



FACULDADE EDUFOR
CURSO DE ODONTOLOGIA

LISANDRA KARLA ARAÚJO FERREIRA

**CLASSIFICAÇÃO E TÉCNICAS CIRÚRGICAS PARA TRATAMENTO DE
RECESSÃO GENGIVAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

SÃO LUÍS

2022

LISANDRA KARLA ARAUJO FERREIRA

**CLASSIFICAÇÃO E TÉCNICAS CIRÚRGICAS PARA TRATAMENTO DE
RECESSÃO GENGIVAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentado ao Curso de Odontologia da Faculdade Edufor, Unidade São Luís -MA, como pré-requisito para colação de grau de Cirurgião-dentista.

Orientador (a): Prof. mestre Renata Carvalho Campelo

São Luís

2022

F383t Ferreira, Lisandra Karla Araújo

Classificação e técnicas cirúrgicas para tratamento de recessão gengival: uma revisão de literatura/ Lisandra Karla Araújo Ferreira— São Luís : Faculdade Edufor, 2022.

38 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (ODONTOLOGIA) — Faculdade Edufor - São Luís, 2022.

Orientador(a) : Renata Carvalho Campelo

1. Recessão gengival. 2. Recobrimento radicular. 3. Cirurgia gengival. I. Título.

FACULDADE EDUFOR SÃO LUÍS

CDU 616.311.2-089

Ferreira. LISANDRA. **Técnicas cirúrgicas para tratamento de recessão gengival**: uma revisão bibliográfica. Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao Curso de Odontologia da Faculdade Edufor como pré-requisito para o grau de Cirurgião-dentista.

Trabalho de conclusão de curso apresentado em: 06/ 07 / 2022

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Renata Carvalho Campelo (ORIENTADORA)

Prof. Ms. Alice Carvalho Silva (1º MEMBRO)

Prof. Ms. Chrys Morett Carvalho de Freitas (2º MEMBRO)

Dedico este trabalho à minha querida avó Virgilina Pinheiro de Araújo (in memoriam), cujo empenho em me educar sempre veio em primeiro lugar. Aqui estão os resultados dos seus esforços.

AGRADECIMENTO

Primeiramente agradeço à Deus, pois sem Ele nada seria possível. Obrigada, meu Deus, por todas as bênçãos, toda proteção e por iluminar meu caminho.

Imensamente grata à minha avó Virgilina Pinheiro de Araújo e ao meu avô Osvaldo Simião de Araújo, sem vocês eu nada seria. Minha gratidão e amor serão eternos.

Ao meu namorado Armando que sempre se fez presente durante a minha vida acadêmica. Me dando apoio, suporte, conselhos, amor e inspiração.

A toda minha família e amigos, por comemorar e sentirem-se realizados com as minhas conquistas.

Agradeço aos meus mestres e professores por terem partilhado de seu conhecimento e experiências comigo, me preparando para ser uma profissional de excelência.

Agradeço em especial a minha orientadora Renata Campelo pelo trabalho, paciência e incentivo.

Aos meus amigos de classe por terem tornado tudo mais leve. Agradeço em especial a minha dupla Hellane Castro pela parceria e paciência.

Essa gratidão abrange todos que, cientes ou não da sua ação, foram essenciais para a realização desta conquista. E, no final desta trajetória, os exemplos recebidos refletirão diretamente na profissional que serei.

Muito obrigada!

“Viva como se fosse morrer amanhã, mas aprenda como se fosse viver pra sempre.”

(Mahatma Ghandi)

RESUMO

Existem várias técnicas cirúrgicas para o tratamento de recessão gengival que são aplicadas, a escolha de uma determinada técnica deve levar em consideração não apenas a eficiência do procedimento, mas no conforto e satisfação do paciente com o resultado final. O presente trabalho consiste em uma Revisão de literatura e possui como objetivo compreender as classificações da recessão gengival, as técnicas cirúrgicas utilizadas no tratamento do recobrimento radicular, possibilitando assim conhecimentos que contribuam para a obtenção de um resultado seguro e eficaz. A metodologia utilizada compreendeu o levantamento do banco de dados do Scielo, Google acadêmico, Pubmed (Biblioteca Nacional de medicina dos EUA), utilizando artigos de referência dos anos 2012 a 2022. Nesse contexto, a literatura evidencia a importância do conhecimento do cirurgião-dentista acerca desta temática.

Palavra chave: Recessão gengival. Recobrimento radicular. Cirurgia gengival.

ABSTRACT

There are several surgical techniques for the treatment of gingival recession that are applied, the choice of a particular technique should take into account not only the efficiency of the procedure, but in the comfort and patient satisfaction with the final result. The present work consists of a Literature Review and aims to understand the classifications of gingival recession, the surgical techniques used in the treatment of root recession, thus enabling knowledge that contributes to the achievement of a safe and effective result. The methodology used comprised the survey of the Scielo database, Google academic, Pubmed (US National Library of Medicine), using reference articles from the years 2012 to 2022. In this context, the literature highlights the importance of the dental surgeon's knowledge about this topic.

Keywords: Gingival recession. Root coverage. Gingival surgery.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Fatores etiológicos responsáveis pelo aparecimento de recessões gengivais.....	16
Figura 2- Classificação de Miller.....	18
Figura 3- Classificação de Cairo.....	20
Figura 4- Técnica de retalho da papila dupla.....	21
Figura 5- Etapas do retalho posicionado coronalmente	22
Figura 6- Retalho coronário de posição semilunar para o tratamento dos defeitos de recessão gengival de Miller.....	23
Figura 7- Enxerto gengival livre	24
Figura 8. Enxerto do tecido conjuntivo epitelial.....	25
Figura 9-Técnica do alçapão.....	25
Figura 10- Recobrimento radicular com a técnica do envelope.....	27
QUADRO	
Quadro 1- Classificação de Miller.....	18

LISTA DE SIGLAS

RG- Recessão Gengival.....	15
JCE- Junção cimento esmalte.....	19
RT (1,2,3,4) - Recessão tipo 1, 2, 3, 4.....	19
NICI- Nível de inserção clínica interdental.....	20
RR- Recobrimento radicular.....	20
RRC- Retração rápida de caninos.....	21

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 A RECESSÃO GENGIVAL.....	15
2.2 CLASSIFICAÇÃO DA RECESSÃO GENGIVAL.....	17
2.3 TÉCNICAS CIRÚRGICAS PARA RECESSÃO GENGIVAL.....	20
2.3.1. Retalho da papila dupla.....	20
2.3.2 Retalho reposicionado coronalmente.....	21
2.3.3 Reposicionamento coronário do retalho semilunar.....	22
2.3.4 Enxerto gengival livre	23
2.3.5. Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial.....	24
2.3.6 Técnica do alçapão.....	25
2.3.7 Técnica bilaminar com enxerto de tecido conjuntivo subepitelial.....	26
3. DISCUSSÃO.....	28
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
ANEXO.....	32
REFERÊNCIA.....	34

1. INTRODUÇÃO

A retração gengival ou recessão gengival é caracterizada pela exposição da raiz dentária, decorrente da perda de inserção, pois a margem gengival livre se desloca em direção apical, podendo afetar a face vestibular, lingual e palatina, ocasionando alterações patológicas, tais como a alta sensibilidade e a suscetibilidade à cárie dentária radicular (CUNHA *et al.*, 2019; FELIZARDO *et al.*, 2020).

