

FACULDADE INTEGRADA DE PERNAMBUCO – FACIPE

Graduação em Odontologia

LIBÂNIA DE MEDEIROS MORAIS CARVALHO

ALINÉA ADRIANA SIQUEIRA GUIMARÃES

**ABORDAGENS CIRÚRGICAS PARA O TRATAMENTO DAS
RECESSÕES MARGINAIS GENGIVAIS**

RECIFE – PE

2018

LIBÂNIA DE MEDEIROS MORAIS CARVALHO
ALINÉA ADRIANA SIQUEIRA GUIMARÃES

**ABORDAGENS CIRÚRGICAS PARA O TRATAMENTO DAS
RECESSÕES MARGINAIS GENGIVAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora do Curso de Odontologia da Faculdade Integrada de Pernambuco – FACIPE, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientadora: Daniela Siqueira Lopes.

RECIFE – PE

2018

AGRADECIMENTOS

À nossa orientadora, por ter disponibilizado seu precioso tempo e conhecimento para nos orientar de forma sábia e eficaz.

Aos demais professores do curso, por nos propiciarem um grande aprendizado, pela assistência, apoio e tempo dedicado durante este curso.

RESUMO

Introdução: a retração ou recessão gengival decorre do posicionamento apical da margem gengival em relação à junção cimento-esmalte e causa exposição radicular. **Objetivo:** realizar uma abordagem sobre as técnicas cirúrgicas acerca do tratamento das recessões gengivais. **Método:** revisão narrativa da literatura com pesquisa bibliográfica nas bases SciELO e MedLine/PubMed. **Resultados e Discussão:** a recessão gengival é um problema estético e funcional comum e também um dos mais complexos em relação à etiologia e às modalidades de tratamento. Sua etiologia envolve fatores como: deiscência óssea, mal posicionamento dos dentes, tecido gengival fino, escovação excessiva ou pobre, inflamação induzida por placa bacteriana, entre outros. Existem várias técnicas cirúrgicas para tratar as recessões gengivais: o enxerto gengival epitelizado livre ou enxerto parcialmente epitelizado livre, retalhos pediculares como retalho de dupla papila rotacional, técnica de retalho de reposicionamento coronal, aloenxertos, tecido conjuntivo subepitelial (técnica de envelope). **Considerações Finais:** existem vários tipos de cirurgias para a recessão gengival com bom recobrimento radicular independente da técnica utilizada. A técnica cirúrgica escolhida geralmente está ligada às características clínicas de cada caso/paciente, preferência do profissional, classificação da recessão, etc. E em todos os casos de recessão, fatores como escovação traumática, escovação incorreta e a inflamação são citados como um dos fatores etiológicos. A partir desses fatores, não há como negar a importância do papel da Periodontia no tratamento das recessões porque além de preocupar-se com a prevenção e tratamento de doenças, passou também a buscar alternativas efetivas para a reconstrução dos tecidos perdidos.

Palavras-chave: retração gengival; gengiva; Periodontia.

ABSTRACT

Introduction: gingival retraction or recession is due to the apical positioning of the gingival margin in relation to the cementum-enamel junction and causes root exposure. **Objective:** to perform an approach on surgical techniques about the treatment of gingival recessions. **Method:** narrative review of literature with bibliographic research in the SciELO and MedLine/PubMed databases. **Results and Discussion:** gingival recession is a common aesthetic and functional problem and also one of the most complex in relation to etiology and treatment modalities. Its etiology involves factors such as: bone dehiscence, poor positioning of the teeth, fine gingival tissue, excessive or poor brushing, inflammation induced by bacterial plaque, among others. There are several surgical techniques to treat gingival recessions: free epithelial gingival graft or partially epithelial free graft, pedicular flaps such as rotational double papilla flap, coronal repositioning flap technique, allografts, subepithelial connective tissue (envelope technique). **Final Considerations:** There are several types of surgeries for gingival recession with good root coverage independent of the technique used. The surgical technique chosen is usually related to the clinical characteristics of each case/patient, preference of the professional, classification of the recession, and others. And in all cases of recession, factors such as traumatic brushing, incorrect brushing and inflammation are cited as one of the etiological factors. From these factors, there is no denying the importance of the role of Periodontics in the treatment of recessions because, in addition to being concerned with the prevention and treatment of diseases, it also sought effective alternatives for the reconstruction of lost tissues.

Keywords: gingival retraction; gum; Periodontics.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
2 OBJETIVOS	08
2.1 Objetivo geral.....	08
2.2 Objetivos específicos.....	08
3 METODOLOGIA	09
4 REVISÃO DA LITERATURA	10
4.1 O periodonto.....	10
4.2 Recessão gengival.....	11
4.3 Etiologia.....	13
4.4 Classificação das recessões gengivais.....	15
4.5 Diagnóstico e técnicas cirúrgicas de recobrimento radicular.....	17
4.5.1 Técnica bilaminar com enxerto de tecido conjuntivo subepitelial.....	18
4.5.2 Técnica de retalhos reposicionados.....	19
4.5.3 Outras técnicas aplicadas.....	21
4.6 Vantagens e desvantagens das técnicas cirúrgicas.....	25
5 RESULTADO DE DISCUSSÃO	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

A retração ou recessão gengival refere-se ao deslocamento do tecido gengival marginal apical da junção cimento-esmalte (JCE) expondo a superfície radicular ao meio bucal (ZUCHELLI et al., 2014).

Essa condição pode implicar em alterações ou patologias, tais como cárie radicular, comprometimento estético, hipersensibilidade e outros que afetam a higiene oral pelo paciente, acabando por causar muitas vezes o desenvolvimento da doença periodontal (CAZELATO, 2011).

A primeira classificação gengival criada foi a de Sullivan e Atkins (1968), que diz respeito à largura e profundidade do defeito e agrupa as recessões em quatro categorias: larga e profunda, rasa e larga, profunda e estreita, e rasa e estreita. Em 1998, Nordland e Tarnow propuseram um sistema de classificação da altura papilar baseado em três marcos anatômicos: (a) o ponto de contato interdental, (b) a extensão apical da junção cimento-esmalte e (c) a extensão coronal da junção cimento-esmalte proximal. Porém, a classificação mais amplamente aceita e utilizada é a de Miller (KUMAR; MASAMATTI, 2013).

Em 1985, Miller classificou as recessões gengivais em quatro classes, conforme o nível ósseo alveolar quanto à previsibilidade do recobrimento da raiz. Esta é a classificação mais utilizada até os dias de hoje (LACERDA et al., 2011).

Guttiganur et al. (2018) relatam a existência de várias classificações que foram apresentadas a partir de Sullivan e Atkins em 1968, Miller em 1985, Smith em 1997 e Mahajan em 2010. Eles confirmam que entre os vários sistemas de classificação, a classificação de Miller é a mais amplamente utilizada.

A principal queixa da recessão gengival é a sensibilidade dentária associada a estímulos térmicos e táteis, com episódios de dor aguda de curta duração. Outro motivo de queixa é o aspecto estético desfavorável da exposição radicular que, além disso, estão em maior risco para desenvolvimento de cáries (GUIDA et al., 2010).

Embora na literatura diferentes procedimentos cirúrgicos tenham sido propostos para o tratamento da recessão gengival, estudos definem a técnica bilaminar com enxerto de tecido como o padrão-ouro para obtenção da cobertura radicular completa (ZUCHELLI et al., 2014).

O enxerto gengival é usado com o objetivo principal de cobertura da raiz, para melhorar a estética e aumentar a largura da gengiva aderida. Esse procedimento

retira o epitélio e o tecido conjuntivo do palato e o implanta em um leito receptor. Este enxerto não retém o seu próprio fornecimento de sangue e depende dos vasos sanguíneos receptores (JOSHI et al., 2015).

Dentre as técnicas cirúrgicas existentes estão: técnica bilaminar com enxerto gengival, técnica de retalhos de reposicionamento lateral, técnicas de retalho de reposicionamento coronal (RRC), técnicas de retalho de reposicionamento coronal em associação com enxerto de tecido conjuntivo (RRC + ETC). Outras técnicas são: o retalho de papila dupla, o retalho semilunar e o enxerto alógeno (matriz dérmica acelular) (KASSAB; BADAWI; DENTINO, 2010; LACERDA et al., 2011; ROSADO, 2015).

Considerando a alta prevalência dessa condição, os problemas estéticos e funcionais relacionados a ela e os desafios que apresenta seu tratamento, uma compreensão completa da doença e de suas modalidades de tratamento é de crucial importância para gerenciá-la com sucesso e com resultados previsíveis a longo prazo (SHKRETA et al., 2018).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O objetivo deste trabalho é realizar uma abordagem sobre as técnicas cirúrgicas acerca do tratamento das recessões gengivais.

2.2 Objetivos específicos

- Apresentar as classificações existentes de recessão gengival;
- Discorrer sobre a etiologia, diagnóstico e opções de tratamentos cirúrgicos da recessão;
- Relatar o papel da Periodontia na resolução desse problema.

3 METODOLOGIA

A estratégia metodológica deste estudo é a revisão narrativa da literatura, um dos tipos de revisão de literatura que possibilita conhecer as ideias e experiências de autores que já pesquisaram sobre o assunto.

Esta revisão narrativa foi realizada por meio de uma pesquisa bibliográfica que, segundo Martins e Pinto (2001), procura explicar e discutir um tema a partir de referências teóricas publicadas em livros, revistas, periódicos e outros. Busca também, conhecer e analisar conteúdos científicos sobre determinado tema.

