

## RECOBRIMENTO RADICULAR UTILIZANDO A TÉCNICA DE ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO - CASO CLÍNICO

*CONNECTIVE TISSUE GRAFT TECHNIQUE FOR ROOT COVERAGE: CASE REPORT*

Juliana FERREIRA<sup>1</sup>  
Karin ALMEIDA<sup>1</sup>  
Julia Ribas DURSCK<sup>2</sup>

---

### RESUMO

**Introdução:** A presença de recessão gengival é bastante variável podendo ser devido a escovação traumática, trauma oclusal prematuro, dentes mal posicionados, inserção de freios e bridas entre outras causas. Dependendo de suas características, a técnica de recobrimento radicular apresenta resultados favoráveis com alto índice de sucesso. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi apresentar, um relato de caso, no qual foi realizado recobrimento radicular utilizando a técnica de enxerto do tecido conjuntivo. **Conclusão:** Diante do resultado obtido, podemos concluir que a técnica empregada é segura e previsível quando bem indicada e executada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Retração gengival, tecido conjuntivo, gengiva.

---

### ABSTRACT

**Introduction:** The presence of gingival recession is variable and might be caused to traumatic brushing, premature occlusal trauma, alterations in teeth position, bridles insertion among other causes. In order to their characteristics, the root coverage technique has favorable results with a high rate of successful. **Objective:** The purpose of this study was to present a case report of root coverage was performed using the connective tissue graft technique. **Conclusion:** According to the results, we can conclude that the technique employed is safe and predictable when well indicated and executed.

**KEYWORDS:** Gingival recession, connective tissue, gingiva.

---

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Odontologia da Faculdade Herrero – Curitiba – PR

<sup>2</sup> Mestre em Estomatologia – PUCPR

\* Email para correspondência: julianarferreira@gmail.com

## 1. INTRODUÇÃO

A retração gengival é o desnudamento da raiz com a exposição da junção amelocementária pelo posicionamento apical da margem gengival.<sup>1, 2</sup> Existem várias causas para que ocorra a retração gengival, entre elas estão, o mau posicionamento dental, deiscência óssea, doença periodontal, escovação traumática, inserção de freios e bridas, movimentação ortodôntica, coroas provisórias, próteses fixa e restaurações mau adaptadas nas margens gengivais e trauma oclusal<sup>1,3-5</sup>.

A classificação é definida pela localização da margem cervical, e como referência comparamos se está acima ou abaixo da linha muco gengival, se a perda entre as papilas e se possui perda óssea. Sendo classificado os diferentes tipos de recessão gengival em 4 categorias: **Classe I** - retração que não ultrapasse a linha junção muco gengival e sem perda de tecidos mole ou ósseo interdental com possibilidade de recobrimento de 100%, **Classe II**- retração gengival que se estende até ou além da linha da junção muco gengival, sem perda de tecido mole ou ósseo interdental com possibilidade de recobrimento de 100% ,**Classe III**- retração gengival que se estende além da junção muco gengival com perda de tecido mole e ósseo interdental com possibilidade de recobrimento parcial, **Classe IV**- retração gengival que se estende além da junção muco gengival há perda de tecidos interdental é severa não há previsibilidade de recobrimento<sup>1,2,5,6</sup>.

Em alguns casos, a cirurgia periodontal de recobrimento é indicada para proteção contra cáries na região cervical, além de diminuir a sensibilidade dentinária e devolver a harmonia gengival. Existem várias técnicas cirúrgicas para o tratamento das recessões gengivais, porém a que tem demonstrado maior eficácia é a de tecido conjuntivo<sup>7,8,10,12</sup>. O objetivo deste trabalho foi apresentar, um relato de caso, no qual foi realizado recobrimento radicular utilizando a técnica de enxerto do tecido conjuntivo.

## 2. RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 28 anos, procurou a Clínica de Odontologia da Faculdade Herrero relatando que estava insatisfeita com a posição da sua gengiva em alguns dentes e também relatou sensibilidade dentinária. No exame clínico foi detectado várias retrações

múltiplas em vários elementos dentais 11,31,41, 43 e 44 e de tamanhos variáveis, mas todos enquadravam-se na classificação I de Miller.

A causa das retrações foi minuciosamente investigada, e como o quadro era característico de contatos prematuros foram checados e realizado ajuste oclusal. A paciente foi orientada quanto a uma correta técnica de escovação para que fosse evitado forcas traumáticas e após 20 dias foi realizado acompanhamento para reavaliação do quadro (Figura 1). Após este período, foi observado o restabelecimento da oclusão, então deu-se sequência ao procedimento cirúrgico.



Figura 1. Presença de retração gengival nos elementos 11,31,41, 43 e 44

Devido a questões estéticas levantadas pela paciente, a cirurgia foi primeiramente realizada no elemento 11. Após procedimentos de anestesia, foi realizado descolamento do tecido mole da região do dente 11 até mesial 13. Para a preparação do leito receptor foi regularizado o rebordo ósseo por meio do uso de uma broca diamantada de alta rotação e realizada cunha cervical, após foi aplicado em sua superfície Clorexidina a 2% seguido de ataque ácido (Figura 2). Então foi confeccionado um gabarito em papel para estabelecer o tamanho que seria necessário de tecido e o mesmo foi utilizado posteriormente como um guia.



