results demonstrated complete root coverage in the teeth number 15 and 13 and a slight residual recession in the tooth number 14. In addition, all treated teeth exhibited an increased*

¹ Cirurgiã-dentista. Mestre e Doutoranda em Periodontia. Centro de Pós-graduação e Pesquisa da Universidade Guarulhos. Endereço: Praça Teresa Cristina, 229 / Tel: (11)24641684. E-mail: szeremeske@yahoo.com.br

² Cirurgião-dentista. Especialista em Periodontia. Mestrando em Periodontia. Centro de Pós-graduação e Pesquisa da Universidade Guarulhos. E-mail: andrevilela1@hotmail.com

³ Cirurgiã-dentista. Mestre em Periodontia. Centro de Pós-graduação e Pesquisa da Universidade Guarulhos. E-mail: contato@julianapaiva.com.br

⁴ Cirurgiã-dentista. Centro de Pós-graduação e Pesquisa da Universidade Guarulhos. E-mail: midiamarques@hotmail.com

⁵ Cirurgiã-dentista. Mestranda em Periodontia. Centro de Pós-graduação e Pesquisa da Universidade Guarulhos. E-mail: stelalima.odonto@hotmail.com

⁶ Cirurgiã-dentista. Mestre e Doutoranda. Centro de Pós-graduação e Pesquisa da Universidade Guarulhos. E-mail: belenretamalvaldes@gmail.com

⁷ Cirurgiã-dentista. Mestre e Doutora em Clínicas Odontológicas. Professora Adjunta do Programa de Pós-graduação. Centro de Pós-graduação e Pesquisa da Universidade Guarulhos. E-mail: pduarte@ung.br



in the keratinized tissue zone. **Conclusion:** Therefore, this case report showed that the technique previously described by Zucchelli e Sanctis (2000), modified by Carvalho et al. (2006) was able to promote successful root coverage in multiple Miller Class I gingival recessions. The patient's concerns regarding dentine hypersensitivity and esthetics were solved, up to 6 months.

DESCRIPTORS: gingival recession, periodontics, gingiva.

RESUMEN

Introducción: Retracción gingival se define como una migración apical del margen gingival en relación con la unión cemento-esmalte. La misma ha sido frecuentemente asociada con hipersensibilidad táctil y térmica, compromiso estético y un mayor riesgo de desarrollar caries radicular. **Objetivo:** El objetivo de este trabajo es presentar un caso de tratamiento recesiones gingivales múltiples. **Método:** Retracciones clase I Miller en los dientes 15, 14 y 13 fueron sometidas a recubrimiento por medio de la técnica descrita por Zucchelli y Sanctis (2000), modificado por Carvalho et al. (2006). **Resultado:** Los resultados mostraron un recubrimiento radicular completo (100%) los dientes 15 y 13 y una pequeña retracción residual en el elemento 14. Además, todos los dientes obtuvieron un aumento de la banda de tejido gingival queratinizado. **Conclusión:** Por lo tanto, este caso clínico demostró que la técnica descrita por Zucchelli y Sanctis (2000), modificado por Carvalho et al. (2006), fue capaz de promover un recubrimiento radicular con éxito en recesiones gingivales múltiples clase I de Miller. La queja de la paciente de hipersensibilidad dentinaria y compromiso estético fueron resueltas, en un periodo de 6 meses de seguimiento.

DESCRIPTORES: retracción gingival, periodoncia, encía.

INTRODUÇÃO

Retração gengival está descrita no glossário da Academia Americana de Periodontia como um deslocamento apical da margem gengival em relação à junção amelo-cementária. Diversos fatores podem causar retrações e, as mesmas têm sido frequentemente associadas à hipersensibilidade tátil e térmica, ao comprometimento estético¹ e à um maior risco de desenvolvimento de cáries radiculares². Alguns fatores têm sido propostos como participantes na etiologia da retração gengival, sendo eles: biofilme bacteriano e consequente inflamação gengival, oclusão traumática, trauma proveniente da escovação, inserção alterada do freio labial, características anatômicas locais relacionadas ao posicionamento dentário, espessura da gengiva marginal, altura da faixa de mucosa queratinizada e tecido ósseo subjacente³⁻⁴.

