

UNIVERSIDADE TIRADENTES
CURSO DE ODONTOLOGIA

**RESTAURAÇÃO DE ÁREAS DE RECESSÃO GENGIVAL COM
RESINA COMPOSTA CARACTERIZADA PARA GENGIVA-
RELATO DE CASO**

Ac. Andressa Matos Santos

ARACAJU/SE
JUNHO/2015

UNIVERSIDADE TIRADENTES
CURSO DE ODONTOLOGIA

**RESTAURAÇÃO DE ÁREAS DE RECESSÃO GENGIVAL COM
RESINA COMPOSTA CARACTERIZADA PARA GENGIVA-
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes com parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Ac. Andressa Matos Santos
Orientadora: Profa. Dra. Sandra Regina Barretto

ARACAJU/SE
JUNHO/2015

ANDRESSA MATOS SANTOS

**RESTAURAÇÃO DE ÁREAS DE RECESSÃO GENGIVAL COM
RESINA COMPOSTA CARACTERIZADA PARA GENGIVA-
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes com parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

APROVADA EM ____/06/2015

BANCA EXAMINADORA

SANDRA REGINA BARRETTO
ORIENTADOR/PRESIDENTE DA BANCA

ANTÔNIO ALVES DE ALMEIDA JÚNIOR
1º EXAMINADOR

CAROLINA DELMONDES FREITAS DANTAS
2º EXAMINADOR

ATESTADO

Eu, Sandra Regina Barreto orientadora da discente Andressa Matos Santos atesto que o trabalho intitulado: “**RESTAURAÇÃO DE ÁREAS DE RECESSÃO GENGIVAL COM RESINA COMPOSTA CARACTERIZADA PARA GENGIVA-RELATO DE CASO**” está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

Profa. Dra. Sandra Regina Barretto

“Caminhar com bom tempo, numa terra bonita, sem pressa, e ter por fim da caminhada um objetivo agradável: eis, de todas as maneiras de viver, aquela que mais me agrada”

Jean-Jacques Rousseau

AGRADECIMENTOS

É por meio deste que exprimo minha gratidão a todos aqueles que estiveram junto a mim durante o processo de construção deste trabalho. Primeiro de tudo, agradeço ao Senhor meu Deus, obrigada por ter erguido minha cabeça diante das dificuldades, por ter tranquilizado meu coração nos momentos angustiantes, obrigada por ter feito tudo acontecer ao seu tempo e da melhor forma possível, obrigada por estar aqui, nesse momento, transformando meus sentimentos em palavras. Em especial, queria agradecer a minha orientadora, Sandra Barretto, nada do que eu diga vai conseguir expressar toda a minha gratidão por tudo, você fez parte não só de todo o processo de construção desse TCC, como também de toda a minha graduação, desde as primeiras disciplinas que estivemos juntas, até o ano de monitoria que estive ao seu lado, você sempre esteve disposta a passar seus conhecimentos, me fazer crescer, sempre esteve disposta à fazer o melhor para que eu me tornasse uma melhor profissional. Obrigada por tudo, nunca te esquecerei, você foi uma das pessoas que marcaram minha graduação e que sempre estará perto de mim por mais longe que esteja.

Também gostaria de agradecer a toda a minha família pelo apoio, em especial a minha mãe e meu irmão. Vocês são a razão pela qual estou aqui e que a cada dia tendo ser alguém melhor, amo vocês. Agradeço também a Marcus Vinícius por toda a ajuda que me destes durante a elaboração desse trabalho, a Jailton e Milena, obrigada pela paciência, empenho e boa vontade que se dispusera a mim. Por fim, espero que esse seja o começo de muitas realizações em minha vida profissional, saibam que vocês marcaram o começo delas, as próximas virão se Deus quiser!

RESTAURAÇÃO DE ÁREAS DE RECESSÃO GENGIVAL COM RESINA COMPOSTA CARACTERIZADA PARA GENGIVA-RELATO DE CASO

Andressa Matos Santos^a, Sandra Regina Barretto^b

^(a) Graduanda em Odontologia - Universidade Tiradentes; ^(b) MSc. DDS Professora Titular do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes;

Resumo

A recessão gengival além de caracterizar um efeito antiestético pela alteração do comprimento e largura dos dentes pode levar a quadros de hipersensibilidade dentinária, devido à exposição radicular. A resina composta pigmentada para gengiva, além de devolver a estética perdida como resultado da recessão gengival se enquadra como uma opção de tratamento nos casos onde há a impossibilidade do emprego da cirurgia periodontal, bloqueando os túbulos dentinários expostos ao meio oral, impedindo a propagação do estímulo doloroso, aparecendo desta forma como uma opção ao tratamento cirúrgico. O propósito do presente trabalho foi apresentar um relato de caso de uma paciente com diagnóstico de recessão gengival Classe I de Miller, nas unidades dentárias, 14, 15, 16, 24, 25 e 26, acompanhada de uma intensa sensibilidade nas áreas de exposição radicular ao ingerir alimentos quentes, ácidos e gelados. Para isto, foi utilizada restauração das áreas de recessão com a associação de uma resina composta caracterizada para gengiva (Amaris Gingiva-VOCO) e um agente adesivo convencional contendo em sua composição substância des-sensibilizante (GLUMA-2Bond-HERAEUS). Diante dos resultados obtidos com os procedimentos restauradores realizados, podemos concluir que a associação sistema adesivo/resina composta promoveu bem-estar à paciente eliminando a sintomatologia dolorosa inicialmente relatada e a estética.