As bases de dados utilizadas para a pesquisa foram a *Scientific Eletronic Library OnLine* (SciELO) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MedLine) via PubMed da *National Library of Medicine* (NLM). Foram utilizados para a coleta de dados, a partir dos seguintes descritores: gengiva, retração gengival, recessão gengival, cirurgia, Periodontia.

A seleção foi realizada a partir de leitura criteriosa de artigos, trabalhos apresentados encontrados nas bases de dados, sendo selecionada apenas a literatura que atendia aos critérios de inclusão definidos neste estudo. Foram incluídas apenas as publicações que responderam à questão do estudo, publicadas no período de 2008 a 2018 (podendo estender-se no caso de literaturas de importância teórica), nos idiomas português e inglês, em todos os tipos de delineamentos metodológicos.

Após a coleta dos dados, foi feita a leitura de todo material e as principais informações foram compiladas. Posteriormente foi realizada uma análise das mesmas buscando estabelecer uma compreensão e ampliar o conhecimento sobre o tema para elaborar a fundamentação teórica.

Foram identificadas 63 literaturas nas bases de dados e, destas, foram selecionadas 42 para a elaboração deste trabalho.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 O periodonto

O periodonto é formado por quatro estruturas anatômicas: a gengiva, o ligamento periodontal, o osso alveolar e o cemento radicular (Figura 1). A gengiva possui uma porção livre que delimita o sulco gengival e uma porção aderida que vai da gengiva livre até à linha mucogengival que, por conseguinte, separa a gengiva aderida da mucosa alveolar de revestimento. Os limites externos vão da margem gengival da papila interdentária até a junção mucogengival (JMG) (ALVES, 2011).

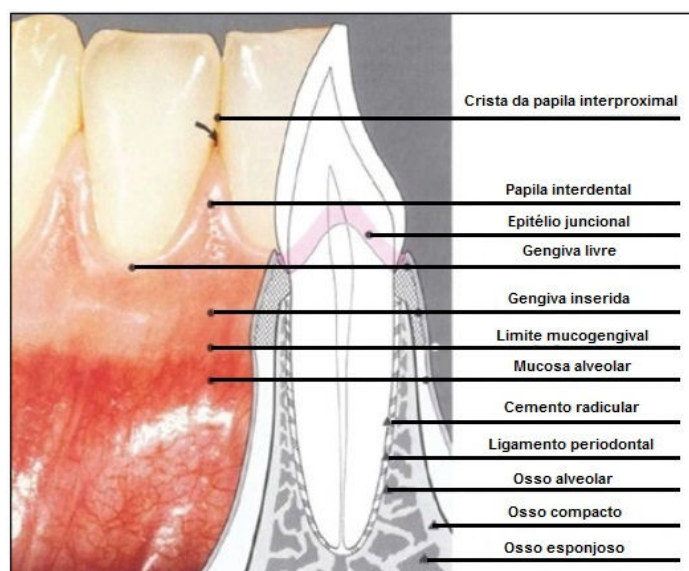


Figura 1. Constituintes do periodonto.
Fonte: ALVES, 2011.

A gengiva fica na região da mucosa responsável pela mastigação e circunda os dentes, e está grudada no osso alveolar e cemento subjacente. É formada por uma camada de tecido epitelial e tecido conjuntivo (a lâmina própria). Ela é limitada pela JMG, separada da mucosa alveolar. A altura máxima da gengiva aderida costuma ser de 4 a 6 mm (ROSADO, 2015).

O tecido da gengiva é classificado em: grosso, médio ou fino. O tecido grosso é muito fibroso e visivelmente queratinizado, enquanto o tecido fino é mais translúcido com menos queratinização (MERIJOHN, 2016).

O tecido queratinizado é composto por queratina e paraqueratina e envolve a gengiva livre e aquela que fica aderida à margem gengival até a região

mucogengival. Ele confere uma significativa resistência ao periodonto (KANG-HO et al., 2010; COTTER, 2011).



Figura 2. Tecido gengival: (A e B) fino, mais delicado e frágil; (C e D) grosso, mais protetor e durável. Fonte: MERIJOHN, 2016.

A aparência dentária comprometida pela recessão gengival é uma preocupação comum do paciente. No entanto, esta consciência é muitas vezes limitada a pacientes com exposição gengival pronunciada e seu foco raramente vai além do aspecto facial da dentição anterior. O dentista prudente está alinhado com o paciente no desejo de evitar tanto a negligência quanto o tratamento inadequado. Portanto, ele deve considerar as preocupações de saúde estética e dental associadas à recessão gengival, bem como fatores individuais do paciente, ao desenvolver uma estratégia de tratamento (MERIJOHN, 2016).

4.2 Recessão gengival

As recessões gengivais são um dos problemas estéticos e funcionais mais comuns na Periodontia, e também um dos mais complexos quanto à etiologia e às modalidades de tratamento. Elas são comuns e podem acometer até 50% dos indivíduos, tendo pelo menos um ou mais locais com 1 mm ou mais de exposição da raiz, além de afetar pacientes com boa ou má higiene bucal, prevalecendo mais no sexo masculino e em idades mais avançadas. Pode ser localizada ou generalizada e pode afetar uma ou várias superfícies dentárias (SOUZA et al., 2016; SHKRETA et al., 2018).

Cotter (2011) constatou em estudos que as recessões ocorrem mais nos dentes mandibulares e nas faces vestibulares quando comparadas com as linguais e interproximais, e são mais comuns em pessoas mais velhas. Observa-se também que a população afro-descendente mostra ter maior prevalência em relação aos outros grupos étnicos.

A margem gengival é clinicamente representada por uma linha recortada que segue o contorno da junção cimento-esmalte (JCE), de 1 a 2 mm coronal a ela. A recessão gengival é uma mudança apical da margem gengival, expondo a superfície da raiz à cavidade oral. Ela pode envolver uma ou mais superfícies dentárias (ZUCCHETTI; TESTORI; DE SANCTIS, 2006).

De uma forma simplificada e amparando-se na definição de Zucchetti et al. (2014), pode-se dizer que a recessão gengival ou recessão da margem tecidual é um deslocamento apical da margem da gengiva com consequente perda da ligação do tecido conjuntivo e do osso alveolar de suporte.

Rosado (2015, p. 4) comenta que, “histologicamente, essa condição encontra-se associada à perda de fibras do tecido conjuntivo periodontal, bem como a perda de osso alveolar”.

É uma condição dentária comum que afeta muitos pacientes. Uma pesquisa americana com adultos entre 30 e 90 anos de idade estimou que 23% deles têm uma ou mais superfícies dentárias com recessão gengival ≥ 3 mm. A prevalência, extensão e gravidade desta recessão aumentam com a idade e acredita-se que aproximadamente 40% dos adultos jovens e até 88% dos idosos tenham pelo menos um local com 1 mm ou mais de recessão. Outros parâmetros periodontais (por exemplo, higiene bucal e sangramento gengival) e de saúde (por exemplo, diabetes e ingestão de álcool) nesta pesquisa não foram associados à extensão da recessão (LACERDA et al., 2011; CHAN; CHUN; MACEACHERN, 2015).

O dentista deve considerar quando e se a recessão gengival é um indicador de perda progressiva de suporte periodontal e futura recessão, ocorrendo principalmente como consequência de doenças periodontais e uso agressivo de medidas mecânicas de higiene bucal (escovação). Os dentes com história positiva de recessão gengival progressiva aumentam a suscetibilidade ao deslocamento apical adicional da margem do tecido mole, além do que a perda do suporte periodontal proximal pode estar associada à recessão gengival na superfície vestibular (MERIJOHN, 2016).

4.3 Etiologia

A etiologia da recessão gengival é multifatorial; então, um único fator, sozinho, pode não necessariamente causar recessão gengival. Fatores associados à recessão gengival podem ser categorizados em dois tipos: fatores predisponentes (deiscência óssea, mal posicionamento dos dentes, tecido gengival fino, mucosa queratinizada/ligada inadequadamente) e fatores precipitantes (escovação excessiva, hábitos de fumar, utilização de *piercing* oral, inflamação induzida por placa bacteriana, tratamento dentário, restaurações subgengivais e certos tipos de movimento dentário ortodôntico, entre outros). Os fatores predisponentes são principalmente variações da morfologia do desenvolvimento que podem impor um risco maior de recessão, enquanto os fatores precipitantes são hábitos adquiridos ou condições que levam à recessão gengival (LACERDA et al., 2011; CHAN; CHUN; MACEACHERN, 2015; SHKRETA et al., 2018).

Merijohn (2016) relata que os três fatores principais associados ao aumento da suscetibilidade à recessão gengival são: (1) tecido gengival fino; (2) condições mucogingival; e/ou (3) uma história positiva de recessão gengival progressiva e/ou doença periodontal inflamatória em dentes apresentando um ou ambos os dois primeiros fatores.

Chan, Chun e MacEachern (2015) acreditam que a recessão gengival seja mais comum em pacientes com tecidos gengivais mais finos, comparados àqueles com tecidos gengivais mais espessos. A espessura gengival facial parece estar positivamente associada à sua espessura da placa alveolar. Acredita-se que o tecido mais fino seja mais suscetível à recessão do que o tecido mais espesso, após tratamento periodontal não cirúrgico ou cirúrgico.