Dentro do arsenal de procedimentos estéticos em periodontia, o recobrimento radicular

tem despertado um grande interesse da comunidade científica. Assim, algumas técnicas cirúrgicas têm sido propostas e adaptadas para recobrimento de retrações gengivais ao longo dos anos, com o objetivo de atingir uma máxima previsibilidade de recobrimento. A seleção de uma técnica cirúrgica para tratamento de retrações gengivais depende de vários fatores locais como o tamanho da retração, a presença ou ausência de tecido queratinizado adjacente ao defeito e a largura e altura do tecido mole interdental. Além disso, fatores relacionados ao paciente como o desejo de reduzir o número de cirurgias e a necessidade de satisfazer as exigências estéticas também devem ser levados em consideração.

Nos enxertos do tipo pediculados, um suprimento sanguíneo funcional é mantido por meio do pedículo do retalho e, quando cicatrizado, o mesmo proporciona uma harmonia adequada com a cor e textura da gengiva adjacente⁵. As técnicas de enxerto pediculado são indicadas para casos I e II de Miller que apresentem uma

quantidade suficiente de gengiva queratinizada apical ou lateralmente à retração que se pretende recobrir. Durante esse procedimento cirúrgico, a banda de gengiva presente apicalmente à retração gengival é deslocada coronalmente, recobrando a raiz exposta. Esse tipo de enxerto em comparação aos enxertos livres apresentam a vantagem de não precisarem de um segundo sítio cirúrgico, bem como de serem auto-irrigados pelo seu pedículo, não dependendo do leito receptor para a sua irrigação. Portanto, tem como vantagem ser tecnicamente menos sensível ao operador e menos dependente das condições de cicatrização do paciente, se comparado aos enxertos livres. Como desvantagem, o mesmo não possibilita o aumento da espessura gengival na mesma proporção de um enxerto livre de tecido conjuntivo⁶.

Nos enxertos livres de tecido conjuntivo, por sua vez, fragmentos sub-epiteliais são removidos de um sítio distante da área da retração, geralmente do palato. Isso significa que existe a necessidade de dois leitos cirúrgicos, um receptor e um doador. A intervenção cirúrgica começa pelo leito receptor pois, caso haja algum impedimento, não terá ocorrido dano desnecessário ao leito doador. O objetivo deste primeiro momento cirúrgico é criar um leito capaz de nutrir o enxerto de tecido conjuntivo a ser recebido⁷. O preparo do leito receptor utiliza técnicas muitas semelhantes às usadas nos enxertos pediculados. A escolha do tipo de retalho do leito receptor depende das características anatômicas, qualidade e quantidade de tecido e habilidade do operador. Para remoção do enxerto livre podem ser utilizadas diversas técnicas como incisões paralelas com duas lâminas (bisturi de lâmina dupla), incisão linear, incisão em formato de “L” ou “U”. De acordo com a classificação de

Miller¹⁰, pacientes que apresentarem classe I e II são indicados para a realização deste tipo de cirurgia por apresentar mais alta previsibilidade de recobrimento. As vantagens desta técnica são: elevada taxa de sucesso de recobrimento, aumento da espessura tecidual, formação da nova gengiva queratinizada e possibilidade de aplicação em múltiplos dentes. Suas desvantagens consistem na necessidade de duas áreas cirúrgicas, desconforto e chances de hemorragias durante a remoção do tecido do palato⁷. A técnica cirúrgica para recobrimento de retrações múltiplas que será apresentada neste trabalho consiste em uma combinação de enxerto pediculado e livre, proposta por Zucchelli e Sanctis⁸, modificada por Carvalho et al.⁹

OBJETIVO

O objetivo desse trabalho é apresentar um caso de tratamento de retrações gengivais múltiplas classe I de Miller por meio da técnica descrita por Zucchelli e Sanctis⁸ e modificada por Carvalho et al.⁹

RELATO DE CASO

Queixa principal e aspectos clínicos

Paciente de 36 anos, gênero feminino, sem relatos de problemas sistêmicos, procurou a clínica de pós-graduação em periodontia do curso de Odontologia da Universidade UNG, Campus Guarulhos/Centro, com queixa de “exposição radicular” nos elementos 15, 14 e 13 (Figura 1). Ao exame clínico periodontal foram observados ausência de periodontite ou gengivite, bom controle de placa (índice de placa = 18%) e retrações gengivais Classe I de Miller de 1 mm, 2mm e 3mm nos dentes 15, 14 e 13,

respectivamente. Os elementos 15, 14 e 13 apresentavam remanescente de tecido gengival queratinizado de 3mm, 3mm e 2mm, respectivamente. Como consequência das retrações, a paciente relatou hipersensibilidade dentinária ao estímulo tátil e térmico e, comprometimento estético. Em nível radiográfico, não foram observadas perdas ósseas

interproximais. O relato deste caso foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade UNG (Parecer número 229.945) como parte de um projeto maior que objetiva comparar essa técnica cirúrgica em diabéticos e não-diabéticos. Essa é uma paciente não-diabética do grupo controle.