Palavras-chave: Recessão gengival; gengiva; resina composta.

Abstract

The gingival recession, besides feature an unaesthetic effect by changing the length and width of the teeth, can lead to tooth sensitivity with the root exposure. The pigmented composite resin for gingiva, besides of giving back the aesthetic lost as a result of gingival recession, fits as a treatment option in cases where there is the impossibility of employing periodontal surgery, blocking the dentinal tubules exposed to the oral environment, preventing the spread of the painful stimulus, thus appearing as an option to surgery. The purpose of this study was to present a case report of a patient diagnosed Miller's Class I recession, in the dental units, 14, 15, 16, 24, 25 and 26, accompanied by an intense sensibility in the areas of root exposure in these units, to eat hot food, acids and ice cream. The conduct was the restoration of recession areas with the association of a composite resin characterized for gingiva (Amaris Gingiva-VOCO) and a conventional adhesive agent containing in its composition desensitising substance (Gluma-2Bond-HERAEUS). Given the results obtained with the restorative procedures performed, the authors were able to conclude that the association adhesive / composite resin promoted wellness patient eliminating the painful symptoms initially reported and aesthetics.

Keywords: Gingival recession; gingiva; composite resin

1. Introdução

A estética na cavidade bucal não tem relação somente com a aparência dos dentes, mas significa de modo geral, o equilíbrio de sistemas que se complementam numa dinâmica que envolve não somente as partes que compõem os tecidos da boca, mas como eles se comportam em conjunto, retratando aspectos de individualidade do sorriso do indivíduo.

A gengiva, por exemplo, além de apresentar-se saudável, deve ser bilateralmente simétrica e permitir a arquitetura adequada das papilas interdentais e em torno dos dentes, a fim de garantir uma correta relação de largura-comprimento das unidades dentais maxilares (CARVALHO, BARBOZA, GOUVEA, 2005; CHU et al., 2009; NALBANDIAN, MILLAR, 2009; CAROLI et al. 2011; SHAH, 2012; WAHBI, et al., 2013; HADYAOUI et al. 2014).

Exemplo disso é a recessão gengival que se caracteriza pela perda de inserção periodontal, levando ao deslocamento mais inferior da margem gengival livre em qualquer parte da superfície radicular exposta. Podendo ser notada em ambos os arcos, tanto na superfície vestibular como lingual sem predileção por dentes ou grupo de dentes (MARINI et al., 2004; YARED, ZENOBIO, PACHECO, 2006).

A recessão é multifatorial, o que por vezes dificulta o correto diagnóstico e tratamento. Dentre as várias possibilidades de fatores causais desse quadro clínico, é possível distingui-los em fatores primários e secundários. O trauma de escovação e o acúmulo de biofilme bacteriano, que geram a inflamação tecidual, são entendidos como fatores etiológicos primários no desenvolvimento da recessão, já os fatores etiológicos secundários são: posicionamento dental, inserção anormal de freios e bridas, deiscências ósseas, fatores iatrogênicos e alguns procedimentos cirúrgicos periodontais (PRATO et al., 1996; MARINI et al., 2004; YARED, ZENOBIO, PACHECO, 2006; PRATES et al., 2012).

Na década de 80, Miller, na tentativa de facilitar a compreensão e o diagnóstico sobre as recessões, além de auxiliar na condução das diferentes alternativas de tratamento, classificou as recessões gengivais, separando-as em 4 classes distintas, a saber: classe I, seria toda a recessão gengival limitada à gengiva inserida, não se estendendo a junção mucogengival e não havendo assim perda interdentária; classe II, diz respeito a uma recessão gengival que chega até ou ultrapassa a junção mucogengival (JMG), não havendo também perda interdentária; classe III se estende até ou além da JMG, havendo perda do espaço interdental, mas permanecendo coronária a base da recessão vestibular ou lingual; e classe IV, a recessão vai além da JMG, havendo perda total do espaço interdental no nível da recessão nas faces livres (MILLER, 1985).

Deve-se frisar que com a exposição radicular, decorrente da progressão da recessão gengival, podem ser gerados não somente efeitos antiestéticos na cavidade bucal, dependendo da sua localização, mas podem ocasionar inúmeros outros problemas como a hipersensibilidade dentinária, lesões de cárie de raiz e lesões cervicais não cariosas, o que sugere a necessidade de recobrimento radicular como um tratamento para a recessão gengival. (MARINI et al., 2004; PRATES et al., 2012).