Cazelato (2011) comenta sobre o mau posicionamento dentário como um fator predisponente porque um dente pode protuir, principalmente quando os dentes permanentes começam a forçar a gengiva.

Outro fator predisponente que leva à recessão gengival é a tração do freio/frênulo. Acredita-se que quando a inserção do frênulo está próxima à margem gengival, o estiramento repetido do mesmo durante a função oral pode exercer forças que de alguma forma comprometem a margem do tecido mucoso ou a higiene bucal, levando à recessão gengival. No entanto, estudos transversais não

conseguiram demonstrar uma associação das recessões com o frênulo (LAFZI; ABOLFAZLI; ESKANDARI, 2009; NGUYEN-HIEU et al., 2012).

É comum também a mucosa queratinizada inadequada, mais comumente definida como igual ou menor que 2 mm, concomitantemente à recessão gengival, sendo assim considerada um fator predisponente de recessão gengival (CHAN; CHUN; MACEACHERN, 2015).

Chan, Chun e MacEachern (2015) ainda comentam como fator predisponente as práticas de higiene bucal (escovação extremamente boa ou desfavorável). Na higiene excessiva com escovação meticulosa, a gengiva podem ocorrer traumas na gengiva levando à recessão. Ao contrário, a má higiene bucal está associada à recessão devido à inflamação induzida por placa e à subsequente perda de inserção. Parece que vários fatores relacionados à escovação dentária podem contribuir para a recessão, tais como a força de escovação, a dureza da escova, a frequência e a duração da escovação, bem como a frequência das escovas dentais modificadas e as técnicas de escovação e tipos de escovas manuais ou elétricas. Em casos de higiene bucal excessivamente zelosa e insuficiente, é provável que a resposta inflamatória contribua para a destruição do tecido, resultando em recessão gengival.

Venturim, Joly e Venturim (2011) explicam da seguinte forma: em indivíduos com boa higienização, a recessão ocorre predominantemente nas faces vestibulares e nos indivíduos com higienização precária, todas as superfícies dentárias são afetadas. A inflamação gengival juntamente com o acúmulo de placa e/ou trauma na escovação representam o fator primário desse problema.

As recessões causadas por placa bacteriana têm uma ulceração inicial no epitélio e destruição do tecido conjuntivo que ocorre de fora para dentro. Já nas lesões traumáticas essa destruição é de dentro para fora (COTTER, 2011).

Outro fator de risco relatado na literatura para ocorrência das recessões é o hábito de fumar (SOUZA et al., 2016).

Para Shkreta et al. (2018), o manejo bem-sucedido das recessões gengivais tem como fatores determinantes a identificação de seus agentes etiológicos e a eliminação dos mesmos, a avaliação do grau de envolvimento dos tecidos e a seleção e implementação cuidadosa do procedimento cirúrgico adequado com o intuito de cobrir adequadamente a raiz, melhorar a estética dos tecidos moles e diminuir a sensibilidade.

4.4 Classificação das recessões gengivais

Muitas tentativas foram feitas por diferentes autores para fornecer um sistema de classificação ideal para essas recessões.

A primeira classificação foi proposta por Sullivan e Atkins, em 1968, e tinham como princípio classificar as recessões quanto a sua profundidade e largura. Nesta classificação, as recessões são: (1) profundas e largas; (2) rasas e largas; (3) profundas e estreitas; e (4) rasas e estreitas (CAZELATO, 2011).

Benqué e colaboradores, em 1983, após realizarem estudo de 10.589 casos de pacientes com recessão gengival, propuseram uma classificação de acordo com as letras do alfabeto e atribuíram a cada tipo um valor de prognóstico. Assim, recessões em U têm um prognóstico ruim e as recessões em V, que são curtas e longas, têm um prognóstico mais favorável (CAZELATO, 2011).

Miller em 1985 criou a classificação do defeito de recessão com base na altura das papilas interproximais e do osso interdental adjacente à área do defeito, e a relação da margem gengival com a junção mucogengival. Esta classificação é útil ao decidir sobre as opções de tratamento. Atualmente, é a classificação mais utilizada (SHKRETA et al., 2018).

Como já dito anterior, em 1985, Miller classificou as recessões gengivais em quatro classes, de acordo com o nível ósseo alveolar. Na Classe I sem perda óssea inter-proximal, interdental ou de tecido mole e a recessão não ultrapassa a linha mucogengival; na Classe II sem perda óssea inter-proximal, mas a recessão gengival ultrapassa a linha mucogengival; na Classe III ocorre perda óssea horizontal e deslocamento apical das papilas ou extrusão dental; e na Classe IV observa-se perda óssea com septos ósseos em alturas variadas, acompanhando as papilas (LACERDA et al., 2011).

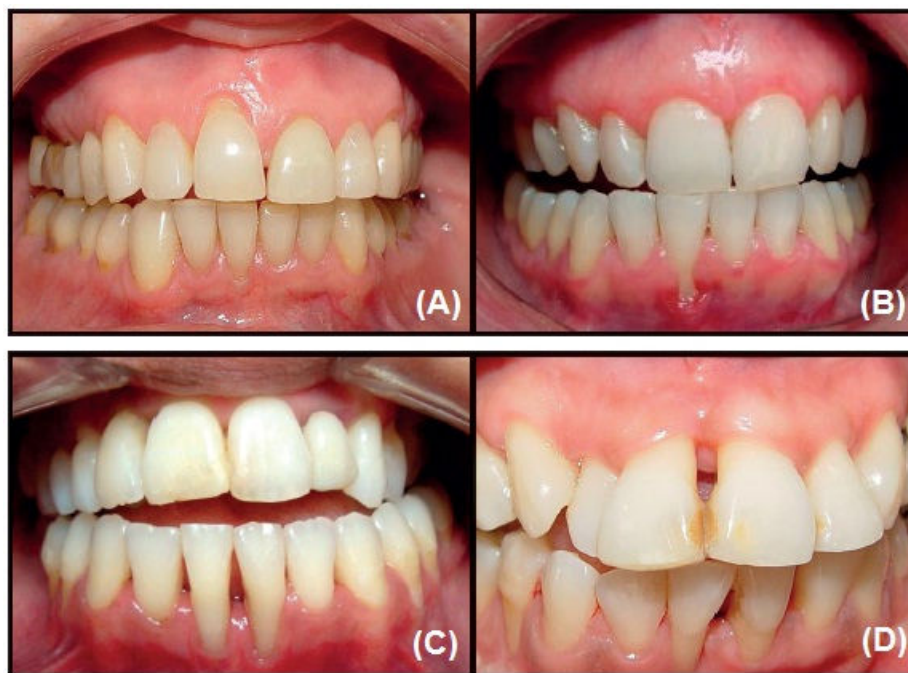


Figura 3. Classificação de Miller: (A) Classe I; (B) Classe II; (C) Classe III; e (D) Classe IV.
Fonte: SOUZA et al., 2016.

Zaccara et al. (2013) comentam que o tratamento periodontal das recessões Classe I e II de Miller tem alto grau de sucesso na cobertura radicular, porém, nas recessões Classe III o tratamento não tem um bom prognóstico e resultados diversos, embora recobrimento parcial possa ser obtido. E na Classe IV em que houve severa perda de inserção interproximal, o recobrimento é imprevisível e difícil.

Guttiganur et al. (2018), apresentam outras classificações mais atuais. Segundo eles, Smith, em 1997, propôs uma classificação para avaliar a extensão vertical e horizontal do defeito. O grau de componente horizontal foi expresso como um valor variando de 0 a 5, dependendo da gravidade da exposição da JEC, enquanto a extensão vertical da recessão foi medida em milímetros usando uma sonda periodontal em um intervalo de 0-9. E em 2010, Mahajan propôs uma modificação da classificação de Miller em quatro classes. Classe I (defeitos de recessão gengival não se estendendo à junção mucogengival; Classe II (defeitos de recessão gengival que se estendem à junção mucogengival ou além dela); Classe III (defeitos de recessão gengival com perda óssea ou de partes moles na área interdental até o terço cervical das superfícies radiculares e/ou mal posicionamento dos dentes); Classe IV (defeitos de recessão gengival com perda severa de osso ou tecido mole na área interdental maior que um terço da superfície da raiz e/ou mau posicionamento grave dos dentes).

Para Kumar e Masamatti (2013), o diagnóstico periodontal dependem amplamente dos parâmetros clínicos. A classificação da doença deve fornecer distinções clinicamente benéficas entre condições clínicas comparáveis. A aplicação de uma classificação mais descritiva e detalhada que exija o registro de parâmetros adicionais pode exigir tempo adicional, mas o quadro clínico apresentado por detalhes teria uma interpretação mais ampla da recessão que seria mais benéfica e informativa para os clínicos para chegar a um diagnóstico correto.

Guimarães et al. (2012) relatam que as recessões gengivais podem causar vários danos como abrasões, lesões, cáries e hipersensibilidade da superfície da raiz. Os pacientes também podem desenvolver sintomas dolorosos após a cirurgia, acabando por não realizar higiene bucal adequada e podendo surgir problemas de cáries e doença periodontal.

Pradeep et al. (2012) comentam também que embora raramente resulte em perda dentária as recessões gengivais estão associadas à sensibilidade térmica e tátil, às queixas estéticas e à tendência à cárie radicular.

4.5 Diagnóstico e técnicas cirúrgicas de recobrimento radicular

Venturim, Joly e Venturm (2011) comentam que nem todas as raízes expostas precisam ser tratadas cirurgicamente e as indicações devem levar em conta o comprometimento estético, as áreas com hipersensibilidade dentária ou a dificuldade no controle mecânico do biofilme dental.