Figura 1 - Aspecto clínico inicial das exposições radiculares nos dentes 15, 14 e 13, queixa principal da paciente.

Plano de tratamento

Baseado no exame clínico e radiográfico e na expectativa da paciente frente ao recobrimento das retrações múltiplas, a técnica de recobrimento radicular proposta para este caso foi uma modificação da técnica de Zucchelli e De Sanctis⁸ (Figura 2a), descrita por Carvalho et al.⁹, em um estudo do tipo série de casos. Essa técnica associa o deslize coronário do retalho, após confecção de incisões submarginais oblíquas na região de papila, ao enxerto de tecido conjuntivo subepitelial.

Procedimentos pré-operatórios

Como medicação pré-operatória, a paciente recebeu 1 comprimido de dexametasona (4mg), 1 hora antes do ato cirúrgico. Imediatamente antes da cirurgia, a paciente recebeu bochecho de 15 ml de uma solução de

digluconato de clorexidina (0,12% - Periogard[®] - Colgate-Palmolive Ind. e Com. Ltda., São Paulo-SP, Brasil) para antissepsia intrabucal e aplicação tópica de solução de digluconato de clorexidina 2% para antissepsia extrabucal.

Procedimentos trans-operatórios

A paciente recebeu anestesia infiltrativa no fundo de sulco entre os dentes 16 e 12 com mepivacaína 2%/epinefrina 1:100.000 (Mepiadre 100[®]- DFL, Jacarepaguá - RJ, Brasil). Em seguida, com uma lâmina de bisturi 15C (Havel's[®], Ohio, Estados Unidos), incisões oblíquas partindo da junção amelo-cementária de um determinado dente até o topo da retração do dente adjacente foram realizadas nas papilas dos elementos a serem recobertos. Essas incisões oblíquas submarginais foram estendidas até serem unidas com as incisões intra-sulculares (Figura 2b). Um

retalho inicialmente total do tipo envelope, sem incisões relaxantes verticais, foi levantado para permitir a confecção de um retalho do tipo dividido após a junção mucogengival capaz de tracionar o tecido gengival no sentido coronário, responsável pelo recobrimento das raízes expostas (Figura 3a). O retalho após a junção mucogengival foi adequadamente dissecado para evitar tensão muscular e permitir um tracionamento passivo do tecido no sentido coronário. O desenho criado por essa incisão resultou em papilas cirúrgicas e anatômicas.

As raízes foram levemente raspadas com curetas manuais, especialmente nas áreas que estavam expostas ao meio bucal. A região interproximal que compreendia a papila anatômica foi desepitelizada para expor o tecido conjuntivo e criar um leito para receber a papila cirúrgica. Um enxerto de tecido conjuntivo subepitelial foi retirado do palato na região de pré-molar (Figura 3b) à uma distância de 3 mm dos dentes, por meio de um bisturi de lâmina dupla de 1,5 mm de espessura. O enxerto foi tratado para remoção de

possíveis remanescentes de tecido epitelial e posicionado sobre a raiz do dente 13, elemento com maior exposição radicular. Esse enxerto foi suturado cobrindo a junção amelo-cementária, a raiz exposta e as papilas adjacentes do dente 13 (Figura 4a), por meio de um fio de sutura reabsorvível (Vicryl 5-0, Ethicon Inc. Johnson & Johnson Company, Somerville, NJ, EUA). O retalho foi reposicionado no sentido coronário e suturado com sutura do tipo suspensório por meio de um fio não-reabsorvível (Nylon 5-0, Ethicon Inc. Johnson & Johnson Company, Somerville, NJ, EUA) (Figura 4b). Durante o reposicionamento coronário do retalho, os seguintes aspectos foram considerados: os tecidos foram colocados levemente coronários à junção amelo-cementária com as papilas cirúrgicas posicionadas sobre as papilas anatômicas de maneira que a papila mesial foi rodada na direção mesio-coronária e a papila distal na direção disto-coronária. Os tecidos foram levemente comprimidos por 3 minutos com o auxílio de uma gaze umedecida.