As formas de tratamento das áreas de recessão gengival, muitas vezes têm como primeira opção as cirurgias objetivando o restabelecimento da perda de tecido gengival e óssea. As Recessões moderadas podem ser tratadas com retalho reposicionado coronalmente ou lateralmente. Já nos casos de recessões largas e/ou profundas existe a necessidade de enxerto de tecido conjuntivo, contudo, o tempo, o custo, o desconforto e a imprevisibilidade do resultado fazem com que essa escolha não tenha tanta adesão. (COACHMAN, CALAMITA, 2010; SHAH, 2012).

A matriz dérmica acelular (Allo-derm®) foi disponibilizada no mercado como um substituto do enxerto de tecido conjuntivo removido do palato e que

pode ser uma alternativa para a terapia de recobrimento radicular (PRATO et al., 1996). As vantagens sugeridas para o uso dessa técnica são a não necessidade de outro sítio cirúrgico e também a facilidade do tratamento de recessões múltiplas sem restrições de tecido doador (HARRIS, 2004).

Historicamente, as facetas gengivais foram também usadas como um veículo para a entrega de medicamentos de uso tópico como o flúor, a triancinolona 0,1% na pasta dental (no tratamento de gengivites descamativa) e como um portador para curativos periodontais (CHANDRA, PANDURANG, BHAT, 2004; GOPAKUMAR, SOOD, 2012; SINHA, et al. 2014).

A utilização da resina composta rosa semelhante ao tecido gengival foi primeiramente descrito por Zalkind e Hochman (1997) como tratamento de um defeito cervical. As restaurações são usadas para tratar da recessão corrigindo o defeito cervical, evitando ainda o acúmulo de biofilme bacteriano e tratando da sensibilidade dentinária. (ALANI, MAGLAD, NOHL, 2011). Seu uso satisfaz requisitos como: fornecer suporte para o lábio, melhorar a fonética, evitando o escape de ar entre os dentes, resultado da presença da recessão, especialmente entre os dentes anterior-

res. (GOPAKUMAR, SOOD, 2012; WAHBI, et al., 2013).

Considerando o desconforto gerado pela sintomatologia dolorosa relatada por muitos pacientes que apresentam recessões gengivais, o presente trabalho objetivou apresentar uma opção restauradora e conservadora para a resolução de um caso clínico de uma paciente portadora de lesões múltiplas de recessão associada à hipersensibilidade dentinária, utilizando-se para isso resina composta pigmentada similar à gengiva.

2. Relato do caso

Paciente do gênero feminino, 33 anos, foi selecionada por apresentar, recessão gengival vestibular classe I de Miller nas unidades: 14, 15, 16, 24, 25 e 26 associadas à sintomatologia dolorosa estimulada quando da ingestão de alimentos quentes, gelados e ácidos, que causava bastante incômodo (Figura 1A e 1B). Durante a anamnese foi registrado que a paciente havia sido submetida anteriormente a cirurgias, tanto de intervenção periodontal (gengivectomia e gengivoplastia) como ortodôntica (ortognática), incluindo as unidades supramencionadas e que somente depois dessas intervenções as alterações começaram a aparecer.

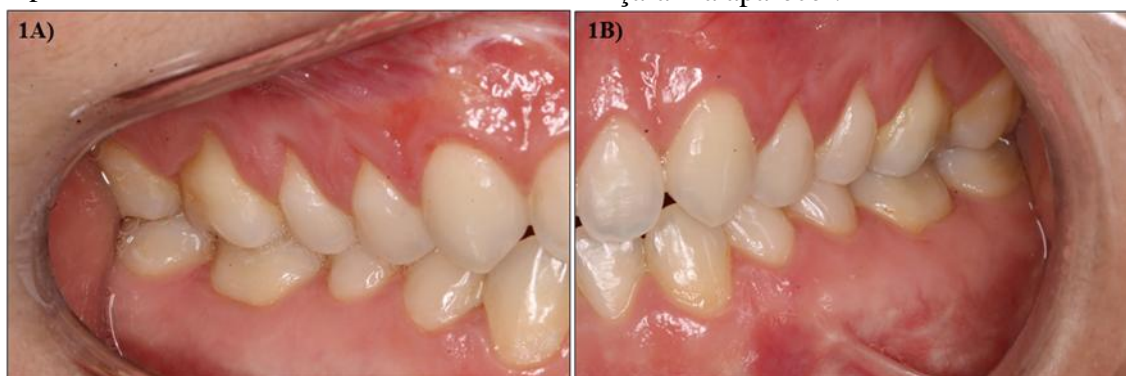


Figura 1A e 1B: Aspecto clínico local das recessões gengivais do lado direito e esquerdo, respectivamente.