Nos últimos anos, novas técnicas foram sugeridas para tratar cirurgicamente as recessões. Elas são derivadas principalmente do retalho coronário avançado, a técnica de envelope supraperiosteal combinada com um enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, ou sua evolução como técnica de túnel (CHATTERJEE et al., 2015).

O grupo de estudo do Consenso de Regeneração Periodontal da *American Academy of Periodontology* (AAP) revisou e discutiu estudos que acompanharam o tratamento de defeitos de recessão de dente único, defeitos de recessão de múltiplos dentes e perguntas adicionais focadas em tópicos clínicos relevantes. A revisão sistemática incluiu dados de 17 revisões sistemáticas e 94 ensaios clínicos randomizados, bem como de 114 ensaios clínicos controlados, séries de casos e relatos de casos que avaliaram áreas de recessão que foram tratadas por meio de procedimentos de cobertura radicular. A revisão sistemática relatou os resultados de

12 metanálises. De acordo com esta revisão, todos os procedimentos de cobertura de raiz forneceram redução significativa na profundidade da recessão, especialmente nos casos de recessão Classe I e II de Miller. Os procedimentos de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (ETCSE) forneceram os melhores resultados na cobertura da raiz. O enxerto de matriz dérmica acelular (EMDA) ou o derivado do esmalte da matriz (DME) em conjunto com um retalho coronário avançado (RCA) pode servir como alternativa ao tecido doador autógeno (TATAKIS et al., 2015).

4.5.1 Técnica bilaminar com enxerto de tecido conjuntivo subepitelial

Existem várias técnicas cirúrgicas para tratar as recessões gengivais, como a que utiliza tecido conjuntivo subepitelial (a chamada técnica de envelope) para recobrimento radicular (Figura 4) e suas modificações (SHKRETA et al., 2018).

Barbosa e Silva (2004) comentam que esta técnica do envelope foi descrita pela primeira vez por Raetzle, em 1985, e tem uma vantagem estética em relação aos enxertos de tecido conjuntivo, com melhor cicatrização da ferida por não haver incisões relaxantes verticais, o que melhora a vascularização e melhor resultado estético.

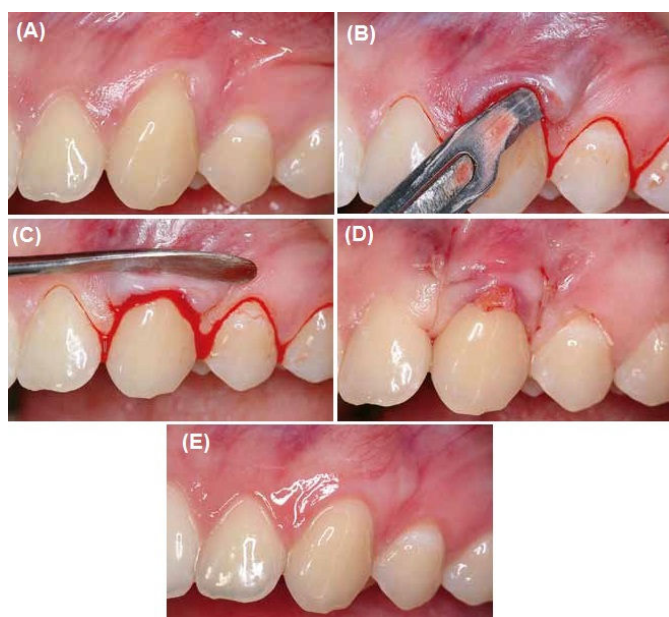


Figura 4. Recobrimento radicular com a técnica do envelope: (A) aspecto clínico inicial, com recessão gengival rasa; (B) preparo do envelope intrassulcular com retalho dividido; (C) movimentação do retalho até a altura da JCE; (D) estabilização do enxerto e do retalho; (E) Aparência após um ano com completo recobrimento radicular.

Fonte: JOLY; CARVALHO; SILVA, 2009.

A técnica bilaminar com enxerto de tecido (Figura 5), conhecida como padrão-ouro para obtenção da cobertura radicular completa, caracteriza-se pelo enxerto de tecido conjuntivo subepitelial posicionado na superfície da raiz exposta, que é então recoberta pelo retalho confeccionado na região receptora (SARDUY BERMÚDEZ; CORRALES ALVAREZ; RODRIGUEZ LABRADA, 2015).



Figura 5. Técnica bilaminar com enxerto de tecido: (A) recessão gengival Classe I no primeiro pré-molar superior; (B) um enxerto de tecido conjuntivo é colocado sob uma aba pedicular de fenda de espessura parcial; (C) completa resolução do defeito um ano após cirurgia. Fonte: PAOLANTONIO, 2002.

4.5.2 Técnica de retalhos reposicionados

Existem também as técnicas combinadas, especialmente a técnica de retalho coronal avançado e enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (Figura 6), membranas não reabsorvíveis, membranas reabsorvíveis, aloenxertos de matriz dérmica acelular (Figura 7), matriz de colágeno xenogênico, plasma rico em plaquetas e substituto dérmico derivado de fibroblastos humano de tecido vivo (SHKRETA et al., 2018).

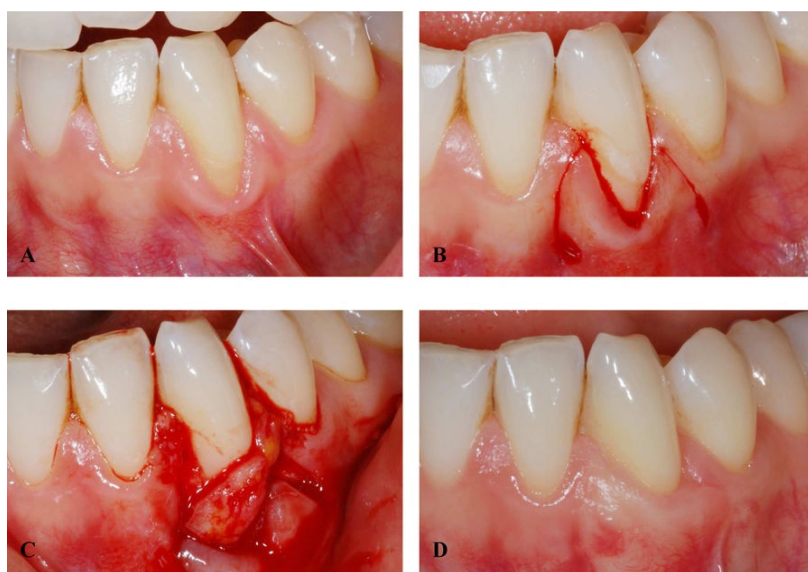


Figura 6. Tratamento da recessão gengival com uma abordagem combinada de retalho coronário avançado e enxerto de tecido conjuntivo subepitelial: (A) local de recessão gengival inestético no dente 22 possivelmente devido à escovação excessiva e posicionamento labial; (B) uma cama "receptora" foi preparada; (C) o enxerto conectivo foi coletado e transferido para o local do receptor; (D) seis meses após a cirurgia, a raiz estava coberta. Fonte: CHAN; CHUN; MACEACHERN, 2015.

Outra técnica utilizada é a do retalho coronal deslocado mais enxerto de tecido conjuntivo, com bons resultados porque mostra alta eficácia na cobertura, ganho de inserção clínica e tecido queratinizado aumentado. É o tipo de enxerto proposto como técnica de preferência nas coberturas radiculares. O aloenxerto de matriz dérmica acelular é apresentado na Figura 7 (BERMÚDEZ et al., 2015).



Figura 7. Procedimento de cobertura da raiz com um aloenxerto: (A) recessão gengival nos dentes 8 e 9; (B) um retalho coronariamente avançado foi planejado; (C) um aloenxerto foi colocado no dente 9; (D) resultados após 12 meses mostraram cobertura radicular satisfatória.
Fonte: CHAN; CHUN; MACEACHERN, 2015.

Cunha et al. (2014) comentam sobre a técnica do retalho posicionado lateralmente, que foi criada nos anos de 1950, como a precursora das cirurgias de recobrimento radicular, com um ótimo resultado estético, porém, não devendo ser realizada para tratar várias recessões. Já a técnica do retalho posicionado coronalmente é de fácil execução e também com bons resultados estéticos, mas depende da quantidade de gengiva queratinizada localizada apicalmente.

Ainda segundo Cunha et al. (2014), a técnica com melhor recobrimento radicular é o enxerto de tecido conjuntivo gengival (Figura 8), tendo como vantagem o duplo suprimento sanguíneo que ajuda na recuperação e a estética.