Figura 2. Foto demonstrando a incisão e preparação da área receptora

O leito doador escolhido foi região de palato lado direito. A cirurgia foi iniciada pela inserção de uma lâmina de bisturi 15 no interior do sulco gengival e uma incisão tipo retalho de espessura total com uma relaxante foi realizada em direção apical para expor o leito receptor. Para esse procedimento a lâmina deve estar voltada na direção da cortical óssea e a dissecação deve ser minuciosa, a fim de evitar que o retalho seja fenestrado. O guia foi posicionado e assim analisado o melhor local para remoção do tecido epitelial conjuntivo do leito doador. Para ao acesso ao tecido conjuntivo, foi realizado uma incisão de aproximadamente 6 mm com a lâmina de bisturi número 15 na horizontal a mais ou menos 1 cm de distância da cervical palatina dos prés molares superiores, após foi realizado a dissecação do tecido do tipo envelope e separado o tecido epitelial para a coleta do tecido conjuntivo, para maior segurança foi ancorado o tecido conjuntivo com o fio de sutura reabsorvível e então foi removido o tecido doador e levado à solução de soro estéril (Figura 3A e B). Logo após foi levado a área receptora, acomodado e estabilizado através de suturas, em seguida foi suturado o local doador e instalado a placa soft que foi previamente confeccionada (Figura 4)

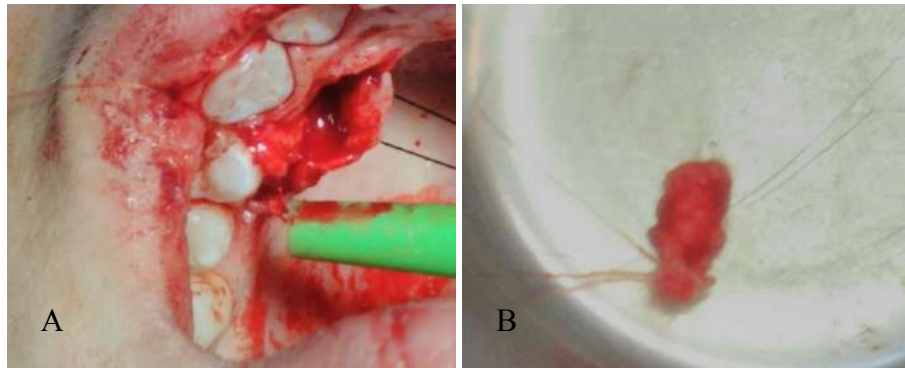


Figura 3. A. Afastamento do tecido epitelial com o fio de sutura para facilitar a visualização e remoção do tecido conjuntivo. B. Tecido conjuntivo removido e colocado na solução de soro estéril.

A paciente foi orientada a seguir rigorosamente a prescrição dos medicamentos e os cuidados pós operatórios prescritos (Figura 5A,B e C).



Figura 4. Placa soft posicionada logo após a cirurgia.



Figura 5. A. Aspecto do tecido com a sutura após 7 dias, B. após 2 meses e C. após 8 meses.

### 3. DISCUSSÃO

Os fatores pré disponentes para recessão gengival são multifatoriais, sempre antes de tratá-las e necessário remover as causas, esse tipo de cirurgia visa reconstruir os tecidos gengivais perdidos, além de impedir o surgimento de cáries na região exposta, minimizar a sensibilidade dentinária e os efeitos antiestéticos para o paciente<sup>12</sup>. Entre as indicações para cirurgia de enxerto com tecido conjuntivo estão: problemas estéticos (dentes longos), sensibilidade dentinária, cáries cervicais, favorecer a higienização abrasões cervicais, alternativa para restauração classe V, já as contra indicações são: doença periodontal ativa, doenças sistêmicas e pacientes fumantes<sup>12,4</sup>.

Existem várias técnicas de recobrimento radicular com diferentes tipos de incisões intra-suculares com relaxantes ou não, podendo ser utilizado tecido conjuntivo ou tecido epitelial livre. Porém tudo irá depender de alguns aspectos que precisam ser analisados previamente tais como ausência de inflamação gengival, sondagem inferior a 3 mm, volume e coloração devem ser compatível com os tecidos vizinhos, geralmente de coloração rosa pálido. Em

relação a estética é necessário verificar o nível, a cor, textura e contorno da margem gengival analisando desta forma a previsibilidade do sucesso do recobrimento é maior<sup>9,12,13</sup>.

Dentre as principais técnicas podemos destacar a do recobrimento radicular por meio do uso de enxerto gengival livre. Foi descrito inicialmente em 1963 por Bjorn, esta técnica é utilizada quando na área receptora não há quantidade de tecido adjacente a recessão ou quando há necessário maior faixa de tecido espesso na margem, sua desvantagem é comprometimento estético pelo fato desta área poder apresentar coloração diferente<sup>12,14,15</sup>.