Diante do quadro apresentado, foi solicitada avaliação da Periodontista a fim de verificar a possibilidade de correção das áreas de recessão com nova intervenção cirúrgica, opção que foi descartada pela mesma, justificada pelo fato de que o caso ainda não se encontrava estabilizado, sendo observado pelo formato triangular das recessões, o que

é indicado como uma característica de instabilidade periodontal das mesmas.

Optou-se assim, pela realização de restaurações diretas com resina composta caracterizadas e acompanhamento do caso para avaliação futura do resultado a médio e longo prazo conseguidos.

Como parte do plano de tratamento procedeu-se à realização das restaurações estéticas com resina composta caracterizada com a cor da gengiva (Amaris Gingiva-VOCO American Inc) (Figura 2A), associada a um sistema adesivo convencional de 02 passos contendo em sua composição dessensibilizante (GLUMA: 2Bond-HERAEUS KULZER South America) (Figura 2B).

Todas as restaurações seguiram o mesmo protocolo e foram realizadas em uma única sessão clínica sob profilaxia da área com pedra pomes e água, e isolamento relativo com o auxílio de abridor de boca, roletes de algodão pré-fabricados, sugador descartável, visto a extensão das lesões que dificultava a realização de isolamento absoluto do campo operatório.



Figura 2A e 2B: Resina composta Amaris Gingiva-VOCO e sistema adesivo GLUMA.

Anterior ao isolamento das áreas a serem restauradas foi realizada a seleção da cor compatível com a gengiva, utilizando-se para isso das escalas de cores própria do sistema restaurador selecionado (Figura 3A). Os passos clínicos subsequentes incluíram:

-Condicionamento ácido das áreas de recessão com ácido fosfórico a 37% por 15 segundos; lavagem por 20 segundos e manutenção da dentina úmida para formação da camada híbrida (Figura 3B);

-Aplicação de 02 camadas do agente adesivo selecionado com auxílio do microbrush que acompanha o kit, em toda a área condicionada, seguindo as orientações do fabricante (Figura 3C). Seguiu-se pela fotopolimerização de cada camada com aparelho LED (Optilight Plus-GNATUS do Brasil), por 20 segundos (Figura 3D);

-Aplicação do corante selecionado (corante-*dark*) diretamente sobre a área a ser restaurada, objetivando simular a cor da gengiva, utilizando-se para isso de um pincel descartável e fotopolimerizando por 40 segundos (Figura 4A);

-Em seguida, foi inserida de maneira incremental, a resina da cor gengi-

val (natural) cobrindo o corante anteriormente inserido na cavidade, com o auxílio de espátula para resina composta (Kit de espátulas para compósitos Golgram Millenium do Brasil para a disciplina de Dentística do curso de Odontologia da UNIT) e de pincel pelo de Martha (nº 4A e 4B-KOTA/KOLINSKY do Brasil). (Figura 4B) A fotopolimerização de cada incremento obedecia ao tempo de 40 segundos;

-Finalizada a inserção da resina composta, aplicou-se uma camada de glicerina pura solúvel em água (Gel Lubrificante KY-Johnson & Johnson do Brasil), (Figura 4C) a fim de remover a camada de oxigênio que impede a polimerização da última camada do material restaurador, procedendo-se a fotoativação por 40 segundos. (Figura 4D)

-Por fim, realizou-se o acabamento e polimento da restauração, seguindo a sequência descrita, a saber: Primeiramente foram utilizadas pontas diamantadas finas, série F nº 1190 (Kit de Brocas Microdont/UNIT-MICRODONT do Brasil), para remoção de possíveis excessos presentes na restauração. Feito isso, foram utilizadas pontas polidoras em silicone (Kit de polimento em silicone para resina com-

posta-MICRODONT) de granulação, grossa, média e fina respectivamente, sempre presas ao contra-ângulo e micromotor (Figura 5A, 5B, 5C). Dando continuidade às etapas de polimento, foi utilizado o disco de feltro (KIT Especial de DENTÍSTICA-TDV do Brasil) impregnado com pasta para polimento de óxido de alumínio (Pasta de Polimento

Universal Kota-75g) (Figura 5D), finalizando com um polimento especial usando escova para polimento de resinas compostas com cerdas impregnadas com carbetos de silício (Jiffy® Composite Polishing Brushes-Ultradent em Espanã), também utilizada em baixa rotação.