Quanto a etiologia da recessão gengival, esta é considerada como uma condição multifatorial, por ser ocasionada por diversos fatores, abrangendo grande parte da população, tanto em países desenvolvidos, quanto subdesenvolvidos, podendo afetar qualquer faixa etária (AFONSO & GUIMARÃES, 2016). A sua gravidade varia conforme o efeito cumulativo referente ao tempo de exposição do paciente aos fatores etiológicos, podendo ser anatômico, funcional, fisiológico e inflamatório (OLIVEIRA& DIAS, 2019).

A recessão gengival é caracterizada conforme a perda de inserção nas faces livres e possui diversas classificações e o quadro clínico varia conforme cada situação. A maioria dos sistemas de classificação não fornece todas as informações importantes relacionadas ao declínio dos tecidos marginais, daí surge a importância do cirurgião- dentista realizar o diagnóstico, prognóstico, planejamento do tratamento, dentro dos conceitos definidos para servir como referência e determinar resultados de forma significativa (MIRANDA *et al.*, 2017; FALABELLA *et al.*, 2018).

O recobrimento radicular se baseia pela altura do tecido ósseo adjacente ao tecido periodontal, devido a isso, existe a importância de uma avaliação clínica e radiográfica para que haja a correlação adequada da posição da crista óssea

alveolar, com a previsibilidade da cobertura radicular (VALÉRIO & SOUSA & FEITOSA, 2013; RIBEIRO *et al.*, 2015).

No decorrer dos anos, as técnicas para tratamento da recessão gengival, foram sendo aprimoradas, tendo em vista que, com o avanço da tecnologia, foi possível utilizar técnicas cirúrgicas que manipulam tecidos moles e tecidos duros, através de retalhos ou enxertos, possibilitando o alargamento da gengiva e a cobertura radicular (FERREIRA *et al.*, 2013; ALMEIDA *et al.*, 2018).

A metodologia utilizada para estudo de revisão literária compreendeu o levantamento de artigos disponibilizados na base de dados do: Pubmed, Scielo e Google Acadêmico. A cronologia da matéria de estudos foi dos anos 2012 a 2022, sendo incluídos artigos de referência que abordassem aspectos relevantes sobre o proposto tema.

Portanto, a presente revisão de literatura possui o objetivo de apresentar as classificações da recessão gengival e das técnicas cirúrgicas utilizadas como forma de tratamento, enfatizando a importância da obtenção de um resultado seguro e eficaz.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A RECESSÃO GENGIVAL

A recessão gengival (RG) pode ser considerada como um deslocamento apical da margem da gengiva em relação à junção cimento esmalte, caracterizando-se pela exposição da superfície radicular ao meio bucal. Essa exposição pode desencadear diversas consequências, tais como a hipersensibilidade dentária e o risco de ocorrência da cárie radicular (KINA *et al.*, 2015; HEASMAN *et al.*, 2017).

A etiologia da recessão gengival, apesar de não ser totalmente compreendida, consiste em um conjunto de condições que contribuem para essa situação clínica, dentre elas estão os fatores predisponentes, que envolvem estruturas anatômicas locais que propiciam as retrações gengivais e os fatores precipitantes (ANDRADE *et al.*, 2016; GUIMARÃES *et al.*, 2016).

Estão agrupados na Figura 1, os fatores etiológicos responsáveis pela etiologia da RG e suas devidas causas, que são: os fatores anatômicos, fatores funcionais, fatores fisiológicos e fatores inflamatórios (KURALT, 2021).

Figura 1. Fatores etiológicos responsáveis pelo aparecimento de recessões gengivais

Fatores Anatômicos	Relacionados com o Osso	<ul style="list-style-type: none"> - Fenestrações e deiscências ósseas - Tipo de osso alveolar - Estrutura anatômica da sínfise mandibular - Densidade óssea - Tamanho e forma do osso alveolar
	Relacionados com a Mucosa	<ul style="list-style-type: none"> - Espessura da gengiva queratinizada - Anatomia e posição do freio labial, freio lingual e freio do músculo bucinador
	Relacionados com os Dentes	<ul style="list-style-type: none"> - Tamanho e forma dentários - Topografia dentária anormal - Posição dentária anormal na arcada - Erupção ectópica
	Relacionados com os Músculos	<ul style="list-style-type: none"> - Força e comprimento das inserções musculares, especialmente do músculo mentoniano
Fatores Funcionais	Endógenos	<ul style="list-style-type: none"> - Discinesia oro-muscular - Parafunções oclusais e não relacionadas com a oclusão - Desordens posturais
	Exógenos - traumáticos	<ul style="list-style-type: none"> - Escovagem dentária (trauma mecânico) - Desordens na oclusão cêntrica e excêntrica (trauma mecânico) - <i>Piercings</i> (trauma mecânico) - Hábitos tabágicos (químico)
Fatores Fisiológicos	- Tratamento ortodôntico	
Fatores Inflamatórios	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene oral precária - Periodontite 	

Fonte: Lindhe e Lang, 2015(adaptado)

As características clínicas da recessão gengival variam muito. No início se torna bem difícil de ser observada, mas a medida que a condição clínica vai agravando, ocorre a formação de uma fenda gengival que aos poucos vai se alargando até o limite mucogengival, podendo ocorrer sangramento e inflamação na margem da gengival (NASSER & SOUZA, 2012).

O grau de severidade e extensão varia conforme a idade, tendo em vista que quanto mais tempo houver de exposição aos fatores etiológicos, mais extenso se torna, pois, as características ocorrem de maneira cumulativa (REPEKE *et al.*, 2012). Na maioria dos casos, conforme levantamento de estudos sobre esta

temática, a recessão gengival, ocorre na face vestibular dos dentes. Um dos fatores que explicam tal situação é a escovação traumática, contudo, a falta de hábito de higiene bucal contribui para a recessão na região da face lingual e interproximal (JATI & FURQUIM & CONSOLARE, 2017).