A técnica original, preconizada por Langer & Langer 1985<sup>15</sup> vêm sendo modificada e tem sido descrita por vários autores na qual não utilizam a incisão relaxante e têm se mostrado bem eficaz pois tem ajudado na estética e em uma melhor cicatrização. Ambas as técnicas são bem indicadas e tem grande margem de sucesso, quando bem empregadas e bem executadas<sup>11,12</sup>.

A técnica escolhida para o caso apresentado foi a de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial a qual foi proposta por Langer & Langer 1985, podendo ser usada em recessões múltiplas ou isoladas, basicamente a técnica usa o tecido conjuntivo subepitelial o qual é removido do palato de preferência na área de pré molares superiores ou em região edêntula. O tamanho é determinado pela largura mesiodistal da região a ser recoberta, podendo ser utilizado um cabo de bisturi com duas lâminas para retirar um tamanho uniforme de tecido. A técnica de retalho e pediculado e espessura parcial reposicionado coronalmente, prepara-se o leito receptor com brocas diamantadas para remoção de ângulos ou até mesmo cunhas e condicionamento ácido para melhor adaptação do enxerto, as vantagens dessa técnica é o suprimento sanguíneo que vêm de ambos os lados, o enxerto deve ser posicionado e estabilizado no leito receptor com quantas suturas forem necessárias, para seu sucesso<sup>12,1,2,15</sup>. Optou-se por essa técnica por apresentar um prognóstico favorável devido a dupla nutrição sanguínea recebida pelo tecido enxertado e deste modo reduzir o insucesso, pela falta de irrigação sanguínea.

Porém deve-se considerar alguns fatores prévios a escolha da técnica cirúrgica como: recessão isolada ou múltipla, largura e altura da recessão, quantidade de espessura da gengiva inserida, tamanho e posição das papilas adjacentes, avaliar a área doadora, observar em qual a classificação de Miller a recessão se enquadra<sup>12,4</sup>. Todos esses fatores tornam-se primordial para o alcance do sucesso no uso desta técnica.

#### 4. CONCLUSÃO

Diante do resultado obtido, podemos concluir que a técnica empregada é segura e previsível quando bem indicada e executada. Porém devemos destacar que o pós operatório é delicado e se o mesmo não for devidamente respeitado, o caso pode fracassar mesmo quando bem executada a técnica cirúrgica.

#### 5. REFERÊNCIAS

1. Ferrão J, Moreira K, Silva P, Enxerto de Tecido conjuntivo Subepitelial – Uma Alternativa em cirurgia plástica periodontal.Caso clínico Revista Brasileira de cirurgia e periodontia 2003;1(4):285-90.
2. Landim F, Andrade K, Freitas G, Enxerto de subepitelial de tecido conjuntivo para recobrimento radicular: Rev. Cirurgia traumatologia, buco maxilo facial. Camaragibe 2009; vol. 9, N. 4: 31-38.
3. Andrade L, Biscarde A, Moreira A, Tratamento de dentes com recessão gengival e abrasão cervical . Rev Bahiana de Odontologia ,Salvador,2012;3(1): 86-99.
4. Yared K, Zenobio E,Pacheco W. A etiologia multifatorial da recessão periodontal . Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial Maringá ,vol 11 n.6, 45-51
5. Melo P,Soares L,Falabella. Recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo . Rev PerioNews Rio de Janeiro ,2015;9(1);34-41.
6. Venturim R, Joly J, Venturim L. Técnicas cirúrgicas de enxerto de tecido conjuntivo para tratamento da recessão gengival, Rev Gaúcha Odontológica ,Porto Alegre ,2011 vol.59 147-152.
7. Kina J,Suzaki T,Kina E. Tratamento de recessão gengival unitária,Arch Health Invest , 2015 4(6): 25-30.
8. Paiva J,Bortot M,Finck N, Avaliacao comparativa entre técnicas de recobrimento radicular com enxerto conjuntivo associada ou nao a matriz derivada de esmalte (Endogain).Rev Full Dent . Sci 2016;7(26):59-65.
9. Joly J, Carvalho P, Silva R. Alternativa cirúrgicas para o tratamento das recessões gengivais ,São Paulo, Artes Medicas ,2009 75-100.
10. Fortunari A, Rodrigues M, Scremim I, Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial :Uma alternativa em cirurgia plástica periodontal.Rev PerioNews Campinas 2013 ;3(2)131:135.
11. Silva E,Jenuario A,Peruchi C. Recobrimento radicular por meio da técnica cirurgia periodontal do enxerto conjuntivo subepitelial : Relato de caso clinico , Rev Odontologica de Aracatuba ,2004, v.25,n.2,43-50.
12. Saad J,Bassani M. Cirurgia plástica periodontal – Recobriemto radicular,2012 v 20,208-248.
13. Cunha F, Decisao quanto a escolha da técnica de recobrimento radicular : relato de caso clinico ,Rev UNIOPAR Cient Cienc Biol Saude 2014;16(4):321-7.

- 
14. Carranza FA, Takei HH, Newman MG, Klokkevold PR. Periodontia clínica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
  15. Lindhe J, Karring T, Lang NP. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.