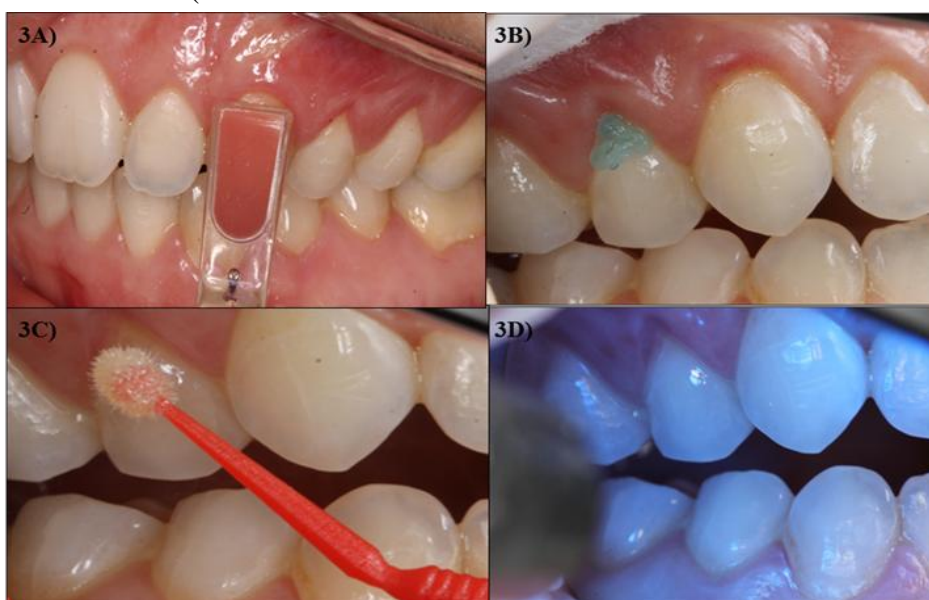


Figura 3: Imagem demonstrando em sequência as etapas prévias à inserção da resina composta: A) Escala de cor (corante-dark); B) Condicionamento ácido; C) Aplicação do sistema adesivo; D) Fotoativação do sistema adesivo.



Figuras 4: Imagem demonstrando em sequência as etapas de inserção da resina composta: A) Aplicação o corante *Dark*; B) Aspecto após inserção da resina composta natural; C) Colocação da glicerina em gel; D) Fotoativação da glicerina em gel.

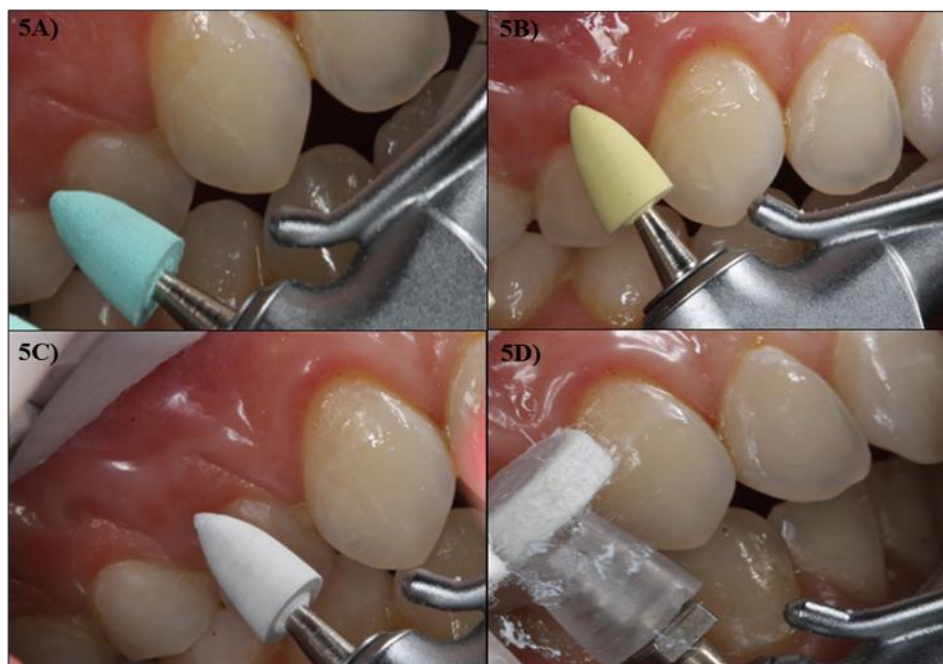


Figura 5: As imagens ilustradas acima mostram a sequência de acabamento e polimento da restauração: A, B, C) Pontas polidoras de silicone, de granulação grossa, média e fina respectivamente; D) Disco de feltro impregnado com pasta para polimento.

3. Discussão

Segundo Guida et al. (2010), a correção dos defeitos estéticos e da hipersensibilidade dentinária são as principais indicações para o recobrimento de uma superfície radicular exposta por recessão gengival, além da prevenção de cáries radiculares que também aparece como indicação em potencial para esse tipo de intervenção.

A escolha do tratamento para recuperação do tecido gengival, de acordo com Shah (2012), depende de vários fatores, como a anatomia do dente, perda óssea, as expectativas do paciente e quantidade de tecido que vai ser substituído, já que em alguns casos de extensas perdas de tecido, como na classe IV e principalmente na classe III de Miller, a cirurgia periodontal isolada não produz resultados satisfatórios, pois não consegue uma cobertura total da área acometida, necessitando lançar mão de outras formas de tratamento em associação.