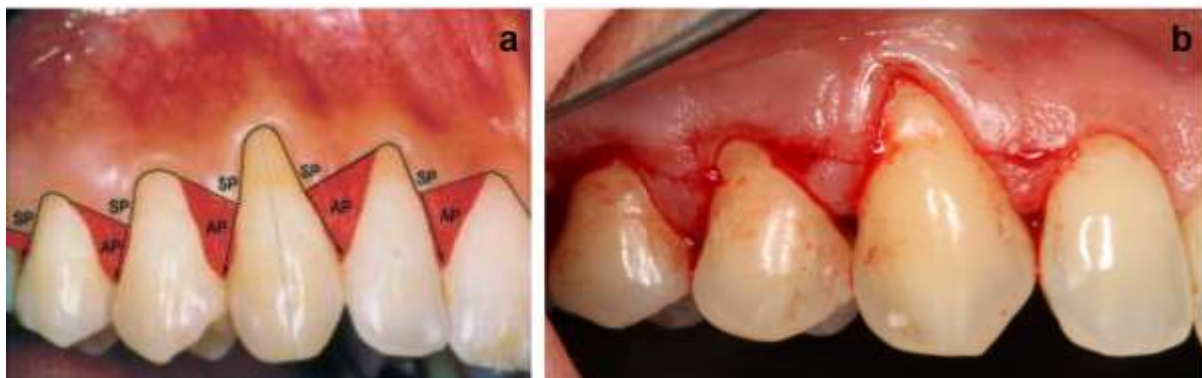


Figura 2: (a) - Esquema do retalho composto por incisões oblíquas na região de papila⁸. SP: papila cirúrgica; AP: papila anatômica. (b) - Incisões submarginais e intra-sulculares.



Figura 3: (a) - Tracionamento do retalho no sentido coronário. (b) - Região do palato eleita para remoção do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial.



Figura 4: (a) - Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial posicionado e suturado sobre o dente 13, cobrindo a junção amelo-cementária, a raiz exposta e a região das papilas. (b) - Pós-operatório imediato demonstrando o reposicionamento do retalho no sentido coronário e recobrimento das retrações gengivais.



Figura 5: (a) - Pós-operatório em 7 dias. (b) - Pós-operatório de 6 meses pós-cirurgia, demonstrando alta taxa de recobrimento das retrações tratadas e ganho de tecido queratinizado.

Procedimentos pós-operatórios

A paciente recebeu como medicação pós-operatória: analgésico (Paracetamol 750 mg, durante 2 dias de 6 em 6 horas), anti-inflamatório (Nimesulida 100 mg, durante 5 dias de 12 em 12 horas) e bochecho de solução de digluconato de clorexidina 0,12% (Periogard® - Colgate-Palmolive Ind. e Com. Ltda., São Paulo- SP, Brasil), 2 vezes ao dia, por 1 minuto, durante 14 dias. A figura 5a ilustra um pós-operatório em 7 dias, quando a paciente retornou para remoção das suturas. A figura 5b, por sua vez, ilustra um acompanhamento de 6 meses após a cirurgia, na qual é possível observar altas taxas de recobrimento com tecido gengival nas retrações tratadas e ganho de tecido gengival queratinizado.

DISCUSSÃO

Na maioria das vezes, pacientes com retrações gengivais apresentam queixa de hipersensibilidade dentinária e/ou estética devido à exposição radicular, como relatado pela paciente do presente caso clínico. Por esse motivo, torna-se muitas vezes necessário o emprego de procedimentos cirúrgicos para resolução das retrações gengivais. Inúmeras técnicas cirúrgicas foram desenvolvidas ao longo dos anos, a fim de diminuir o número de cirurgias, otimizar o resultado estético e minimizar o desconforto do paciente. A técnica selecionada para tratamento das retrações múltiplas utilizada no presente caso teve sua eficiência e previsibilidade comprovadas por dois estudos prévios⁸⁻⁹, alcançando altas taxas de recobrimento, ganho de tecido queratinizado, além de cor e textura próximos dos tecidos adjacentes.