O plano de tratamento varia conforme cada caso, anatomia local, extensão e altura dos tecidos afetados. A eliminação dos fatores etiológicos é fundamental no tratamento, incluindo o ajuste oclusal, além das técnicas cirúrgicas da recessão gengival (PINHEIRO *et al.*, 2021). Estas técnicas possuem o objetivo de criar ou aumentar a faixa da gengiva inserida, permitindo a eficácia do tratamento funcional e estético, possibilitando um resultado satisfatório ao paciente (DE CARVALHO, 2018).

2.2 CLASSIFICAÇÃO DA RECESSÃO GENGIVAL

A classificação da recessão gengival varia conforme a largura e comprimento do tecido marginal em relação ao limite mucogengival, gengiva inserida, perda dos tecidos das papilas (CUNHA, 2014). A extensão e a localização exata da perda do tecido gengival, não são levadas em consideração, logo, o posicionamento dental contribui também para definição dos tipos de classificações (KUMAR & MASAMATTI, 2013)

Na odontologia, uma das classificações mais utilizadas é a de Miller, que categoriza as recessões em quatro classes e o seu diagnóstico permite avaliar as possibilidades e os tipos de tratamento necessários para cada situação (SAUTCHUK & AZEVEDO, 2017). Essa classificação permite o diagnóstico das sequelas das doenças periodontais do passado. Elas variam da classe I a IV e são descritas conforme o Quadro 1, abaixo (NETO *et al.*, 2022).

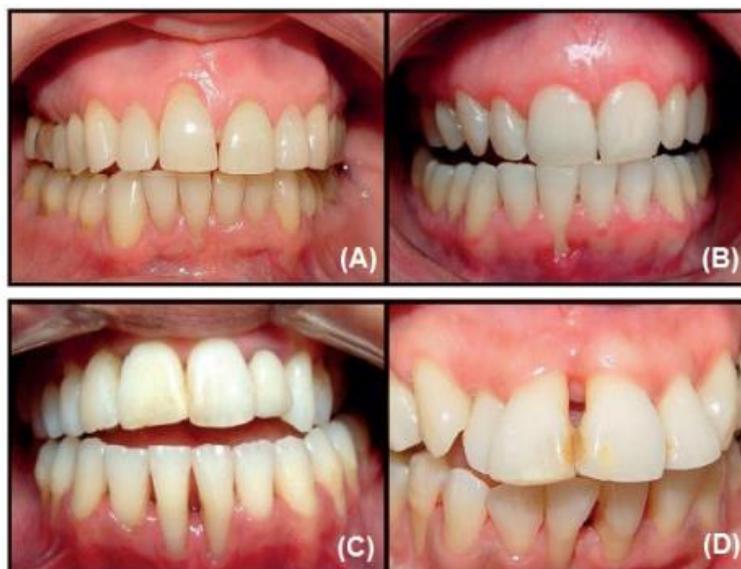
Quadro 1. Classificação de Miller

Classificação	Condição
Classe I	A recessão não atinge a linha mucogengival e não apresenta perda de tecido interdentário.
Classe II	A recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival, sem perda de tecido interdentário.
Classe III	Há perda de tecido ósseo interdentário, e o tecido gengival proximal está apical à junção cimento-esmalte e coronário à recessão.
Classe IV	Há a perda de tecido interdentário, e o tecido gengival proximal está ao nível da base da recessão.

Fonte: Lima, 2018

A caracterização da Classificação de Miller (Figura 2) pode ser comparada com a recessão em relação a linha mucogengival (SAUTCHUK & AZEVEDO, 2017).

Figura 2. Classificação de Miller



Classificação de Miller: (A) Classe I; (B) Classe II; (C) Classe III; e (D) Classe IV

Fonte: Sousa et al (2016).

A Academia Americana de Periodontia trata de novas classificações (classificação de Cairo) que abrange todas as doenças e condições periodontais,

substituindo as já existentes (Figura 3). Segundo Steffens & Marcontonio (2018), as recessões devem ser classificadas da seguinte forma:

(...) Recessão Tipo 1 (RT1): sem perda de inserção interproximal. Junção cimento- esmalte (JCE) interproximal não detectável clinicamente na mesial ou na distal. Recessão Tipo 2 (RT2): perda de inserção interproximal, com distância da JCE ao fundo de sulco/bolsa menor ou igual à perda de inserção vestibular (medida da JCE ao fundo de sulco/bolsa na vestibular). Recessão Tipo 3 (RT3): perda de inserção interproximal, com distância da JCE ao fundo de sulco/bolsa maior que a perda de inserção vestibular (medida da JCE ao fundo de sulco/bolsa na vestibular).

Figura 3. Classificação de Cairo



Legenda: (1) Classificação RT1, (2) Classificação RT2, (3) Classificação RT3

Fonte: Lopes et al (2021).

Esta classificação apresenta-se como uma forma mais clara e objetiva de diagnóstico em relação as nomenclaturas já existentes. A RT1, são equivalentes com a classe I e II de Miller, possui previsibilidade de recobrimento de 100% (BARBOSA & TUNES, 2018). A RT2 equivale a classe III de Miller, sua previsibilidade de recobrimento é de 100% até o nível de inserção clínico interdental (NICI). A RT3 equivale à classe IV de Miller, na qual existe perda de inserção interproximal sem o recobrimento total (BARBOSA & TUNES, 2018).

2.3 TÉCNICAS CIRÚRGICAS PARA RECESSÃO GENGIVAL

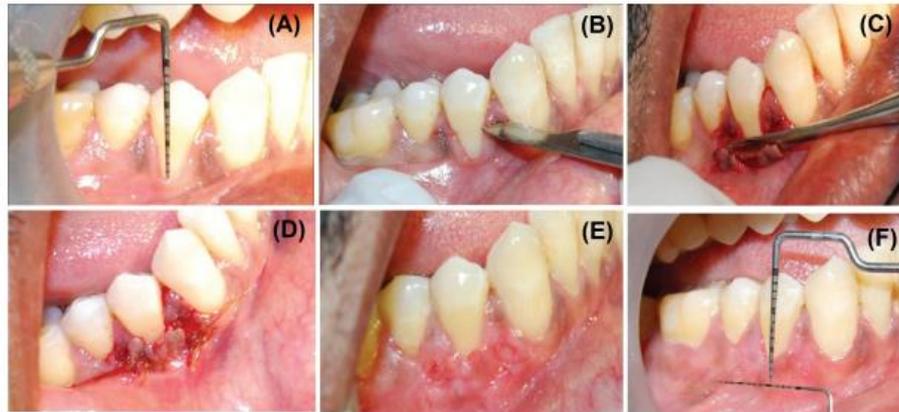
O tratamento da recessão gengival consiste em algumas técnicas que utilizam retalhos simples ou combinação com enxertos. Uma das técnicas mais utilizadas são os retalhos de tecido mole pediculados, que favorecem o reposicionamento coronal, aumentando o recobrimento radicular (RR), sendo necessário associar a proteína de matriz do esmalte ao retalho e na maioria das vezes, enxerto de tecido mole (KINA *et al.*, 2015; ALVES *et al.*, 2016).