As desvantagens observadas no tratamento cirúrgico nesses casos de perda tecidual incluem o custo da cirurgia, tempo de cicatrização, desconforto

ao paciente e imprevisibilidade estética quando se fala em grandes volumes de tecido, ainda sem levar em consideração as complicações relativas aos enxertos de tecido conjuntivo doados do palato, como sangramento da área doadora, o que levou ao uso cada vez mais constante de enxertos alógenos (proteínas derivadas da matriz amelar, matriz dérmica acelular e derivados plaquetários), diminuindo a inconveniência do segundo sítio doador (HARRIS, 2004; VINNAKOTA et al., 2012).

No caso específico relatado nesse trabalho, a paciente já havia sido submetida a procedimentos cirúrgicos, o que levou a perda de tecido ósseo e tecido gengival, tendo sido sugerido à possibilidade inclusive, de ter sido um dos fatores causais para o surgimento das lesões. Associado a esse fato, sua condição oclusal deve ser também levada em consideração, sendo que a paciente já havia passado por intervenção ortodôntica de cirurgia ortognática e se encontrava quase com uma mordida em relação de topo. Vale ressaltar também, que foram identificadas áreas de erosão epitelial no tecido gengival dessa paciente, possivelmente devido a uma técnica inadequada de escovação, sendo en-

tendida como um fator desencadeador para o desenvolvimento dessas recessões.

Diante desse pressuposto, técnicas opcionais para reconstrução de tecidos periodontais perdidos vem cada vez mais sendo utilizados, já que em alguns casos, o artifício da cirurgia periodontal é inviável ou não se encontra como a melhor opção de tratamento. Portanto, facetas gengivais, próteses gengivais e até restaurações com resina composta tem se tornado boas opções de tratamento para esses casos em especial.

As resinas compostas foram desenvolvidas na década de 60 por Bowen e desde então, várias modificações têm sido realizadas melhorando as propriedades do material, além do fato de satisfazerem as exigências estéticas (NALBANDIAN, MILLAR, 2009; NA, PARK, PARK, 2011). Um dos resultados positivos das pesquisas foi a introdução no mercado de resinas compostas com capacidade de serem pigmentadas. Um exemplo disso são as resinas compostas caracterizadas para gengiva, acompanhadas com pigmentos que imitam e se combinam objetivando mimetizar áreas de perda gengival de forma conservadora.

Contudo, Gopakumar e Sood (2012) chamaram a atenção para o fato de que o sucesso dos procedimentos com resina composta está ligado à correta seleção dos casos, já que além de se enquadrar na melhor forma de tratamento proposto, a aplicação de restaurações com compósitos deve ser indicada preferencialmente, para aqueles pacientes que tem uma excelente higiene oral e baixa atividade de cárie.

A aplicação da resina composta em áreas de recessão gengival deve ser bem avaliada, evitando excessos do material, visto que, problemas como inflamação gengival, retenção de biofilme não são incomuns. Zalkind e Hochman (1997) descreveram a necessidade de atenção específica para o contorno cervical da restauração para evitar a retenção de biofilme bacteriano. Isto pode ser conseguido usando técnicas para aplicar o composto com os instru-

mentos adequados, controle da umidade e adequada polimerização.

Vários autores alertam para o fato de que para que se possa garantir uma estética ideal nessa região, um pseudo sulco deve ser realizado ao redor da margem da restauração coincidindo com a margem gengival livre anterior (ZALKIND, HOCHMAN, 1997; CALAMITA, 2010; COACHMAN, CALAMITA, 2010; ALANI, MAGLAD, NOHL, 2011; VIANA, CORREIA, KOVACS, 2012; WAHBI et al., 2013). Esse cuidado foi utilizado durante a realização das restaurações na paciente selecionada, utilizando-se para isso de instrumentos adequados e do conhecimento da anatomia e das características teciduais locais, minimizando, desta forma a formação de degraus o que comprometeria a área gengival levando à progressão das recessões, bem como, possibilitando uma aparência similar ao tecido que estava sendo restaurado.

É comum a recessão gengival levar a quadros clínicos de hipersensibilidade dentinária, já que o deslocamento desse tecido periodontal causa a exposição da dentina (MARINI et al. 2004; CAPA, 2007; GUIDA et al., 2010; PORTO, ANDRADE, MONTES, 2009; MATIAS et al., 2010; PRATES et al., 2012). A sensibilidade dentinária foi relatada pela paciente durante as fases de diagnóstico e mesmo, durante o tratamento. Faz-se necessário, no entanto, mencionar que essa associação: recessão/hipersensibilidade não é obrigatória, uma vez que somente aparece quando a dentina possui seus túbulos dentinários em maior número, alargados e abertos favorecendo comunicação entre o meio bucal e o tecido pulpar, o que permite a difusão do estímulo pelo fluido intratubular até a polpa (PORTO, ANDRADE, MONTES, 2009; MATIAS et al., 2010).