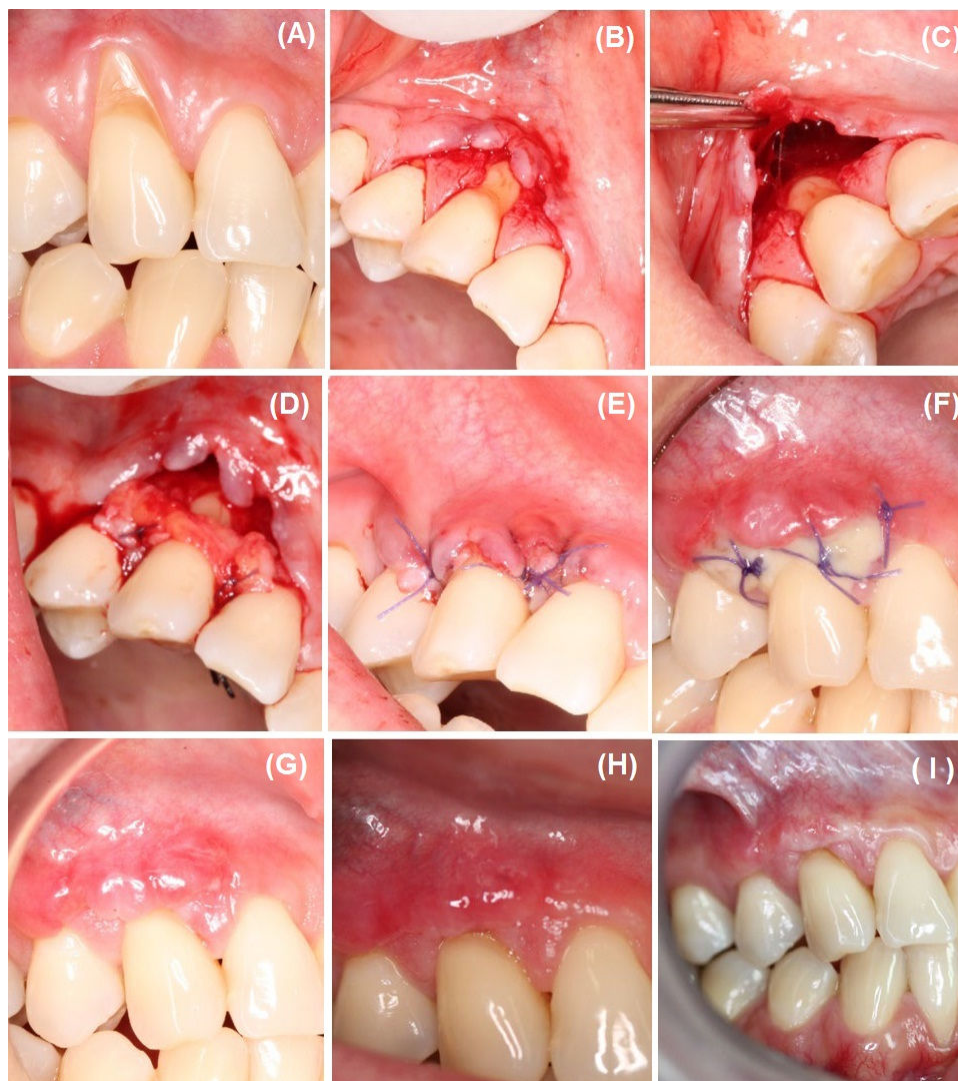


Figura 8. (A) Recessão de Classe II com cerca de 7 mm de extensão; (B) realização de incisões ao redor da recessão com preservação das papilas; (C) retalho de espessura parcial (retalho dividido); (D) enxerto de tecido conjuntivo foi suturado nas papilas dentárias que foram desepitelizadas; (E) sutura do retalho reposicionado coronalmente, recobrimdo o enxerto de tecido conjuntivo; (F a I) pós-operatório de uma semana, 15, 30 e 60 dias, com 100% de cobertura da raiz.
Fonte: CUNHA et al., 2014.

4.5.3 Outras técnicas aplicadas

Venturim, Joly e Venturim (2011) comentam estudos referentes a algumas destas técnicas cirúrgicas. Eles relatam o estudo de Langer e Langer realizado em 1985, em que foi realizado um enxerto de tecido conjuntivo subepitelial para recobrimento de raiz em 56 pacientes com recessões amplas. O recobrimento médio foi de 2 a 6 mm e durante os quatro anos de acompanhamento não houve nenhuma recorrência da recessão. O sucesso da técnica se deve ao duplo suprimento sanguíneo do enxerto que fica localizado entre a superfície radicular e o retalho. Outro estudo relatado foi o realizado por Raetzl em 1985 com realização da técnica

do envelope em que 10 pacientes com 12 locais de recessão gengival. Foi realizado retalho parcial ao redor do problema para eliminar incisões horizontais. O enxerto em formato semi-lunar foi retirado da região palatina. Após oito meses 80% dos casos mostraram sucesso. O estudo de Zabalegui e colaboradores, realizado em 1999, descreveu a técnica do túnel associado ao enxerto conjuntivo para recobrir recessões múltiplas adjacentes. Foram realizadas incisões intrasulcular e confeccionado retalho que foi dividido ao redor das recessões sem romper as papilas. O enxerto foi inserido no túnel. Foram tratados 21 locais e obteve-se 100% de recobrimento em 66% das recessões. A técnica cobriu recessões múltiplas em um único procedimento e com rápida cicatrização. Por fim, Harris em 2003 propôs o enxerto de tecido conjuntivo com deslocamento coronal do retalho ou enxerto associado ao retalho de duplo pedículo em 50 recessões gengivais molares de 50 pacientes. Obteve-se completo recobrimento radicular em 58% dos casos. A média de recobrimento radicular foi de 91%.

Rodrigues, Alves e Segundo (2010) explicam que o enxerto de tecido conjuntivo apresenta as seguintes vantagens: dupla vascularização (do retalho e do leito supraperiosteal), espessura do enxerto (ter no mínimo 1,5 mm), estabilidade cicatricial devido à fibrina do coágulo que se forma e suturas realizadas adequadamente.

Em 1986, Tarnow descreveu a técnica semilunar de retalho de reposicionamento coronal, em que realiza-se uma incisão semilunar acompanhando a curvatura da margem da gengiva livre, mas distante da gengiva de forma que depois o retalho recobra a recessão (Figura 9, A). No caso de não existir tecido queratinizado suficiente, essa incisão pode prolongar-se até a mucosa alveolar, terminando perto das papilas adjacentes ao dente. Depois, é realizada uma incisão intrasulcular no meio da face do dente para que possa ser estabelecida uma conexão do retalho semilunar e o sulco gengival (Figura 9, B). O reposicionamento coronal é realizado até à junção amelocementária (JAC) (Figura 9, C). A seguir, é realizada pressão digital sobre o retalho por cinco minutos (ROSADO, 2015).

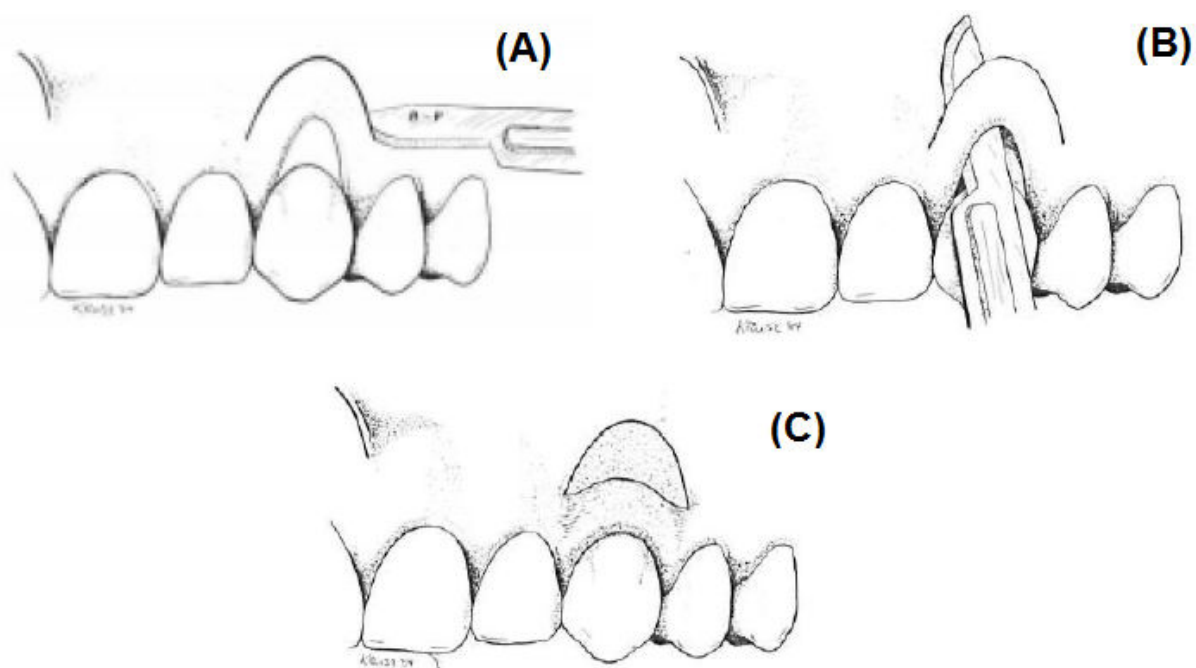


Figura 9. Desenho esquemático da técnica modificada de retalho semilunar: (A) incisão semilunar seguindo a curvatura da margem da gengiva livre; (B) incisão intrasulcular, conectando o retalho semilunar e o sulco gengival; (C) reposicionamento coronal do retalho até à junção amelocementária. Fonte: ROSADO, 2015.

Para Bittencourt et al. (2009), na tentativa de simplificar as técnicas cirúrgicas de cobertura radicular, garantir maior reprodutibilidade e diminuir a relação custo-benefício, o procedimento do retalho coronário semilunar posicionado (Figura 10) foi popularizado por Tarnow em 1986. segundo os autores, essa técnica não causa distúrbio nas papilas adjacentes, não encurta o vestíbulo e não causa tensão no retalho, além de não necessitar suturas.