2.3.1 Retalho da papila dupla

Esta técnica é utilizada nos casos em que os tecidos adjacentes ou apicais são inadequados para realização de enxerto, assim o retalho da papila dupla é uma forma de tratar esses defeitos. Uma das principais vantagens do retalho da papila dupla é que um local doador adicional não se torna necessário para a obtenção da cobertura parcial da raiz com o aumento da gengiva inserida (CALDATO *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2020).

O retalho da papila dupla utiliza as papilas interdentais que são adjacentes à recessão gengival, como demonstrada na imagem, para o cobrimento desta recessão com uma tensão menor ao retalho pediculado (Figura 4) (MENEGHEL *et al.*, 2021).

Figura 4. Técnica de retalho de papila dupla



Legenda: (A) recessão gengival de 4 mm; (B) incisões horizontais; (C) retalho de espessura parcial elevado; (D) reposicionamento do retalho e suturas feitas; (E) uma semana de pós-operatório com cobertura da recessão; (F) fotografia pós-operatória de seis meses com gengiva queratinizada de 3 mm medida da junção mucogengival à gengiva marginal.

Fonte: Kumar et al (2012).

2.3.2 Retalho reposicionado coronalmente

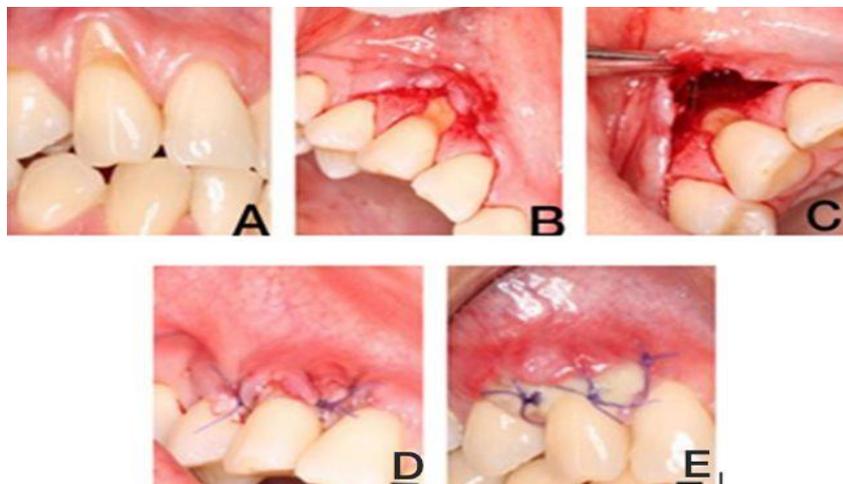
O RRC (retalho reposicionado coronalmente) pode ser utilizado em diversas técnicas, sendo um dos mais escolhidos para casos de defeitos gengivais. Define-se como deslocamento de forma vertical do tecido gengival na direção coronal para promover a cobertura da recessão. É considerado pela literatura como um dos procedimentos mais simples de ser realizado, devido ao fato de não implicar na remoção de um enxerto tecidual de uma área doadora, sendo, portanto, favorável para o paciente e para o cirurgião-dentista (ZACCARA *et al.*, 2013; MELO & SOARES & FALABELA, 2015).

Quanto a descrição desta técnica cirúrgica, inicia-se com a incisão intra-sulcular e horizontal nos dois lados da junção amelocementária, que se estende no sentido lateral, sem que ocorra lesão nos tecidos adjacentes, resultando na preservação das papilas (ALVES *et al.*, 2012; RIBAS *et al.*, 2016). Para que haja o delineamento do retalho trapezoidal da base pediculada é efetuada duas

incisões verticais, podendo ser oblíquas, estendendo-se além da linha mucogengival (MIRANDA *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2020).

O retalho em espessura parcial é realizado até a margem apical da recessão em direção apical, sendo em seguida posicionado coronalmente sem tensão. Após a realização destas etapas, ocorre a remoção do epitélio nas zonas remanescentes das papilas, sendo realizada a sutura do RRC (Figura 5) (CORREA *et al.*, 2013; SANTOS & QUEIROZ, 2017).

Figura 5. Etapas do retalho posicionado coronalmente



Legenda: A- Aspecto clínico inicial B- Incisões ao redor da recessão com preservação das papilas, C- Retalho de espessura parcial (retalho dividido), D- Sutura do retalho reposicionado coronalmente, E- Pós-operatório de uma semana

Fonte: Cunha et al (2014), adaptado pelo autor

2.3.3 Reposicionamento coronário do retalho semilunar

Nesta técnica é realizada uma incisão semilunar que acompanha a curvatura da margem gengival, de uma forma que o retalho possa recobrir a recessão, nos casos em que não exista tecido queratinizado suficiente, a incisão pode ser feita até a mucosa alveolar, sendo prolongada até próximo das papilas adjacentes (FRANÇA *et al.*, 2019).

É realizada uma incisão intrasulcular, ocorrendo uma conexão entre o retalho semilunar com o sulco gengival. O reposicionamento coronal vai até a junção amelocementária, finalizando pela pressão digital sobre o retalho. Esta técnica além de não causar distúrbio nas papilas adjacentes, não ocasiona tensão nos retalhos e não necessita de sutura, contudo existem casos que necessitam de sutura, isso depende de cada caso clínico a ser avaliado (Figura 6) (CASSOLA *et al.*, 2015; FLORES *et al.*, 2018).

Figura 6. Retalho coronário de posição semilunar para o tratamento dos defeitos de recessão gengival de Miller



Legenda: Classe I: (A) visão pré-operatória da recessão no canino maxilar direito; (B) seis meses de pós-operatório; e (C) 30 meses de pós-operatório.