Segundo Porto, Andrade e Montes (2009), essa hiperestesia, também conhecida como hipersensibilidade, se resume a uma dor súbita e de curta duração, quando a área é exposta a estímulos térmicos ou químicos, como os alimentos ácidos (principalmente frutas), doces e algumas vezes salgados. Dentre

as formas de tratamento possíveis, estão o uso de dentifrícios específicos, flúor, dessensibilizantes, adesivos dentários, cirurgias mucogengivais, tratamento endodôntico e restaurações.

Alani, Maglad e Nohl (2010) relataram um estudo clássico de Grossman, em 1935, que dizia que, o material ideal para tratamento de hipersensibilidade dentinária deve ser biocompatível, de fácil aplicação, ter efeito permanente e ação rápida, não ser irritante pulpar, além de não alterar a cor da estrutura dental. De modo geral o objetivo das diferentes formas de tratamento da hipersensibilidade dentinária é causar a obliteração dos túbulos dentinários, bloqueando assim a transmissão de estímulos pelas fibras nervosas no interior destes. Nesse relato de caso, a escolha pela restauração com resina composta associada ao sistema adesivo, encontra respaldo nas características supracitadas. Sendo assim, o material restaurador utilizado foi capaz de bloquear os túbulos dentinários eliminando deste modo o estímulo doloroso, além de devolver estética à região mantendo as características de altura da coroa dental e contorno gengival, que foram prejudicados pela presença da recessão.

Procedimentos de manutenção e higiene adequada foram e devem ser cuidadosamente discutidos com o paciente, pois são fundamentais para o sucesso à longo prazo da restauração. A paciente permanece em acompanhamento já que sua condição oclusal ainda não foi devidamente tratada e sua condição peridontal ainda não foi estabilizada, o que favoreceria a evolução das recessões.

4. Considerações finais

A recessão gengival é um tipo de lesão que pode afetar não somente a estética, mas também pode causar desconforto ao paciente pela associação frequente com a hipersensibilidade dentinária.

O avanço de materiais e técnicas restauradoras adesivas tem possibilitado o tratamento dessas duas entidades de maneira conservadora e com resultados

rápidos, resultando no restabelecimento do bem-estar ao paciente.

Contudo faz-se necessário que a indicação de restaurações com resinas compostas de áreas com recessão esteja embasada por um correto diagnóstico das condições periodontais, a fim de garantir resultados duradouros e que mantenham a saúde dos tecidos periodontais e a qualidade de vida do paciente.

Referências

- ALANI, A., MAGLAD, A., NOHL, F. The prosthetic management of gingival aesthetics. **British Dental Journal**, v.210, n.2, p.63-69, jan. 2011.
- AN, Hong-Seok; PARK, Ji-Man; PARK, Eun-Jin. Evaluation of shear bond strengths of gingiva-colored composite resin to porcelain, metal and zirconia substrates. **J. Adv. Prosthodont**, v.3, p.166-71, 2011.
- CAPA, Nuray. An alternative treatment approach to gingival recession: gingiva-colored partial porcelain veneers: A clinical report. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v.98, ed.2, august 2007.
- CAROLI, Angela de, MORETTO, Simone Gonçalves, NAGASE, Denis Yudi, NÓBREGA, Airton A., ODA, Margareth, VIEIRA, Glauco Fioranelli. Avaliação do contorno gengival na estética do sorriso. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**, v. 26, n2, p.242-5, 2008.
- CARVALHO, Waldimir, BARBOZA, Eliane P., GOUVEA, Cresus V. The use of porcelain laminate veneers and a removable gingival prosthesis for a periodontally compromised patient: A clinical report. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v.93, n.4, 2005.
- CHANDRA, Rampalli Viswa, PANDURANG, Pratibha, BHAT, Khandige Mahalinga. Labial Veneers in the Management of Desquamative Gingivitis: Report of a Case. **The Journal of Contemporary Dental Practice**, v.5, n.4, p.122-132, nov. 2004.
- CHU, Stephen J., TAN, Jocelyn H-P., STAPPERT, Christian F.J., TARNOW, Dennis P. Gingival Zenith Positions and Levels of the Maxillary Anterior Dentition. **Journal Compilation**, v.21, n.2, 2009.