Figura 10. Retalho coronário de posição semilunar para o tratamento dos defeitos de recessão gengival de Miller, 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.

Em relação à técnica de retalho de papila dupla, Yalamanchili et al. (2014) comentam que ela é usada para o tratamento de defeitos onde os tecidos adjacentes ou apicais ao defeito são inadequados aos propósitos de um enxerto. Esta técnica pode ser usada em áreas com vestíbulo superficial e áreas palatinas.

Esta técnica combina os resultados estéticos do pedículo do enxerto com a previsibilidade e utilidade do enxerto gengival livre, e é um método efetivo e previsível de obtenção de uma cobertura estética da raiz.

Para Kumar et al. (2012), a técnica de retalho de papila dupla é uma técnica alternativa para cobrir recessões isoladas e corrigir defeitos gengivais em áreas com tecido gengival insuficiente. Essa técnica oferece as vantagens de suprimento sanguíneo duplo e desnudamento do osso interdental, que é menos suscetível a danos permanentes após exposição cirúrgica. Também oferece a vantagem de uma cicatrização mais rápida no local doador e reduz o risco de perda de altura do osso facial.

Kumar et al. (2012) relatam o caso de um paciente do sexo masculino, 32 anos, não fumante, sem história sistêmica contribuinte, que queixou-se de recessão gengival na região inferior do dente anterior. A recessão ocorreu devido à escovação dentária incorreta e não houve perda de tecido mole interdental, mau posicionamento e perda óssea interproximal (Figura 11). O retalho de papila dupla foi indicado na recessão Millers Classe II, com gengiva inserida inadequadamente por causa da largura e comprimento suficiente da papila interdentária em ambos os lados da área de recessão gengival. Esta técnica utiliza as papilas interdentárias adjacentes à recessão gengival para cobrir recessões com menor tensão ao retalho pediculado.

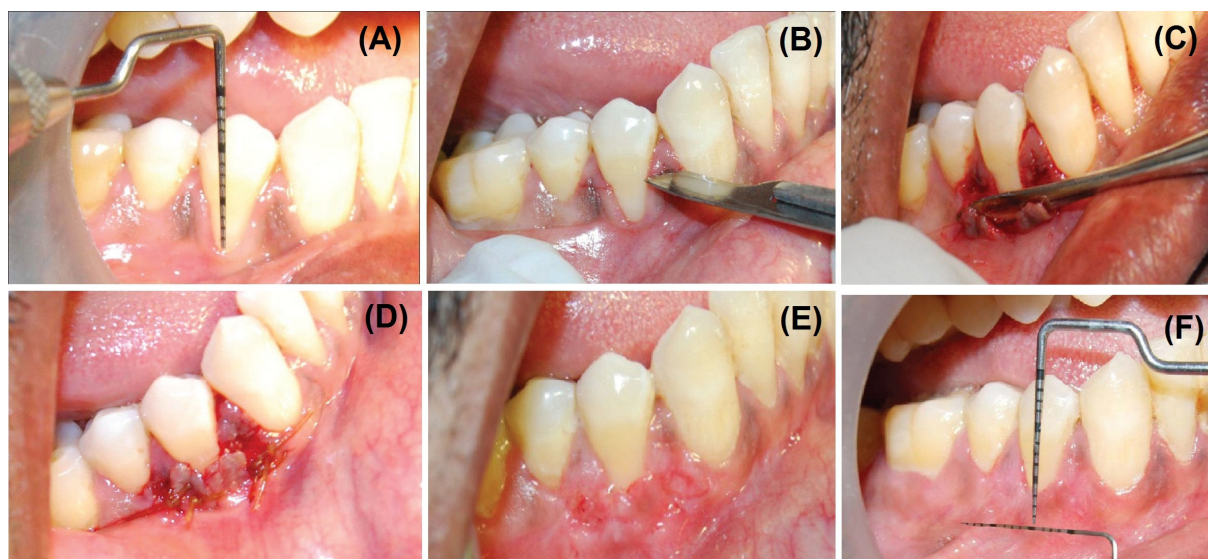


Figura 11. Técnica de retalho de papila dupla: (A) recessão gengival de 4 mm; (B) incisões horizontais; (C) retalho de espessura parcial elevado; (D) suturas feitas; (E) uma semana de pós-operatório com cobertura de recessão; (F) fotografia pós-operatória de seis meses com gengiva queratinizada de 3 mm medida da junção mucogengival à gengiva marginal.

Fonte: KUMAR et al., 2012.

A principal vantagem desta técnica é que um local doador adicional não é necessário quando se obtém cobertura parcial da raiz junto com o aumento da gengiva aderida. E as desvantagens são: (1) o procedimento usado é tecnicamente exigente e tem aplicação limitada porque o objetivo principal desta técnica é aumentar a largura da gengiva conectada e não a cobertura da raiz. A cobertura completa da raiz pode ser obtida quando esta técnica é combinada com o enxerto de tecido conjuntivo (HARRIS et al., 2005).

4.6 Vantagens e desvantagens das técnicas cirúrgicas

As recessões gengivais são uma preocupação constante entre os pacientes que as possuem, tanto por razões estéticas quanto de sensibilidade. Contudo, cada técnica tem suas vantagens e desvantagens, conforme apresentado no Quadro 1 (ZUCHELLI et al., 2003; BARBOSA; SILVA, 2004; TOLMIE; RASENBERGER; VAN KESTEREN, 2012; SHKRETA et al., 2018).

Quadro 1. Vantagens e desvantagens das técnicas cirúrgicas.

TÉCNICA	VANTAGENS	DESVANTAGENS
Técnica do envelope	Melhor cicatrização da ferida por não haver incisões relaxantes verticais; Melhor vascularização e melhor resultado estético.	Necessita de uma altura de tecido queratinizado suficiente para permitir retirada de retalho em torno da área desnuda; Necessidade de dois locais cirúrgicos; Uma quantidade limitada de enxerto que pode ser colhida.
Técnica bilaminar com enxerto de tecido	Melhora a previsibilidade da cobertura radicular (pois fornece ao enxerto um suprimento sanguíneo adicional); O resultado estético esconde a cor branca do enxerto e mascara o contorno irregular do enxerto.	Quanto maior e mais espesso o enxerto, maior o obstáculo e maior o risco de cobrir a deiscência do retalho e conseqüentemente a exposição do enxerto.
Procedimento de cobertura da raiz com um aloenxerto	Elimina a necessidade de colher tecidos autógenos e mostra resultados promissores; É especialmente importante quando se trata de pacientes com recessão generalizada, onde são necessárias grandes quantidades de tecido doado.	Os aloenxertos podem alcançar a cobertura da raiz e uma boa harmonia de cores estéticas, bem como aumentar a espessura e a elasticidade do tecido. No entanto, uma vez que este tecido não irá influenciar ou alterar as características superficiais / superficiais do tecido de cobertura, não criará tecidos queratinizados.

TÉCNICA	VANTAGENS	DESVANTAGENS
Retalho de papila dupla	<p>Suprimento sanguíneo duplo;</p> <p>Desnudamento do osso interdental, menos suscetível a danos permanentes após exposição cirúrgica;</p> <p>Cicatrização mais rápida no local doador;</p> <p>Reduz o risco de perda de altura do osso facial;</p> <p>Cor perfeita entre o tecido do doador e o do destinatário;</p> <p>Excelente resultado estético.</p>	<p>Limitação de defeitos de recessão simples e a baixa previsibilidade.</p> <p>Aplicável apenas para recessões de um único local.</p>
Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial	<p>Duplo suprimento sanguíneo do enxerto localizado entre a superfície radicular e o retalho;</p> <p>Espessura do enxerto (ter no mínimo 1,5 mm);</p> <p>Estabilidade cicatricial devido à fibrina do coágulo que se forma e suturas realizadas adequadamente.</p>	<p>Exige enxerto de tecido conjuntivo, criando uma segunda área cirúrgica (área doadora);</p> <p>Incisões podem comprometer a vascularização do retalho e criar zonas de necrose e dificuldades de cicatrização.</p>
Enxerto de tecido conjuntivo gengival	<p>Duplo suprimento sanguíneo: do retalho que recobre o enxerto e do tecido conjuntivo que recobre o leito cirúrgico;</p> <p>Coloração gengival mais próxima à dos tecidos adjacentes, eliminando o aspecto de "queloide".</p>	<p>Um procedimento cirúrgico adicional é necessário porque essa técnica utiliza geralmente o tecido palatino como área doadora, aumentando o risco de complicações pós-operatórias, como dor e ruptura dos vasos sanguíneos palatinos.</p>
Retalho coronal deslocado + enxerto de tecido conjuntivo	<p>Bons resultados pela alta eficácia na cobertura;</p> <p>Ganho de inserção clínica e tecido queratinizado aumentado;</p> <p>Técnica de preferência nas coberturas radiculares.</p>	<p>Presença de tecido queratinizado adequado à exposição da raiz, profundidade sulcular adequada e ausência de perda óssea interproximal são necessárias.</p>
Técnica do retalho posicionado lateralmente	<p>Ótimo resultado estético</p>	<p>Não deve ser realizada para tratar várias recessões ao mesmo tempo</p>
Técnica do retalho posicionado coronalmente	<p>De fácil execução e também com bons resultados estéticos;</p> <p>Não precisa de enxerto de uma área doadora, reduzindo a morbidade.</p>	<p>Depende da quantidade de gengiva queratinizada localizada apicalmente</p>

5 RESULTADO DE DISCUSSÃO

De acordo com Lacerda et al. (2011), o tratamento periodontal na recessão gengival tem por objetivo regenerar a perda do aparelho de inserção dos dentes. Para isso existem vários procedimentos regenerativos com potencial de corrigir não só essa recessão, aumentando a altura e a largura da gengiva, mas também de obter recobrimento radicular parcial ou completo.