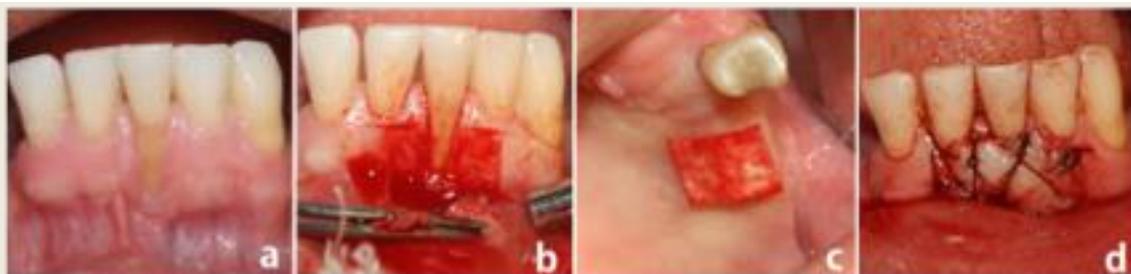
Fonte: BITTENCOURT *et al.*(2009)

2.3.4 Enxerto gengival livre

Esta técnica é utilizada na cobertura radicular quando há necessidade do aumento do tecido queratinizado. Serve como terapia previsível no aumento da largura e espessura do tecido queratinizado marginal, melhorando a região do defeito gengival (MORAES *et al.*, 2016). A área doadora é o palato, rebordo edêntulo e outras regiões revestidas por gengiva inserida (PRADO *et al.*, 2014).

A fibrina rica em plaquetas é uma excelente opção para reduzir a dor, após o enxerto gengival livre, acelerando o processo de cicatrização da ferida (Figura 7) (LIMA *et al.*, 2015).

Figura 7. Enxerto gengival livre



Em a, observa-se o aspecto inicial da recessão gengival; em b, divisão do retalho e remoção do tecido epitelial dissecado; em c, confecção do molde de dimensões do sítio receptor e escolha da área doadora, em d, fixação do enxerto com suturas nas laterais do enxerto e com suturas suspensórias em torno do colo do dente e fixadas no tecido conjuntivo no fundo do vestibulo.

Fonte: Bezerra et al (2016).

2.3.5 Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial

A técnica de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial abrange a associação do tratamento de recessões isoladas e múltiplas, se caracteriza pela conservação da gengiva (XAVIER & ALVES, 2015). Na área receptora, a técnica inicia-se a partir de uma incisão na margem coronária da área receptora, elevando um retalho de espessura parcial, que vai até a junção mucogengival na área da recessão gengival, cabe ressaltar que, existe a preservação das papilas interproximais (QUEIROZ & CAMILO & SILVA, 2019).

Na área doadora é realizada incisões horizontais e verticais que permite a remoção do enxerto contendo epitélio conjuntivo. Posteriormente é realizada a desepitelização, restando apenas o tecido conjuntivo. O retalho é posicionado coronalmente sobre a raiz exposta, cobrindo o enxerto e por fim, suturado (Figura 8) (PINTO *et al.*, 2014; SALOMÃO & FONSECA, 2016; COSTA *et al.*, 2020).

Figura 8. Enxerto de tecido conjuntivo epitelial



A- Preparo do leito receptor B- retalho de espessura parcial com incisões intrassulculares e relaxantes C- posicionamento D- estabilização do enxerto no leito receptor com fio de sutura reabsorvível E- posterior deslocamento coronal do retalho

Fonte: Landim et al (2009), adaptado por Ferreira(2019)

2.3.6 Técnica do alçapão

Esta técnica consiste em realizar três incisões nos três lados de um retângulo, conservando a parte mais pedicular que serve como irrigação. Obtém-se um retalho com uma base móvel que possibilita o acesso cirúrgico para a obtenção do tecido conjuntivo, sendo possível a preservação das zonas anatômicas (PAIVA *et al.*, 2013).

O enxerto é obtido da região palatina (Figura 9), devido a espessura, a área doadora é retirada da região dos pré-molares e molares (SILVA & PONCETTI, 2017).

Figura 9. Técnica do alçapão



Fonte: Lima, 2018

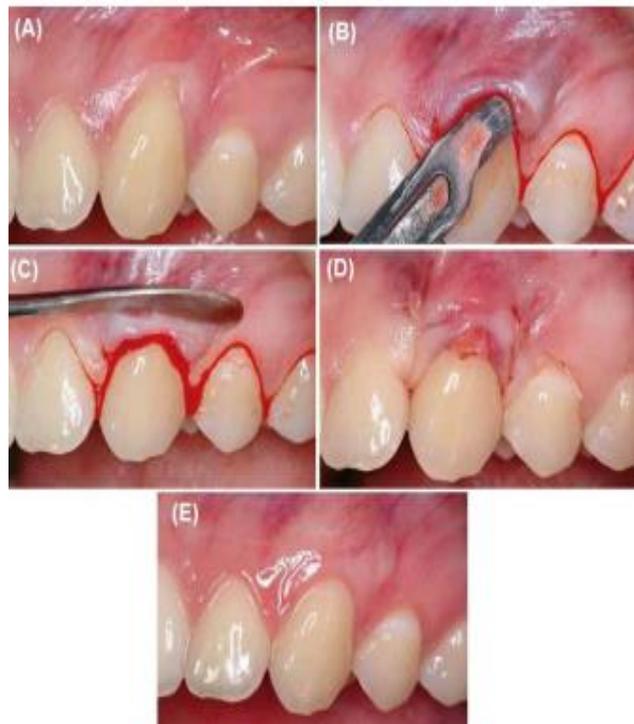
2.3.7 Técnica bilaminar com enxerto de tecido conjuntivo subepitelial

A técnica bilaminar com enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, também conhecida como técnica do envelope possui uma vantagem em relação aos enxertos dos tecidos conjuntivos. O procedimento não envolve incisões relaxantes verticais, o que favorece em uma cicatrização mais rápida, não afetando a estética gengival (VIEIRA *et al.*, 2020).

A região doadora pode ser obtida de regiões da cavidade oral, que inclui o palato, coxim retromolar e regiões edêntulas na região a qual estão os molares e pré-molares, ou seja, que tenha uma gengiva ceratinizada suficiente para remoção do tecido conjuntivo subjacente (LEITE *et al.*, 2020).

As incisões cirúrgicas são realizadas de forma sulcular, preservando as papilas. O retalho é dividido até a extensão que comporte internamente o enxerto de tecido conjuntivo, o enxerto é estabilizado através de suturas, ficando submergido com o tecido gengival e radicular à área receptora, proporcionando nutrição sanguínea (Figura 10) (MEZA *et al.*, 2021).