No estudo desenvolvido por Zucchelli e Sanctis⁸, os mesmos tipos de incisão e retalho utilizados neste relato de caso, foram aplicados

para tratar 73 retrações classe I de Miller¹⁰ (média de altura de retrações de 2,8 mm) em 22 pacientes. Após controle de um ano, os autores observaram que uma média de 97% das superfícies radiculares permaneciam recobertas com tecido gengival e que 64 das 73 retrações (isto é, 88%) estavam totalmente recobertas. Considerando os pacientes, 16 dos 22 (isto é, 73%) apresentaram completo recobrimento de todas as retrações tratadas em 1 ano. Além disso, houve um aumento de tecido gengival queratinizado (0,6 mm) em 1 ano pós-cirurgia para todas áreas tratadas. Os autores concluíram que a técnica cirúrgica proposta foi efetiva para tratamento de retrações múltiplas em áreas estéticas.

Mais tarde, em 2006, Carvalho et al.⁹ trataram 29 retrações múltiplas classe I e II de Miller¹⁰ em 10 pacientes, utilizando uma modificação do tratamento proposto por Zucchelli e Sanctis⁸ que consistia na associação do enxerto subepitelial. Os resultados deste estudo do tipo série de casos demonstraram ganho de inserção (média de 1,97 mm), diminuição da retração (média de 2,03 mm) e aumento de tecido queratinizado (média de 1,31 mm) nas áreas tratadas. Um completo recobrimento foi alcançado em 27 das 29 retrações e em 9 dos 10 pacientes, resultando em um completo recobrimento em 93.1% e 90%, considerando recessão e paciente, respectivamente. Assim como no estudo anterior, os autores concluíram que a técnica cirúrgica proposta foi efetiva para tratamento de retrações múltiplas e ganho de gengiva queratinizada.

O presente caso clínico corroborou os resultados destes estudos, exibindo 100% de recobrimento nos elementos 15 e 13, e apenas pequeno remanescente de exposição radicular no elemento 14, em 6 meses pós-cirurgia. Além

disso, conforme observado na figura 9, todos os dentes tratados apresentaram ganho de tecido gengival queratinizado. Vale relatar que as queixas da paciente de hipersensibilidade e comprometimento estético foram solucionadas. É também importante ressaltar que o presente caso clínico e os estudos acima citados⁸⁻⁹ realizaram tratamento de retrações do tipo classe I de Miller¹⁰, que apresentam comprovadamente um bom prognóstico para recobrimento. Assim, não é possível extrapolar essas altas taxas de sucesso em retrações do tipo classe I de Miller¹⁰ para outros tipos retrações.

CONCLUSÃO

Em conclusão, esse relato de caso demonstrou que a técnica descrita por Zucchelli e Sanctis⁸, modificada por Carvalho et al.⁹, foi capaz de promover um recobrimento radicular bem sucedido em retrações gengivais múltiplas classe I de Miller¹⁰. As queixas da paciente de hipersensibilidade dentinária e comprometimento estético foram resolvidas, em um período de acompanhamento de 6 meses.

REFERÊNCIAS

1. Müller HP, Eger T, Schorb A. Gingival dimensions after root coverage with free connective tissue grafts. *J Clin Periodontol*. 1998 May; 25(5):424-30.
2. Seichter U. Root surface caries: a critical literature review. *J Am Dent Assoc*. 1987 Aug; 115(2):305-10.
3. Yared KFG, Zenobio EG, Pacheco W. A etiologia multifatorial da recessão periodontal; *Dental Press Ortodon Ortop*

Facial Maringá. 2006; Nov/Dez:11(6):45-51.

4. Lafzi A, Abolfazli N, Eskandari A. Assessment of the etiologic factors of gingival recession in a group of patients in northwest iran. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*. 2009; 3(3):90-3.
5. Lindhe J. Tratado de periodontologia clínica. 2ª ed. Gotemburgo: Guanabara Koogan; 1989.
6. Alves CC. Enxertos pediculados para recobrimento radicular. *Edição Portuguesa Dentistry Clínica*. 2011; 39(1):16-17.
7. Delibedaror TM, Lopes RT, Ton B, Tankara K.MS, Hirose H.H. Uso do enxerto de tecido conjuntivo para recobrimento radicular: indicações e técnicas cirúrgicas; Universidade Positivo, Programa de Mestrado em Odontologia Clínica.
8. Zucchelli G, De Sanctis M. Treatment of multiple recession-type defects in patients with esthetic demands. *J Periodontol*. 2000 Sep; 71(9):1506-14.
9. Carvalho PF, da Silva RC, Cury PR, Joly JC. Modified coronally advanced flap associated with a subepithelial connective tissue graft for the treatment of adjacent multiple gingival recessions. *J Periodontol*. 2006 Nov;77(11):1901-06.
10. Miller PD. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1985;5(2):8-13.