Kina et al. (2015) explicam que a doença periodontal também apresenta múltiplos fatores predisponentes, dentre eles o biofilme dental, o trauma oclusal, a falta de gengiva queratinizada, fatores iatrogênicos e características anatômicas do indivíduo (posicionamento dos dentes, diâmetro da raiz do dente). Todos eles causam sensibilidade dentária, maior ocorrência de cáries e problemas estéticos. Assim, o papel terapêutico da Periodontia baseia-se na eliminação ou controle dos fatores etiológicos envolvidos nas doenças periodontais e, conseqüentemente, também nas recessões gengivais. Por exemplo, a exposição de uma raiz dentária decorrente da recessão gengival pode ser tratada com um recobrimento da superfície radicular.

Guimarães et al. (2012) comentam que a Periodontia mudou seu enfoque e deixou de se preocupar exclusivamente da prevenção e tratamento de doenças, passando também a buscar alternativas efetivas para a reconstrução dos tecidos perdidos.

Para Souza et al. (2016), o tratamento das recessões pode ser feito em associação com a manutenção periodontal na correção de fatores oclusais, reorientação na escovação dentária e por meio de procedimentos cirúrgicos restauradores.

Ribeiro et al. (2015) correlacionam a recessão gengival com a Periodontia (e Ortodontia) ao relatarem que a escovação traumática e a higiene oral deficiente colaboram para o surgimento das recessões. Uma escovação traumática contribui para a progressão de uma doença periodontal. Porém, uma escovação deficiente causaria também recessão devido à placa bacteriana. E já é comprovado que a placa bacteriana está envolvida na redução da altura do periodonto.

De acordo com Yared, Zenobio e Pacheco (2006), a placa bacteriana e o acúmulo de biofilme bacteriano respondem pela perda de tecido necessário para a

inserção periodontal. Em dentes em que a higienização é dificultosa, ocorre maior acúmulo de placa bacteriana, gengivite e maior prevalência de recessão gengival.

Ainda segundo Yared, Zenobio e Pacheco (2006), é importante que alterações gengivais sejam monitoradas porque elas são referências para uma saúde periodontal. Por exemplo, a ocorrência de um sangramento gengival pode ser indicativo de uma inflamação que, por conseguinte, é um dos fatores que levam à recessão gengival. Outro exemplo é a altura da mucosa queratinizada: a saúde da gengiva é comprometida caso essa altura seja mínima (menor do que 1-2 mm), podendo assim facilitar a entrada de microorganismos e formação de placa bacteriana subgengival que, depois de instalada é difícil de ser detectada e removida com higienização tradicional.

Portanto, a terapia periodontal é imprescindível nos casos de recessão gengival porque o paciente realizando visitas periódicas de manutenção pós-tratamento de recessão gengival, haverá um quadro reduzido de recorrência da doença.

Tal fato é confirmado por Dantas et al. (2011) ao relatarem que a terapia periodontal de suporte tem o objetivo de prevenir recorrências de doenças, manter a saúde periodontal e manter o sucesso do tratamento em longo prazo. Assim, a manutenção do tratamento (da recessão gengival) com a Periodontia é o único meio de garantir os efeitos benéficos do tratamento realizado.

Por fim, é importante enfatizar que em muitos casos, a hipersensibilidade pode ser resolvida com a Periodontia, quando esta é primeira opção de tratamento/manutenção ao invés da dentística restauradora.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A recessão gengival é um problema com várias etiologias que vão desde o trauma pelo excesso de escovação ou má higienização dentária, o posicionamento dentário e a movimentação ortodôntica, a espessura da gengiva marginal (fina, média ou grossa), inflamações devido a doenças periodontais e biofilme, entre outras, levando à exposição radicular.

O tratamento das recessões gengivais tornou-se uma questão terapêutica importante devido ao número crescente de solicitações cosméticas dos pacientes. As demandas estéticas do paciente, geralmente quanto à exposição radicular durante o sorriso, são a principal indicação para procedimentos de cobertura radicular. Assim, a cobertura completa da raiz até a JCE é a meta a ser alcançada quando o paciente reclama da aparência estética dos dentes.

Como relatado neste trabalho, existem vários tipos de cirurgias para tratamento da recessão gengival documentadas na literatura com bom recobrimento radicular independente da técnica utilizada. A técnica cirúrgica escolhida geralmente está ligada às características clínicas de cada caso/paciente, preferência do profissional, classificação da recessão, etc. E em todos os casos de recessão, fatores predisponentes como escovação traumática, escovação incorreta e a inflamação provocada pelo biofilme dental ou placa bacteriana são citados como um dos fatores etiológicos dessa condição. A partir desses fatores, não há como negar a importância do papel da Periodontia no tratamento das recessões.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. C. Enxerto gengival livre – técnica para aumento de gengiva aderida. **Dentistry Clínica**, 2011. Disponível em: <<http://www.manuelneves.com/artigos/2011/CA05.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2018.
- BARBOSA E SILVA, E. et al. Recobrimento radicular por meio da técnica cirúrgica periodontal do “envelope” – enxerto conjuntivo subepitelial: relato de casos clínicos. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 25, n. 2, p. 43-50, jul./dez. 2004.
- BITTENCOURT, S. et al. Semilunar Coronally Positioned Flap or Subepithelial Connective Tissue Graft for the Treatment of Gingival Recession: A 30-Month Follow-Up Study. **Journal of Periodontology**, v. 80, n. 7, p. 1076-1082, jul. 2009.
- CAZELATO, L. S. **Etiologia e classificação das recessões gengivais**. 2011. 28 f. Monografia (Especialização em Periodontia). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. São Paulo, 2011.
- CHAN, H-L.; CHUN, Y-H. P.; MACEACHERN, M. Does gingival recession require surgical treatment? **Dental Clinics of North America**, v. 59, n. 4, p. 981-996, out. 2015.
- CHATTERJEE, A. et al. Treatment of multiple gingival recessions with vista technique: A case series. **Journal of Indian Society of Periodontology**, v. 9, n. 2, p. 232-235, mar./abr. 2015.
- COTTER, A. V. B. B. **Procedimentos de aumento gengival e recobrimento radicular**: revisão bibliográfica e apresentação de um caso clínico. 2011. 65 f. Dissertação (Medicina Dentária). Universidade Fernando Pessoa. Porto, Portugal, 2011.
- CUNHA, F. A. et al. decisão quanto à escolha da técnica de recobrimento radicular. **PerioNews**, v. 8, n. 4, p. 138-144, 2014.
- DANTAS, T. S. et al. Terapia Periodontal de Suporte: Objetivos, Procedimentos e Intervalos. **UNOPAR Científica: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 13, Especial, p. 369-374, 2011.
- GUIDA, B. et al. Recobrimento radicular de recessões gengivais associadas a lesões cervicais não cariosas – revisão da literatura. **Revista de Periodontia**, v. 20, n. 2, p. 14-21, jun. 2010.
- GUIMARÃES, G. et al. Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial para o tratamento da recessão gengival classe II – relato de caso. **Saber Científico Odontológico**, v. 2, n. 1, p. 84-94, jan/jun. 2012.
- GUTTIGANUR, N. et al. Classification systems for gingival recession and suggestion of a new classification system. **Indian Journal of Dental Research**, v. 29, n. 2, p. 233-237, mar./abr. 2018.

HARRIS, R. J. et al. A comparison of three techniques to obtain root coverage on mandibular incisors. **Journal of Periodontology**, v. 76, n. 10, p. 1758-1767, out. 2005.

JOLY, J. C.; SILVA, R. C.; CARVALHO, P. F. M. **Reconstrução Tecidual Estética – Procedimentos Plásticos e Regenerativos Periodontais e Peri-implantares**. São Paulo: Artes Médicas, 2009.

JOSHI, C. et al. Free Mucosal Grafting: A Case Report. **Scholars Journal of Dental Sciences**, v. 2, n. 1, p. 40-44, 2015.

KASSAB, M. M.; BADAWI, H.; DENTINO, A. R. Treatment of gingival recession. **Dental Clinics of North America**, v. 54, n. 1, p. 129-140, jan. 2010.

KINA, J. R. et al. Tratamento de recessão gengival unitária. **Archives of Health Investigation**, v. 4, n. 6, p. 25-30, 2015.

KUMAR, P. M. et al. Double papilla flap technique for dual purpose. **Journal of Orofacial Sciences**, v. 4, n. 1, p. 75-78, 2012.

KUMAR, A.; MASAMATTI, S. S. A new classification system for gingival and palatal recession. **Journal of Indian Society of Periodontology**, v. 17, n. 2, p. 175-181, mar./abr. 2013.

LACERDA, A. C. Q. et al. Recobrimento radicular pela técnica de Zucchelli e De Sanctis. **RGO – Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 59, n. 2, p. 313-317, abr./jun. 2011.

LAFZI, A.; ABOLFAZLI, N.; ESKANDARI, A. Assessment of the Etiologic Factors of Gingival Recession in a Group of Patients in Northwest Iran. **Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects**, v. 3, n. 3, p. 90-93, 2009.