Figura 10. Recobrimento radicular com a técnica do envelope



(A) aspecto clínico inicial, com recessão gengival rasa; (B) preparo do envelope intrassulcular com retalho dividido; (C) movimentação do retalho até a altura da JCE; (D) estabilização do enxerto e do retalho; (E) Aparência após um ano com completo recobrimento radicular

Fonte: JOLY & CARVALHO & SILVA, 2009

3. DISCUSSÃO

Diante esta revisão de literatura, foi possível compreender os fatores que ocasionam a RG, assim como a etiologia e as consequências da perda da inserção da margem gengival. Uma das sequelas recorrentes desse quadro periodontal é a hipersensibilidade dentária, cáries radiculares, lesões não cariosas e aumento do acúmulo de placa bacteriana. Kina et al (2015) e Nasser & Souza (2012), afirmam que as características das RG podem ser variadas, muitas das vezes, torna-se um caso de difícil diagnóstico, pois o grau de severidade pode variar conforme a idade do paciente e o tempo de exposição aos fatores etiológicos (REPEKE *et al.*, 2012).

A necessidade do tratamento pelos pacientes acometidos pela RG são um dos motivos que estimulam a busca pelo conhecimento do cirurgião-dentista acerca desta temática, a literatura se mostra unânime quanto a isso, inclusive demonstrando tratamentos mais prevalentes e a sua aplicabilidade de acordo com cada caso clínico (CARVALHO, 2018).

Segundo os estudos realizados, a classificação da RG mais conhecida e utilizada na atualidade é a de Miller (SAUTCHUK & AZEVEDO, 2017), porém existe a nova nomenclatura que aos poucos está sendo conhecida pelos cirurgiões-dentistas, a qual foi estabelecida pela Academia Americana de Periodontia. Segundo Barbosa & Tunes (2018) esta é mais clara e objetiva em relação a de Miller. Assim, o grau de compreensão sobre essas classificações possibilitam um planejamento da técnica cirúrgica de forma mais adequada e eficaz (ANDRADE *et al.*, 2016).

Melo & Soares & Falabela (2015) relatam que um dos fatores que devem ser levados em consideração é a profundidade da recessão, o biótipo gengival e a disponibilidade de tecido doador adequado. Esses critérios são determinantes para a seleção do tipo de técnica que deve ser utilizada, conforme os estudos de Zacara et al (2013) esses aspectos favorecem o planejamento estabelecido pelo cirurgião-dentista.

A maioria das técnicas cirúrgicas necessitam de uma área doadora, no entanto a técnica do retalho da papila dupla permite ser realizada sem a necessidade de um doador adicional, pois utiliza as papilas interdentárias adjacentes à RG. Quanto às técnicas que utilizam enxerto, segundo o autor Vieira et al (2020) a técnica bilaminar com enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (técnica do envelope). Possui uma vantagem em relação aos enxertos dos tecidos conjuntivos, pois não precisa de incisão relaxante vertical, permitindo a cicatrização de forma mais rápida que as demais citadas (MEZA et al., 2021).

Cassola et al (2015) citam em seus estudos sobre a técnica de reposicionamento coronário do retalho semilunar, abordando que não causa distúrbio nas papilas adjacentes e não ocasionam tensão nos retalhos, sem a necessidade de sutura, enquanto que nos estudos de Flores et al (2018) pode existir a necessidade de sutura, podendo variar conforme cada caso.

Paiva et al (2013) relatam que a técnica do alçapão preserva as zonas anatômicas, da mesma forma que a técnica de enxerto gengival livre, cuja manipulação consiste como terapia previsível, acelerando o processo de cicatrização da ferida pós cirúrgica (MORAES *et al.*, 2016).

Neste sentido, as técnicas abordadas e descritas neste trabalho, merecem ser consideradas eficazes, pois alcançam resultados satisfatórios do ponto de vista clínico (PINHEIRO *et al.*, 2021).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no estudo realizado, conclui-se que:

- A recessão gengival é multifatorial e abrange grande parte da população, podendo estar associada a inúmeros fatores predisponentes que envolvem a estrutura anatômica;
- O conhecimento das classificações da recessão gengival possibilita diagnóstico, planejamento e prognóstico mais favoráveis, pois permite a escolha da técnica cirúrgica mais indicada para cada caso;
- A técnica de retalho da papila dupla pode ser realizada sem a necessidade de área doadora, assim como a técnica cirúrgica de retalho posicionado coronalmente, não implicando na remoção de um enxerto tecidual, sendo, portanto, favorável para o paciente e para o cirurgião-dentista;
- A técnica bilaminar com enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, possui uma vantagem em relação aos enxertos dos tecidos conjuntivos, pois não necessita de incisão relaxante vertical, favorecendo uma cicatrização melhor, em relação às demais técnicas;
- O cirurgião- dentista deve se preocupar não somente no restabelecimento da função, mas da estética de forma agradável aos seus pacientes, proporcionando um resultado satisfatório e eficaz.

ANEXO

 FACULDADE EDUFOR Construindo o seu futuro	FACULDADE EDUFOR CURSO DE ODONTOLOGIA
---	--

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE CURSO, TESES, DISSERTAÇÕES E OUTROS TRABALHOS ACADÊMICOS NA FORMA ELETRÔNICA NO REPOSITÓRIO

Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação, autorizo a Faculdade Edufor a disponibilizar por meio de seu repositório institucional sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o texto integral da obra abaixo citada, conforme permissões assinaladas, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico:

() Tese () Dissertação () Trabalho de Conclusão de Curso () Outros (especifique) _____

2. Identificação dos Autores e da Obra:
 Autor: Lisandra Karla Araújo Senise
 RG.: 04273264228 CPF: 611.753.713-19 E-mail: lisandrakarla@
 Orientador: Renata Carvalho Campelo CPF: 659.390.773-15
 Membros da banca: Christina Naiti Caspiche de Freitas
Alice Carvalho Silva

Seu e-mail pode ser disponibilizado na página? () SIM () NÃO

Data de Defesa (se houver): 06/07/2022 Nº de páginas: 35

Título: Classificação e técnicas cirúrgicas para tratamento de recessão gengival.

Área de Conhecimento/Curso: Periodontia

Palavras-chave (3): Recessão revestimento técnicas cirúrgicas.

São Luís - Maranhão, 31 de maio de 2022.

Assinatura do Autor: Lisandra Karla Araújo Senise

ANEXO

 **FACULDADE EDUFOR**
Construindo o seu futuro

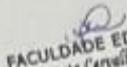
FACULDADE EDUFOR
CURSO DE ODONTOLOGIA

DECLARAÇÃO DE APTIDÃO PARA DEFESA DE TCC

Sr Coordenador do Curso de Odontologia, declaro para os devidos fins que o orientando Laisandra Karla Craujo Ferreira, matrícula nº 0209222181, no Curso de odontologia, cumpriu todas as exigências acadêmicas e Institucionais na elaboração do seu Trabalho de Conclusão de Curso intitulado Classificação e Técnicas Cingivas para Tratamento da recessão gengival: uma revisão de literatura.

e está, portanto, o (a) acadêmico (a) apto (a) à defesa do seu TCC.