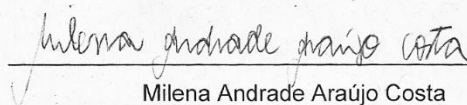
- COACHMAN, Christian, CALAMITA, Marcelo. The reconstruction of pink and white esthetics. **International Dentistry AS**, v.12, n.3, 2010.
- GOPAKUMAR, Ashish, SOOD, Banoo. Conservative Management of Gingival Recession: The Gingival Veneer. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v.24, n.6, p.385–393, 2012.
- GUIDA, Bruno, NASCIBEN, Marcelo, CARVALHO, Elisabeth, RIBEIRO, Érica Del Peloso. Recobrimento radicular de recessões gengivais associadas a lesões cervicais não cáries-revisão de literatura. **Revista Periodontia**, v.20, n.02, p.14-21, junho 2010.
- HADYAOUI, Dalenda, DAOUABI, Nissaf, NOUIRA, Zohra, CHERIF, Mounir. Gingival Harmony in Anterior Aesthetic Restorations. **Dentistry Journal**, v.2, p.155-162, december 2014.
- HARRIS, R. J. A short-term and long-term comparison of root coverage with an acellular dermal matrix and a subepithelial graft. **J. Periodontol**, v.75, n.5, p.734- 743, 2004.
- MARINI, Milena Guerreiro, GREGHI, Sebastião Luiz Aguiar, PASSANEZI, Euloir, SANT'ANA, Adriana Campos Passanezi. Gingival Recession: Prevalence, Extension and Severity in Adults. **Journal of Applied Oral Science**, v.12, n.3, p. 250-5, 2004.
- MATIAS, Maria Noelhya Angelo; LEÃO, Juliana Carneiro; FILHO, Paulo Fonseca Menezes; SILVA, Cláudio Heliomar Vicente da. Hiper-sensibilidade dentinária: uma revisão de literatura. **Odontol. Clín.-Cient.**, v.9, n.3, p.205-208, jul./set., 2010.
- MILLER, P. D. A classification of marginal tissue recession. **Int. J. Periodontics Restorative Dent.**, v. 5, n. 2, p. 8-13, 1985.
- NALBANDIAN, S., MILLAR, B. J. The effect of veneers on cosmetic improvement. **British Dental Journal**, v.207, ed.3, february 2009.
- PORTO, Isabel C.C.M., ANDRADE, Ana K.M., MONTES, Marcos A.J.R. Diagnosis and treatment of dentinal hypersensitivity. **Journal of Oral Science**, v. 51, n.3, p.323-332, 2009.
- PRATES, Lyla de A., BISCARDE, Adriana, MOREIRA, Alexandre, RIBEIRO, Érica, BITTENCOURT, Sandro. Tratamento de dentes com recessão gengival e abrasão cervical. **Revista Bahiana de Odontologia**, v.3, n.1, p. 86-99, dez. 2012.
- PRATO, Giovanpaolo Pini, CLAUSER, Carlo, TONETTI, Maurizio S., CORTELLINI, Pierpaolo. Guided tissue regeneration in gingival recessions. **Periodontology 2000**, v. 11, ed.1, p. 49-57, 1996.
- SADAQAH, Nasrin R., TAIR, Jawad Ali Abu. Prosthetic reconstruction using gingiva-colored ceramic agent in fied partial restoration in a 24-year old patient. **Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry**, v. 4, p.37–41, 2012.
- SHAH, Ankur. Gingival Veneer: Non-Invasive Approach In The Management Of Lost Interdental Papila. **Int. J. Dent. Case Reports**, v. 2, n.3, p.54-58, 2012.
- SINHA, Aditya, MADHVAN, Sankar, RAVINDRA, Shivamurthy, BHAT, Sudhakara. Gingival Veneer: Non-esthetic to esthetic smile. **IOSR Journal of Dental and Medical Sciences**, v. 13, n.11, p.26-29, nov. 2014.
- VIANA, Pedro Couto, CORREIA, André, KOVACS, Zsolt. The papillary veneers concept: An option for solving compromised dental situations. **Clinical Practice**, v.142, n.12, p.1313-1316, december 2012.
- VINNAKOTA, Dileep N., AKULA, Sreenivas R., SWETHA, Kukunoor, HARIKUMAR, Mempally. Diverse modalities of gingival replacement: A report of three cases. **Contemporary Clinical Dentistry**, v.3, ed.3, 2012.
- WAHBI, M.A., SHARIEF, H.S. Al, TAYEB, H., BOKHARI, A. Minimally invasive use of coloured composite resin in aesthetic restoration of periodontially involved teeth: Case reportl. **The Saudi Dental Journal**, v.25, p.83–89, march 2013.
- YARED, Karen Ferreira Gazel, ZENOBIO, Elton Gonçalves, PACHECO, Wellington. A etiologia multifatorial da recessão periodontal. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v.11, n.6, p.45-51, 2006.
- ZALKIND, M., HOCHMAN N. Alternative method of conservative esthetic treatment for

gingival recession. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v.77, p.561-3, june 1997.

ANEXO 1- TERMO DE CONSENTIMENTO PARA UTILIZAÇÃO DAS IMAGENS**ANEXO 1****TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu, **Milena Andrade Araújo Costa**, portador do C.I. nº 1.387.384 SSP/SE, faço uso deste bastante documento a fim de garantir o uso de minhas imagens em publicações ou em apresentações de caráter científico, de maneira a contribuir com o desenvolvimento técnico-científico.

Sem mais subscrevo,


Milena Andrade Araújo Costa