MARTINS, G. A.; PINTO, R. L. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos**. São Paulo: Atlas, 2001.

MERIJOHN, G. K. Management and prevention of gingival recession. **Periodontology 2000**, v. 71, n. 1, p. 228-242, jun. 2016.

NGUYEN-HIEU, T. et al. Gingival recession associated with predisposing factors in young vietnamese: a pilot study. **Oral Health and Dental Management**, v. 11, n. 3, p. 134-144, set. 2012.

PAOLANTONIO, M. Treatment of gingival recessions by combined periodontal regenerative technique, guided tissue regeneration, and subpedicle connective tissue graft: a comparative clinical study. **Journal of Periodontology**, v. 73, n. 1, p. 53-62, jan. 2002.

PRADEEP, K. et al. Gingival recession: review and strategies in treatment of recession. **Case Reports in Dentistry**, v. 2012, n. 563421, 2012.

RIBEIRO, G. L. U. Considerações sobre recessão gengival e sua resolução através da Ortodontia e Periodontia. **Orthodontic Science and Practice**, v. 8, n. 31, p. 415-421, 2015.

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

ROSADO, A. E. A. **Técnicas Cirúrgicas no Tratamento de Recessões Gengivais: Revisão da Literatura**. 2015. 69 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária). Universidade de Lisboa. Portugal, 2015.

SARDUY BERMÚDEZ, L.; CORRALES ALVAREZ, M.; RODRIGUEZ LABRADA, M. Utilización de la técnica bilaminar en el recubrimiento radicular. **Medicentro Electrónica**, v. 19, n. 4, p. 248-252, dez. 2015.

SHKRETA, M. et al. Exploring the Gingival Recession Surgical Treatment Modalities: A Literature Review. **Open Access Macedonian Journal of Medicine**, v. 6, n. 4, p. 698-708, abr. 2018.

SINGHI, A.; SOMANI, P. Free Gingival Graft – A Case Report. **International Journal of Science and Research**, v. 6, n. 4, p. 2261-2263, 2017.

SOUZA, L. F. et al. Prevalência de recessão gengival em alunos de Odontologia da Unigranrio – RJ – Brasil. **Brazilian Journal of Periodontology**, v. 26, n. 4, p. 24-28, dez. 2016.

TATAKIS, D. N. et al. Periodontal Soft Tissue Root Coverage Procedures: a consensus report from the AAP Regeneration Workshop. **Journal of Periodontology**, v. 86, n. 2, Supl. P. S52-S55, fev. 2015.

TOLMIE, P.; RASENBERGER, K.; VAN KESTEREN, C. Gingival Grafting with Allograft. **Perio News**, 2012. Disponível em: <<https://www.northstateperio.com/pdfs/newsletters/Allograft%20Tissue%20Grafting.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

VENTURIM, R. T. Z.; JOLY, J. C.; VENTURIM, L. R. Técnicas cirúrgicas de enxerto de tecido conjuntivo para o tratamento da recessão gengival. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 59, Supl. 0, p. 147-152, jan./jun. 2011.

YALAMANCHILI, P. S. et al. Root Coverage using Double Papilla Preservation Flap: A Case Report. **Journal of International Oral Health**, v. 6, n. 6, p. 82-84, 2014.

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

ZACCARA, I. M. et al. Previsibilidade do recobrimento radicular de recessão gengival Classe III de Miller – uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Periodontology**, v. 23, n. 3, p. 58-64, set. 2013.

ZUCCHELLI, G. et al. Bilaminar techniques for the treatment of recession-type defects. A comparative clinical study. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 30, p. 862-870, 2003.

ZUCCHELLI, G.; TESTORI, T.; DE SANCTIS, M. Clinical and Anatomical Factors Limiting Treatment Outcomes of Gingival Recession: A New Method to Predetermine the Line of Root Coverage. **Journal of Periodontology**, v. 77, n. 4, p. 714-721, abr. 2006.

ZUCCHELLI, G. et al. The connective tissue graft wall technique and enamel matrix derivative to improve root coverage and clinical attachment levels in Miller Class IV gingival recession. **The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 34, n. 5, p. 601-609, set./out. 2014.

TERMO DE COMPROMISSO DE ORIENTAÇÃO DE TCC

I – Dados de identificação do aluno:

Nome: LIBÂNIA DE MEDEIROS MORAIS CARVALHO

Matrícula: 2132302957

II – Dados de Identificação do Trabalho (provisório ou definitivo):

Título: Abordagens cirúrgicas para o tratamento das recessões marginais gengivais

Área: Periodontia

Palavras-chave: retração gengival, Periodontia

Nome do orientador: Daniela Siqueira Lopes

Co-orientador (se houver):

Previsão de defesa do trabalho: () 1º () 2º semestre do ano 2018

III – Compromisso de realização do projeto:

“Eu, LIBÂNIA DE MEDEIROS MORAIS CARVALHO, comprometo-me a realizar o trabalho acima referido, de acordo com as normas e os prazos determinados pela FACIPE – Graduação em Odontologia.”

Assinatura do aluno: _____

IV – Compromisso de orientação do Trabalho de Conclusão de Curso:

“Eu, DANIELA SIQUEIRA LOPES, comprometo-me a orientar o trabalho acima referido, de acordo com as normas e os prazos determinados pela FACIPE – Graduação em Odontologia.”

Assinatura do orientador: _____

Recife, _____ de _____ de 2018.

Obs: _____

TERMO DE COMPROMISSO DE ORIENTAÇÃO DE TCC

I – Dados de identificação do aluno:

Nome: ALINÉA ADRIANA SIQUEIRA GUIMARÃES

Matrícula: 2132302493

II – Dados de Identificação do Trabalho (provisório ou definitivo):

Título: Abordagens cirúrgicas para o tratamento das recessões marginais gengivais

Área: Periodontia

Palavras-chave: retração gengival, Periodontia

Nome do orientador: Daniela Siqueira Lopes

Co-orientador (se houver):

Previsão de defesa do trabalho: () 1º () 2º semestre do ano 2018

III – Compromisso de realização do projeto:

“Eu, ALINEA ADRIANA SIQUEIRA GUIMARÃES, comprometo-me a realizar o trabalho acima referido, de acordo com as normas e os prazos determinados pela FACIPE – Graduação em Odontologia.”

Assinatura do aluno: _____

IV – Compromisso de orientação do Trabalho de Conclusão de Curso:

“Eu, DANIELA SIQUEIRA LOPES, comprometo-me a orientar o trabalho acima referido, de acordo com as normas e os prazos determinados pela FACIPE – Graduação em Odontologia.”

Assinatura do orientador: _____

Recife, _____ de _____ de 2018.

Obs: _____

TERMO DE ACEITE DE BANCA EXAMINADORA

Eu, LIBÂNIA DE MEDEIROS MORAIS CARVALHO, matrícula 2132302957, aluna do **Curso de Graduação em Odontologia** desta Instituição de Ensino Superior declaro para os devidos fins que a banca examinadora do TCC intitulado: Abordagens cirúrgicas para o tratamento das recessões marginais gengivais, a ser apresentado no ____ dia do mês de _____ de 2018, às ____h, na Sala ____ da Faculdade Integrada de Pernambuco – FACIPE, campus Saúde, será composta de:

Assinatura do(a) Professor(a) 1º Examinador(a)/Presidente: _____

- Nome legível: _____
- Instituição de origem: _____
- Titulação: _____

Assinatura do(a) Professor(a) 2º Examinador(a): _____

- Nome legível: _____
- Instituição de origem: _____
- Titulação: _____

Assinatura do(a) Professor(a) 3º Examinador(a): _____

- Nome legível: _____
- Instituição de origem: _____
- Titulação: _____

Recife, _____ de _____ de 2018.

Nome legível do aluno-orientando

TERMO DE ACEITE DE BANCA EXAMINADORA

Eu, ALINÉA ADRIANA SIQUEIRA GUIMARÃES, matrícula 2132302493, aluna do **Curso de Graduação em Odontologia** desta Instituição de Ensino Superior declaro para os devidos fins que a banca examinadora do TCC intitulado: Abordagens cirúrgicas para o tratamento das recessões marginais gengivais, a ser apresentado no _____ dia do mês de _____ de 2018, às _____h, na Sala ___ da Faculdade Integrada de Pernambuco – FACIPE, campus Saúde, será composta de:

Assinatura do(a) Professor(a) 1º Examinador(a)/Presidente: _____

- Nome legível: _____
- Instituição de origem: _____
- Titulação: _____

Assinatura do(a) Professor(a) 2º Examinador(a): _____

- Nome legível: _____
- Instituição de origem: _____
- Titulação: _____

Assinatura do(a) Professor(a) 3º Examinador(a): _____

- Nome legível: _____
- Instituição de origem: _____
- Titulação: _____

Recife, _____ de _____ de 2018.

Nome legível do aluno-orientando

FICHA DE MATRÍCULA DO PROFESSOR ORIENTADOR

Declara publicamente a concordância em ser professora/orientadora no processo de Elaboração do Trabalho de Curso – TCC II, durante o semestre _____, estando ciente que deverá cumprir as exigências estabelecidas no Manual de Trabalho de Curso – TCC II.

Assinatura do (a) Professor (a) Orientador (a): _____

Professor Orientador: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Recife, _____ de _____ de 2018.

Coordenação do TCC