São Luís - Maranhão, 31 de maio de 2022.


FACULDADE EDUFOR
Dra. Renata Cavalcão Campelo
CRD-MA-2361
Coordenadora de Odontologia

(Nome do Professor Orientador)
Assinatura do Professor Orientador

REFERÊNCIAS

- AFONSO, Patrícia Henriques; GUIMARÃES, Gustav. **Avaliação dos níveis de recessão gengival presente em estudantes de odontologia da faculdade São Lucas-Porto Velho-ro.** Revista Saber Científico, Porto Velho, v. 2, p. 1-11, jan- jun, 2016.
- ALVES, Luciana Bastos et al. **Enxerto gengival livre e retalho posicionado coronariamente para recobrimento radicular.** Perionews, São Paulo, p. 409-415, jul,2012.
- ALVES, Renato de Vasconcelos et al. **Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial como solução para retração gengival isolada.** ImplantNewsPerio,Pernambuco, p. 1395-1400, out- nov 2016.
- ALMEIDA, G. H. S. S. et al. **Reposicionamento labial para correção de sorriso gengival: relato de caso clínico.** ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION, v. 7, fev, 2018.
- ANDRADE, L.P., et al. **Tratamento de dentes com recessão gengival e abrasão cervical.** Revista Bahiana de Odontologia,Bahia, v.3, p. 86-99, dez, 2012.
- BARBOSA, Monica Dourado da Silva; TUNES, Urbino Rocha. **Nova Classificação da Doença Periodontal e Peri implantares.**JournalofDentistry&Public Health (online). São Paulo, v 9, p. 184-186, jul- ag,2018
- CALDATO, KhadidjiaMohana Benício et al. **Avaliação do biotipo periodontal em áreas acometidas por recessão gengival em acadêmicos de Odontologia.** Braz J Periodontol, Paraná, v. 28, p. 19-27,jun, 2018.
- CARVALHO SILVA, Eveline Perrutde .**Fenótipo gengival, recessão gengival, sensibilidade dentinária e tratamento ortodôntico: existe correlação?**. Revista Brasileira de Odontologia, Rio de janeiro, v. 75, p. 121, jun, 2018
- CASSOLA, Camila Portela et al. **Alternativa estética de recobrimento radicular através da técnica de retalho semilunar.** Clín. int. j. braz. dent, Pelotas, p. 254-260, jul- set, 2015.
- CORREA, Aline et al. **Fatores que influenciam no sucesso da técnica do retalho posicionado coronalmente.** RevBahianaOdonto, Bahia,v. 4, p. 117-28, out, 2013.
- COSTA, Lidiane Cristina Machado et al. **Recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo e fibrina rica em plaquetas: uma revisão crítica.** Arquivos em Odontologia,Minas Gerais, v. 56, may,2020.

CUNHA, Fabiano Araújo. **Decisão quanto a escolha da técnica de recobrimento radicular: Relato de caso clínico.** Journal of Health Sciences, Porto Velho, v. 16, jan- jun, 2014.

CUNHA, E. T. et al. **CLASSIFICAÇÃO DE MILLER.** Revista de Odontologia Contemporânea, SaoPaulo, v. 3, Supl 2, p. 69, 16 dez. 2019.

FALABELLA, M. et al. **Treatment of gingival recession in 2 surgical stages: free gingival graft plus coronally positioned flap.** Gen Dent, v. 66, p. 58-61, ag, 2018.

FELIZARDO, Klissia Romero et al. **Reabilitação estética anterior associando cirurgia periodontal com laminados cerâmicos: Relato de caso.** Journal of Oral Investigations, Parana, v. 9, p. 40-51, abr, 2020.

FERREIRA, Patricia Santos et al. **FATORES QUE INFLUENCIAM NO SUCESSO DA TÉCNICA DO RETALHO POSICIONADO CORONALMENTE.** Journal of Dentistry & Public Health (inactive/archive only),Bahia, v. 4, dez, 2013.

FRANÇA, Isabela Lima Grohmann et al. **Does enamel matrix derivative application improve clinical outcomes after semilunar flap surgery? A randomized clinical trial.** Clinical Oral Investigations, Califórnia, v. 23, p. 879-887, jun, 2019.

FLORES, Nathalia da Cruz et al. **Adenoma pleomórfico em palato duro: relato de caso.** ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION, Paraíba, v. 7, may, 2018.

GUIMARÃES, Gustav et al. **ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL PARA O TRATAMENTO DA RECESSÃO GENGIVAL CLASSE II-RELATO DE CASO.** Revista Saber Científico, Porto Velho, v. 2, p. 84-94, jan- jun, 2016.

HEASMAN PA, RITCHIE M, ASUNI A, GAVILLET E, SIMONSEN JL, NYVAD B. **GINGIVAL recession and root caries in the ageing population: a critical evaluation of treatments.** J Clin Periodontol. La Granja de San Ildefonso, v.44(Suppl 18), p.178-193, mar, 2017.

JATI AS, FURQUIM LZ, CONSOLARO A. **Gingival recession: its causes and types, and the importance of orthodontic treatment.** Dental Press J Orthod. Paraná, v 21, p. 18-29, may, 2017

LEITE, Livia Ribeiro Vieira et al. **Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial por tunelização: relato de caso clínico.** RSBO, Paraná, v. 17, p. 89-95, jun, 2020.

LIMA, Vitória Hewelly Santiago et al. **Enxerto subepitelial de tecido conjuntivo e enxerto gengival livre para recobrimento radicular—relato de dois casos clínicos.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, São Paulo, v. 12, p. e2791-e2791, mar, 2020.

KINA, Jose Ricardo et al. **Tratamento de recessão gengival unitária.** ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION, Saopaulo, v. 4, jan, 2015.

KUMAR, Ashish; MASAMATTI, Sujata Surendra. **Um novo sistema de classificação para recessão gengival e palatina.** Jornal da Sociedade Indiana de Periodontologia ,USA, v. 17, pág. 175, Marc. abr,2013.

Kuralt M, Gašperšič R, Fidler A. **The precision of gingival recession measurements is increased by an automated curvature analysis method.** *BMC Oral Health.* Pag 505, out, 2021.

LIMA Almeida de, Ana Maria Freire et al. **Recessões gengivais e lesões cervicais não cariosas: relato de caso clínico.** Braz J Periodontol-Março, Bahia, v. 25, mar, 2015.

NASSER, Kátia Regina Prado; SOUZA, D. M. **Relação entre características mucogengivais e ocorrência de recessão gengival.** Braz J Periodontol, Saopaulo, v. 22, p. 72-78, dez, 2012.

MELO, Paula Cristina Chagas de; SOARES, Léo Guimarães; FALABELLA, Márcio Eduardo Vieira. **Recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo.** Perionews, Rio de Janeiro, v. 9, p. 34-41, agos, 2015.

MENEGHEL, Larissa et al. **Associações de técnicas para recobrimento radicular.** Revista Eletrônica Acervo Científico, Manaus, v. 31, p. e8111-e8111, JUL, 2021.

MEZA mauricio, Jonathan et al. **Does enamel matrix derivative application provide additional clinical benefits in the treatment of maxillary Miller class I and II gingival recession? A systematic review and meta-analysis.** Clinical oral investigations, Espanha, v. 25, p. 1613-1626, jan, 2021.

MIRANDA, Tamires Szeremeske et al. **TÉCNICA CIRURGICA PARA RECOBRIMENTO DE RECESSÕES MÚLTIPLAS: RELATO DE CASO.** Revista Saúde-UNG-Ser, São Paulo, v. 10, p. 47-54, dez, 2017.

MORAES, Thays Martins et al. **Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial para aumento de rebordo: relato de caso.** Revista Saúde & Ciência Online, v. 5, p. 91-98, 2016.

NETO, Olegário Antônio Teixeira et al. **Considerações atuais sobre classificações das recessões gengivais: revisão da literatura.** Revista Ciências e Odontologia, GOIAS, v. 6, p. 9-19, jan, 2022.

OLIVEIRA, Lucas Viana de; DIAS, Alexandra Tavares. **Possibilidades com o PRF no tratamento das recessões gengivais: uma revisão de literatura.** Braz J Periodontol-September, Rio de Janeiro, v. 29, set, 2019

PAIVA, S. et al. **Resultados clínicos da técnica cirúrgica simplificada para a colocação de implantes BAHÁ.** Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Pernambuco, v. 51, p. 179-183, set, 2013.

PINTO, Fernando Rodrigues et al. **Enxerto de tecido conjuntivo em paciente com implante dentário na região anterior-caso clínico.** Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, São Paulo, v. 68, p. 106-111, abr-jun, 2014.

PINHEIRO, Silvano Santos et al. **Cirurgia minimamente invasiva x cirurgia convencional na taxa de recobrimento radicular e previsibilidade estética: Uma revisão integrativa.** Research, Society and Development, Rio grande do norte, v. 10, p. May, e17610514314-e17610514314, 2021.

PRADO, Abraão Moratelli et al. **TÉCNICA DO CONJUNTIVO ROTACIONADO PALATINO PARA FECHAMENTO DE ALVÉOLOS PÓS EXTRAÇÃO.** Dent. pressimplantol, Santa Catarina, p. 31-38, fev, 2014.

QUEIROZ, Amanda Arruda; CAMILO, Lorraine Ferreira; SILVA, Jonathan Primo Pereira. **ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO PARA TRATAMENTO DE RECESSÕES PERIODONTAIS: UM RELATO DE CASO.** REVISTA SAÚDE MULTIDISCIPLINAR, Goias, v. 5, jun, 2019.

RIBAS, Arlete Rodrigues et al. **Enxerto gengival livre versus enxerto de tecido conjuntivo livre—relato de caso clínico.** Braz J Periodontol-December, São Paulo, v. 26, dez, 2016.

RIBEIRO, Gerson Luiz Ulema et al. **Considerações sobre recessão gengival e sua resolução através da Ortodontia e Periodontia.** Orthod. Sci. Pract, Santa Catarina, v. 8, p. 415-421, set, 2015.

REPEKE CP, CARDOSO CR, CLAUDINO M, Silveira EM, Trombone APF, Campanelli AP, et al. **Non-inflammatory destructive periodontal disease: a clinical, microbiological, immunological and genetic investigation.** J Appl Oral Sci, São Paulo, pag 113- 121, fev, 2012

SALOMÃO, Munir; JUNIOR, Paulo Odair Tessare; FONSECA, Michelle Bernardes. **Caso clínico-Regeneração óssea guiada utilizando barreira de polipropileno (BoneHeal®), associado a enxerto xenógeno (BIO-OSS®) e enxerto de tecido conjuntivo, otimizando a reabilitação com implante dental.** Rev Catarinense Impl, São Paulo, v. 18, p. 42-4, jan 2016.

SANTOS, Ana Gabriela Penedo; QUEIROZ, Ana Paula Grimião. **Vantagens do retalho posicionado coronalmente associado ao enxerto de tecido conjuntivo subepitelial e a proteína derivada da matriz de esmalte no recobrimento radicular.** Revista Pró-univerSUS, Rio de Janeiro, v. 8, jun, 2017.

SAUTCHUK JÚNIOR, Rubens; AZEVEDO, Paula Fernanda Cabral de. **Protrusão anterior como opção de tratamento para Classe II subdivisão por assimetria dentária mandibular.** OrthoSci., Orthod. sci. pract, p. 86-96, 2017.

SILVA, Enéias; PONCETTI, José Carlos. **RECONSTRUÇÃO DA PAPILA INTERDENTAL.** Uningá Journal, Parana, v. 51, jan, 2017.

STEFFENS, João Paulo; MARCANTONIO, Rosemary Adriana Chiérici. **Classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares**

2018: guia prático e pontos-chave. Revista de Odontologia da UNESP, São Paulo, v. 47, p. 189-197, ag, 2018.

VALÉRIO, Carolina Ohanna N.; SOUZA, Gleicy Fátima Medeiros de; FEITOSA, Daniela da Silva. **TRATAMENTO INTERDISCIPLINAR DE RETRAÇÃO GENGIVAL: RELATO DE CASO.** Revista de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilo-facial, Camaragibe, v. 13, p. 01-58, set, 2013.

VIEIRA, Livia Ribeiro Leite et al. **Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial por tunelização: relato de caso clínico.** RSBO: Revista Sul-Brasileira de Odontologia, v. 17, 2020.

XAVIER, Irina; ALVES, Ricardo. **Enxerto de tecido conjuntivo tunelizado—a propósito de um caso clínico.** Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, Espanha, v. 56, p. 256-261, dez, 2015.

ZACCARA, Ivana Maria et al. **Previsibilidade do recobrimento radicular de recessão gengival classe III de miller—uma revisão de literatura.** Braz J Periodontol, Rio G do Norte, v. 23,, p. 58-64, set, 2013.